

# 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° 5 - Tome XIII - Juin 2000

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

Jean Thuillier\*

## Rencontre avec Ugo Cerletti, l'inventeur de l'électrochoc

### LIVRES

#### La machine à déplier le temps

Max Dorra  
 Flammarion

Romans. C'est ce qui est écrit sur la couverture de ce livre étrange, comme rêvé. Un homme écrit une lettre de rupture à une femme que pourtant il aime encore, on est de plus en plus sûr au fil des vingt-cinq récits où il lui raconte leur histoire, telle qu'il l'a vécue. Aimer, haïr, rêver, percer le secret des regards, traverser la peur : ces chapitres scandent une aventure amoureuse que l'on devine pleine d'inattendus poétiques et de rebondissements imprévus où le fantastique n'est jamais absent. Il s'agit pour cet homme et pour cette femme de changer le monde en révélant le secret qui permettra de diminuer la peur, cette peur omniprésente, que tous les pouvoirs manipulent, et qui n'est en réalité que du passé déguisé en avenir. La musique et l'angoisse sont là, constamment. Mais aussi Glenn Gould et Magritte, Clara Schumann et Pierre Goldman. Inoubliable, la rentrée d'Eulenspiegel. Un roman très actuel où l'on envoie Rimbaud et Proust en commando sur le Web, afin qu'un jour, sortent de tous les écrans d'ordinateurs, en un bruissement d'ailes, des milliers d'oiseaux multicolores... L'écriture est sans faille, à la fois inventive et rigoureuse, invigorante. Il faut lire toutes affaires cessantes ce livre magique. Oui, chaque être est une histoire, remerciez Max Dorra de nous l'avoir rappelé. Et de quelle façon.

François Hartmann

#### Comment sauver de la servitude ?

Justice, école, religion

François Dagognet

Les Empêcheurs de penser en rond

Le droit se borne à apaiser les conflits (il aime couper la poire en deux) ou à limiter la portée d'un incendie qu'il n'éteint pas. L'école reproduit la société plus qu'elle ne la produit. L'auteur montre pourquoi et n'hésite pas, chemin faisant, à évoquer quelques projets pédagogiques qu'il juge insuffisants. Quant à la religion, pour l'essentiel, elle pactiserait avec le désordre et s'éloigne de ce qui a été sa mission. Ce texte se veut donc une analyse critique ; au passage, il n'oublie pas d'indiquer pourquoi le « droit, l'école et la religion » ont manqué leur but, à quel moment ils ont renoncé et se sont enlisés, comment ils devraient procéder pour revenir à leur vocation.

Le 19 septembre 1950 s'ouvrait à Paris le 1<sup>er</sup> congrès mondial de psychiatrie. Ce fut une gigantesque kermesse, une « fête de l'humanité psychiatrique » à laquelle assistèrent psychiatres, psychanalystes de tous bords, de toutes convictions, de toutes chapelles, sociétés savantes alliées ou ennemies, juristes et psychothérapeutes.

La séance inaugurale du congrès eut lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne où Jean Delay prononça le discours d'accueil des congressistes et présenta le bilan de la psychiatrie en ce milieu de siècle. Puis ce fut le marathon des rapports, discussions et communications qui commença. Si la psychanalyse fut à l'honneur, malgré l'absence de Freud, mort en septembre 1939, la vedette fut tenue par la section consacrée aux *thérapeutiques de choc* où Manfred Sakel, von Meduna et Ugo Cerletti montèrent sur l'estrade pour y exposer leurs travaux, y recevoir des éloges ou se faire violemment critiquer.

Chronologiquement, la cure de Sakel (coma insulinaire), avait été découverte en 1927, la convulsivothérapie au cardiazol en 1929, et l'électrochoc en 1938. On donna la parole dans l'ordre à Manfred Sakel, puis à Ladislav-Joseph von Meduna et à Ugo Cerletti.

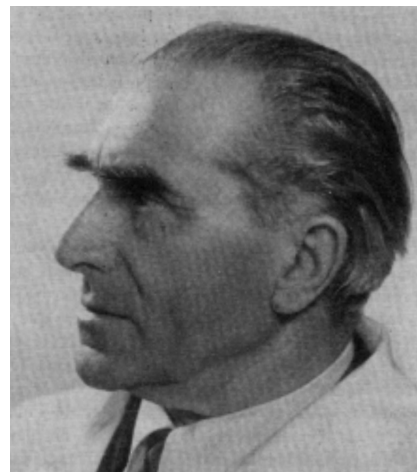
Sakel parla abondamment, mais en passant sous silence ses hypothèses de départ qu'on avait toujours jugées fantaisistes.

Orgueilleusement, il rappela que sa méthode avait été appelée « shock therapy » la première et que Cerletti était venu dès 1933 auprès de lui s'informer et s'instruire avant de découvrir l'électrochoc. Il ne parla de von Meduna que pour dire que sa technique n'avait rien apporté par rapport à la sienne avec laquelle il obtenait 86% de guérisons chez les schizophrènes dont la maladie avait débuté depuis moins d'un an. Manfred Sakel, vaniteux et dogmatique, violent dans son discours, méprisant pour ses collègues, provoqua dans l'assistance des « mouvements divers », et le ton qu'il avait employé jeta une ombre de discrédit sur un homme qui, néanmoins, avait trouvé le premier traitement valable de la schizophrénie.

Von Meduna fut beaucoup plus modeste : il reconnut qu'avant lui G. Burrows, en 1828, en Angleterre, avait utilisé le camphre pour traiter par des convulsions un cas de manie. En représailles envers Sakel qui l'avait vexé, et dont il refusa ostensiblement de serrer la main, il déclara que le grand nombre de comas irréversibles et le danger de l'insulinothérapie chez des schizophrènes avaient seuls motivé son désir de trouver un moyen plus pratique et moins meurtrier. Beaucoup plus humain et sympathique que Sakel, von Meduna fut plus appaludi que ce dernier, bien que la cardiazolthérapie, contrairement à ce qu'il prétendait, fut beaucoup moins efficace que l'in-

suline dans la schizophrénie. Mais la grande ovation fut réservée à Ugo Cerletti, l'homme qui avait inventé l'électrochoc, méthode que l'assistance s'accordait à reconnaître la plus efficace et relativement inoffensive dans les psychoses maniaco-dépressives et mélancoliques. J'avais rencontré Ugo Cerletti la veille de l'ouverture du congrès. Jeune chef de clinique, j'avais été chargé de l'accueillir à la gare de Lyon et de le conduire à son hôtel où il me retint à dîner. Il venait d'avoir soixante-treize ans.

C'était un homme grand et d'assez forte corpulence, qui parlait d'abondance mais simplement. C'était aussi un homme modeste et sensible qui n'avait qu'une idée en tête, trouver quelque chose qui remplace l'électrochoc « cette pantomime convulsive », comme il l'appelait.



« Vous savez, me dit-il, nihil sub sole novi, il n'y a rien de nouveau sous le soleil, les thérapeutiques de choc ont été trouvées bien avant moi ».

Il avait cherché dans la littérature ceux qui avaient pu le précéder dans sa découverte, non pour la déprécier, mais pour se justifier d'avoir été le promoteur d'une thérapeutique dont le procédé et la technique étaient en désaccord avec sa sensibilité et l'idée qu'il avait d'une certaine éthique médicale.

J'appris de lui que Scribonus, médecin de l'empereur Claude, avait été le premier à utiliser l'électricité pour les maux de tête persistants. Il faisait appliquer sur la tête du malade un poisson-torpille vivant jusqu'à ce que la partie fût engourdie et que la douleur cessât.

En fait, Cerletti s'était intéressé à l'épilepsie depuis 1933 quand il était à Gênes. En autopsiant des cadavres d'épileptiques, il avait observé un durcissement de la matière cérébrale dans la région de la corne d'Ammon et il avait voulu voir si ce durcissement était la cause des crises d'épilepsie ou leur conséquence. Il provoqua des crises d'épilepsie à

répétition chez le chien en utilisant un courant électrique de 125 volts.

Pour éviter la mort des animaux, il faisait passer le courant pendant quelques dixièmes de secondes seulement. Entre-temps, il avait pris connaissance de la découverte de von Meduna et avait expérimenté la crise cardiazolique avec succès.

« Malgré les bons résultats obtenus avec l'épilepsie cardiazolique, me dit-il, la méthode est très éprouvante pour le malade parce que la perte de conscience ne survient pas tout de suite, et qu'elle est précédée d'une sensation d'asphyxie angoissante pour le malade et pour moi aussi qui regarde son visage ».

Il se rappela alors que l'épilepsie électrique qu'il provoquait à Gênes chez le chien s'accompagnait d'une perte immédiate de la conscience de l'animal et, en étudiant dans la littérature médicale les cas d'électrocutions accidentelles, il remarqua que tous ceux qui avaient survécu ne se rappelaient absolument pas les circonstances de l'accident, en raison de l'abolition immédiate de la conscience dès le passage du courant.

C'est donc dans un but essentiellement humanitaire, pour supprimer l'angoisse de la phase prémonitoire de la crise cardiazolique, que Cerletti pensa lui substituer la crise d'épilepsie électrique.

« Mais j'étais effrayé à l'idée d'essayer sur l'homme, m'avoua-t-il, je ne pouvais pas m'empêcher de penser à la chaise électrique et à tous les cas d'accidents mortels survenus par électrocution, même avec des courants de faible voltage n'ayant même pas entraîné des crises convulsives. Je n'aurais certainement jamais proposé l'électrochoc si une circonstance fortuite ne s'était présentée. Un jour, un fonctionnaire des abattoirs de Rome me dit qu'on tuait les porcs avec le courant électrique. Eh bien, ce fut pour justifier mon refus d'utiliser le courant électrique chez les malades mentaux que je voulus assister à l'abattage des porcs. Il y avait là, sur une sorte d'estrade, un homme armé d'une grande pince dont les deux leviers étaient reliés au courant électrique de 125 volts de la ville. Quand les porcs passaient devant lui, il serrait les deux extrémités de la pince, qui étaient revêtues de linges mouillés d'eau salée, autour de la tête du porc, au niveau des oreilles, et aussitôt l'animal s'effondrait sans conscience, immobile et rigide, comme mes chiens. Mais, avant que la crise d'épilepsie ne survienne, le tueur avec son couteau égorgeait le porc immobile et inconscient, ce qui n'empêchait pas ensuite la crise d'épilepsie de se produire et qui, par ses secousses convulsives, facilitait l'écoulement du sang de l'animal, recueilli à part pour la charcuterie. Ainsi l'animal était sacrifié sans douleur et dans les meilleures conditions, non par le courant électrique comme on me

## LIVRES

**Fous de l'Inde  
Délires d'occidentaux et  
sentiment océanique**Régis Airault  
Payot

L'auteur constate l'existence d'un véritable « syndrome indien » touchant les occidentaux, pour la plupart des adolescents et des jeunes adultes, qui vont dans ce pays. Ici plus qu'ailleurs, et de manière plus spectaculaire, il semble que notre identité vacille. Des personnes jusque-là indemnes de tout trouble psychiatrique, et n'ayant consommé aucune drogue, éprouvent soudain un sentiment d'étrangeté et perdent contact avec la réalité. Ces troubles sont presque tous sans lendemain. Même dans les conditions les plus dramatiques, de retour chez lui, le voyageur semble en garder un bon souvenir. Et quelques mois ou quelques années plus tard, il n'a souvent plus qu'une idée : revenir en Inde. Pour Régis Airault, l'origine d'un tel vécu est à chercher du côté du sentiment océanique, ce « sentiment d'union indissoluble avec le grand tout et d'appartenance à l'universel » dont Freud parle au début de *Malaise dans la civilisation*. En Inde, le voyageur se sent absorbé par une autre réalité où tout paraît possible, où tous les fantasmes semblent pouvoir se réaliser. La tentation est grande, alors, de lâcher prise, de se laisser phagocyter par celle qu'on appelle *Mother India*... Régis Airault raconte comment il a aidé ces voyageurs à la dérive, et comment il les a accompagnés dans un parcours initiatique qui pourrait bien être celui du passage à l'âge adulte.

**Secrets professionnels**

Ed Autrement

Bernard Glorion et Bernard Hoerni ont participé à la rédaction de cet ouvrage publié par les Editions Autrement qui fait le point sur la problématique des secrets professionnels. Il a l'avantage d'élargir le débat aux professions de santé autres que celle de médecin. Le lecteur pourra trouver matière à réflexion sur le secret militaire, le secret du journaliste, le secret du juge et de l'avocat. L'accent est mis sur le paradoxe d'une société construite sur l'information et le maintien du secret professionnel.

**Correspondance**

Tome III - 1920/1933

**Les années douloureuses**Sigmund Freud et Sandor Ferenczi  
Calmann-Lévy

Sigmund Freud et Sandor Ferenczi se sont écrit presque quotidiennement à partir de janvier 1908. Leurs quelque mille deux cents lettres constituent un témoignage sur leur évolution intellectuelle, le cours de leurs relations et l'essor de la psychanalyse. Ce troisième volume commence en 1920 et s'achève avec la mort de Ferenczi, en 1933. Il voit celui-ci affirmer, peu à peu, son autonomie intellectuelle et s'affranchir de la tutelle du maître, ce qui n'ira pas sans heurts entre les deux hommes, et mettra parfois en péril leur relation. C'est aussi l'époque où la psychanalyse gagne la France, l'Angleterre, les États-Unis, où elle échappe au premier cercle de ses fondateurs de culture autrichienne ou allemande. Freud et Ferenczi sont particulièrement attentifs à ce mouvement et à ses conséquences, comme la question de l'analyse par les non-médecins. C'est, enfin, le temps de la montée des périls en Europe : les deux épistoliers en tiennent une chronique inquiète.

## BIOGRAPHIE (suite)

*L'avait déclaré, mais par le couteau du tueur. Avec l'autorisation du directeur des abattoirs de Rome, je revins faire des expériences pour essayer de provoquer la mort chez le porc avec le courant électrique seul. Je pus constater alors qu'avec le courant électrique de 125 volts, et avec des temps de passage supérieurs à plusieurs secondes, les porcs ne mourraient pas, même après de très fortes crises d'épilepsie ».*

En mars 1938, avec un appareil très simple réalisé en collaboration avec Bini, Ugo Cerletti soumit pour la première fois un schizophrène à l'électrochoc et, le 15 avril 1938, il communiquait ses premiers résultats à l'académie de médecine de Rome.

« Je raconterai une partie de tout cela demain », me dit-il, en me raccompagnant à la porte de l'hôtel Lutétia.

Il le fit avec une grande dignité, une simplicité et une modération dans ses propos qui lui rallièrent la sympathie de tous les congressistes. Il commença son exposé en parlant de von Meduna, de sa technique de convulsivothérapie qu'il différençia des convulsions de la cure de Sakel, qui étaient d'un tout autre type : et, pour compenser les injustes propos tenus par ce dernier sur la cardiazolthérapie, il dit à von Meduna : « Vous avez été le premier par votre méthode à attirer mon attention sur l'action thérapeutique de la crise convulsive, et je vous dis aujourd'hui merci ».

Puis il brossa un panorama de toute l'histoire de l'électricité médicale. Après avoir rappelé les origines les plus lointaines de l'électrothérapie, y compris l'utilisation du poisson-torpille pour les migraines en 45 ans après Jésus-Christ, il parla surtout de la bouteille de Leyde, des condensateurs de Franklin et de Volta, électrisant de hommes qui se tenaient par la main, de Leduc utilisant son fameux « courant électrique » pour induire le sommeil en 1898 ; de Batteli qui, en 1903, avait créé chez le chien la première crise d'épilepsie en plaçant une électrode sur sa nuque et une dans son nez.

Mais je fus surtout surpris et intéressé d'apprendre par l'inventeur de l'électrochoc que Jean-Paul Marat, notre conventionnel Montagnard tombé sous le couteau de Charlotte Corday, avait été médecin des gardes du comte d'Artois en 1776, et qu'il avait utilisé le courant électrique pour « stimuler la santé des jeunes recrues ». Il avait même publié un mémoire qui avait attiré l'attention de Franklin. Après avoir raconté les étapes qui l'avaient conduit à utiliser l'électrochoc et que j'ai déjà rapportées, Cerletti donna des précisions sur sa technique, son appareillage, mis au point avec Bini, le courant utilisé, 120 volts pendant un dixième de seconde. Il précisa qu'avec les électrodes mises sur les tempes, le courant se répandait très peu dans le thorax et l'abdomen, et qu'il n'y avait pas de risque d'atteindre le cœur, comme cela se produit quand on place des électrodes aux chevilles, aux poignets et sur la tête, pour une électrocution sur la chaise électrique. « Chacun de nous, disait-il, cache dans son cerveau le schéma préformé de l'attaque d'épilepsie avec sa charge d'explosif. Mais il faut un détonateur, et que le seuil soit dépassé pour que la crise se déclenche ».

Cette crise thérapeutique qui, d'après lui, ne laisse aucune lésion, influençait la région d'encéphalique (à la base du cerveau) où se trouvent les centres de régulation de l'humeur. Il apporta ses statistiques de succès, en précisant, à juste titre, que sa méthode était essentiellement le traitement de la psychose manico-dépressive.

Enfin, Ugo Cerletti nous présenta un film qu'il avait fait pour montrer le déroulement de la crise d'épilepsie sur toutes les espèces animales, depuis le poisson jusqu'à l'homme.

« Je l'ai fait, ce film, nous dit-il, pour vous

montrer que chez toutes les espèces animales, y compris l'homme, la crise d'épilepsie s'accompagne, chez celui sur qui elle s'abat, d'une réaction de frayeur intense qui le sidère, le paralyse, et que toutes les convulsions qui l'agitent ensuite ressemblent à une réaction de défense. Je sais bien que le malade électrochoqué, comme l'épileptique, n'a plus de mémoire de ce qui se passe avant la crise et que cette amnésie est totale, mais j'ai toujours été gêné, mal à l'aise, et même saisi de rémords devant la « pantomime convulsive » du haut mal. Je me rappelle avoir dit à mes assistants, après le premier succès thérapeutique de l'électrochoc, qu'il faudrait tôt ou tard se débarrasser de cette méthode et délivrer un jour l'homme de l'électrochoc. Oui, messieurs, je vous l'avoue, ce fut la première idée qui me vint quand j'ai pratiqué le premier électrochoc sur l'homme. Hélas ! Nous n'en sommes pas encore là ».

Il termina en disant qu'il travaillait continuellement dans l'espoir de pouvoir dire un jour : « Messieurs, l'électrochoc ne se fait plus, nous avons trouvé la substance, le médicament qui le remplace ».

Pacheco e Silva de São Paulo, qui présidait la séance, remercia Ugo Cerletti de sa conférence et lui dit la reconnaissance que lui devaient médecins et malades pour une thérapeutique efficace dans près de 75% des cas traités.

La parole fut ensuite donnée aux participants pour la libre discussion. Alors se manifestèrent tous les opposants aux méthodes de choc, et, parmi les plus virulents à leur jeter l'anathème, se trouvait Henri Baruk.

Se déclarant d'emblée contre, il ne leur ménagea ni sarcasmes ni dénigrements. Loin de leur accorder le crédit de leur succès thérapeutique, il en présenta les résultats de façon captieuse, et le redoutable sophiste qu'il était plaïda au nom de la morale et de la non-violence.

C'étaient pour lui des thérapeutiques brutales, fracassant les os, violant la personnalité morale, parce que appliquées sans le consentement du malade. « Il fallait réprouver, interdire ces pratiques, d'autant, affirma-t-il, que les psychoses manico-dépressives s'amélioreraient et guérissaient toutes seules ».

Cette position de Baruk, qui trouva quelques partisans, ne fut pas celle de la majorité des assistants qui, tout en reconnaissant qu'ils étaient mal à l'aise devant les convulsions dont ils ne comprenaient pas le mécanisme thérapeutique, s'accordaient à reconnaître leurs ré-

sultats très favorables dans la cyclothymie, les psychoses manico-dépressives, et dans les formes stupéurées de la schizophrénie.

Certains, comme Lopes Ibor (de Madrid) qui présidait la séance de discussion, après s'être interrogés sur la personnalité morale et les thérapeutiques psychiatriques en général, s'accordaient pour dire que l'électrochoc n'était pas plus brutal que le couteau de chirurgie, que ses dangers étaient minimes et que le consentement du malade était difficilement exigible, car il n'était pas toujours en état de le donner. Quant à Georges Heuyer, médecin des hôpitaux et célèbre expert psychiatrique auprès des tribunaux, il jugeait la position de Baruk carrément inacceptable, estimant que « les méthodes de choc avaient radicalement transformé la vie de ces malheureux et qu'au nom d'une morale démagogique flattant la sensiblerie, on n'avait pas le droit d'attendre des semaines, des mois ou des années, une guérison hypothétique... ».

Huit ans après ma rencontre avec Cerletti et cette mémorable séance sur les thérapeutiques de choc, bien des choses avaient changé.

Ce n'était plus la fête, l'apothéose des thérapeutiques agressives : on brûlait presque ce qu'on avait adoré. La chlorpromazine et les premiers neuroleptiques commençaient à supplanter les cures de Sakel, et le premier antidépresseur vrai, l'imipramine (Tofranil), mais aussi les inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO), remplaçaient les électrochocs dans de nombreux cas.

Ugo Cerletti mourut en 1963 : il eut le temps de voir accomplie une partie de son vœu, avec l'action confirmée de l'imipramine, des IMAO et les premières publications sur l'emploi du lithium dans les manifestations manico-dépressives. Malgré tous les progrès qui suivirent, plus de cinquante ans après sa découverte, et sans que son mécanisme d'action n'ait jamais été élucidé, on utilise encore l'électrochoc quand les médicaments se révèlent insuffisants ou inefficaces. Mais, pour ne pas faire de peine à Cerletti qui désirait tant qu'on oublie son invention, on pourrait lui dire qu'on a supprimé la « pantomime convulsive » avec une anesthésie et du curare, qu'on a débaptisé le procédé qui s'appelle maintenant « électro-narcose », et pour le malade « narcose » tout court. On pourrait ainsi l'assurer que la plupart des médecins ignorent son nom. ■

\*Ancien chef de clinique, ex-directeur scientifique à l'Institut National de Santé et de Recherches Médicales, 6-12 rue Raffet, 75016 Paris.

BUC  
RESSOURCESMission Nationale  
d'Appui en Santé Mentalefnars  
Nous agissons pour l'insertion**Appel à initiatives  
FORUM****Psychiatrie et travail social : acteurs, outils,  
expériences**

• Initiatives sur le terrain • Conventions et aspects juridiques  
Éthique et responsabilités • Secteur et / ou réseau.

Il s'agit de faire dialoguer ceux qui, de plus en plus nombreux et sans toujours se connaître, conduisent des expériences de travail en commun, sous forme ou non de réseau, entre travailleurs sociaux et spécialistes du soin.

Centre culturel « Les Arcades » à Buc (près de Versailles)  
Vendredi 20 octobre 2000, de 9h à 17h.

Les équipes souhaitant présenter leur travail et leurs expériences en ateliers sont priées d'adresser le texte de leur communication (15 mn) et sa synthèse avant le 15 juillet 2000 à : Buc Ressources, 1 bis rue Louis Massotte, 78530 Buc.

Télécopie : 01 39 56 55 89. E-mail ; bucress@club-internet.fr

Prix : 250 F (repas non compris).

Inscription : Mme Dominique Besnard : tél. : 01 39 20 73 82.

# Le Service Médico-Psychologique Régional Secteur Psychiatrique en Milieu Pénitentiaire

Si l'existence des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile est depuis longtemps connue de tous, il n'en est pas de même pour les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Pourtant, ces trois secteurs ont été officialisés, en même temps, par le décret n°86-602 du 14 mars 1986, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. Le S.M.P.R., structure de base du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, est un service hospitalier implanté en Maison d'Arrêt, et est rattaché à un établissement de santé.

## Organisation et missions

Son organisation administrative et financière est du ressort de la compétence conjointe des directeurs de la Maison d'Arrêt et du Centre Hospitalier. Le premier prend notamment à sa charge la construction, l'aménagement et l'entretien de locaux individualisés et adaptés ainsi que les personnels de surveillance nécessaires au maintien de l'ordre et de la sécurité du service, alors qu'incombe principalement au second la charge des personnels médicaux, paramédicaux et sociaux de l'équipe pluridisciplinaire ainsi que les matériels nécessaires à la réalisation des protocoles thérapeutiques, ergo et sociothérapeutiques.

La pharmacie, dans le cadre du protocole complémentaire fixant notamment les modalités de coordination entre le service psychiatrique et médical, dépend de l'établissement de santé auquel est rattaché le service médical.

Le S.M.P.R. met en œuvre des actions de prévention, de diagnostic et de soins des troubles mentaux pour les personnes détenues, en coordination, le cas échéant, avec les services de psychiatrie extérieurs pour assurer la continuité des soins. Des actions spécifiques sont prévues pour les sujets présentant des problèmes de toxicomanie par le biais des Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes rattachés au service. Il existe également, dans certains S.M.P.R., des Antennes d'Alcoologie.

Les consultations constituent une part importante de l'activité du service (consultations d'accueil, suivi ambulatoire...). Les patients sont admis dans l'unité d'hospitalisation lorsque leur état mental est incompatible avec la détention ordinaire, à l'exception de ceux relevant de l'article D 398 du Code de Procédure Pénale. On désigne par hospitalisation au S.M.P.R., l'accueil et la prise en charge psychiatrique dans une unité d'hébergement spécifique. L'admission et la sortie sont prononcées, avec le consentement du sujet, par le directeur de l'établissement de santé sur proposition d'un médecin du service.

Il convient de rappeler deux orientations principales du S.M.P.R. : tout d'abord, favoriser l'accès aux soins pour certains détenus, qui ont habituellement en milieu libre peu ou pas recours aux dispositifs de soins psychiatriques, ainsi que la continuité des soins à l'issue de l'incarcération ; ensuite, dispenser aux détenus des soins d'une qualité équivalente à ceux prodigués à la population générale.

## Les situations rencontrées

La pathologie mentale est de plus en plus fréquente dans la population carcérale. Plusieurs paramètres expliquent cette évolution, notamment l'augmentation des demandes de soins, l'allongement de la détention provisoire et des peines, le moindre recours de la part des experts à l'article 122-1 du code pénal, relatif à l'irresponsabilité pénale pour trouble psychique, d'autant que la complexification des modèles psychopathologiques favorise les interprétations médico-légales. Par ailleurs, l'évolution du secteur psychiatrique et de la conception de l'hospitalisation (courte durée, diminution des conduites addictives et de la criminalité sexuelle, l'émergence de nouvelles formes de psychiatrie sociale liée à l'exclusion, sont venues renforcer cette tendance. Ainsi, plus d'un tiers des sujets détenus rencontre au moins une fois un psychiatre lors de son passage dans l'établissement.

Il n'y a pas de pathologie psychiatrique réellement spécifique à la prison, en dehors de la traditionnelle psychose carcérale qui, si elle existe, apparaît aujourd'hui exceptionnellement. En revanche, l'expression des troubles présente souvent des particularités notables liées à la fois à la rupture, au milieu et au sujet. La position de travail des psychiatres du S.M.P.R. est à distinguer radicalement de celle des psychiatres experts. En effet, alors que les premiers sont médecins traitants avec le respect du secret médical que cela implique, les seconds sont en mission dans le cadre de la procédure judiciaire, et émettent un avis quant à la responsabilité pénale d'un sujet au regard de sa pathologie et de son accessibilité à la sanction.

Précisons tout d'abord qu'il n'y a pas de psychopathologie prévisible en fonction de la nature d'un délit. En ce qui concerne la clinique observée en milieu pénitentiaire, il y aurait beaucoup à dire du fait de sa richesse et de sa diversité. De façon synthétique, on soulignera : - l'augmentation marquée du nombre de psychotiques, tant connus, déjà suivis à l'extérieur, en rupture ou non de traitement et parfois stabilisés sur un mode psychopathique, que non connus préalablement, l'incarcération venant dans ce cas exacerber ou démasquer des troubles plus ou moins latents ; - l'importance quantitative des tentatives de suicide, par pendaison, ingestion médicamenteuse, section des vaisseaux (phlébotomies et artériotomies) et des suicides réussis. Différents moments sont connus comme étant à risque, tels le début de l'incarcération ou la mise brutale en isolement (quartier disciplinaire par exemple) ;

- la faible fréquence des troubles dépressifs majeurs, contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, et la quasi inexistence des épisodes mélancoliques pour des raisons liées à une autre gestion de la culpabilité pathologique de ces patients lorsqu'ils sont incarcérés et punis ;

- la banalité du syndrome anxio-dépressif ré-actionnel à l'incarcération, parfois massif à l'arrivée mais étonnamment réactivé à l'approche de la libération, celle-ci se révélant un moment ambigu d'espoir et d'inquiétude ;

- la variabilité de la demande de soins des

« délinquants sexuels » permettant parfois d'accéder aux débuts d'un authentique travail psychologique personnel ;

- l'expression souvent atypique de la souffrance psychique, alors difficile à repérer et à interpréter au travers de plaintes somatiques, de troubles du sommeil, de demandes médicamenteuses exclusives parfois abusives, de comportements agressifs à l'égard de l'autre ou de soi, avec automutilations, grèves de la faim..., de symptomatologie floue, polymorphe, et à mettre en relation avec les représentations culturelles du sujet ;

- l'extrême fréquence de troubles graves et complexes de la personnalité, évoluant souvent depuis l'enfance et s'exprimant, bien souvent, par des comportements impulsifs et des conduites d'addiction.

## Des données particulières

Certains éléments sont à prendre en compte, car susceptibles de retentir sur les modalités de soins.

Tout d'abord, se pose la question du temps, liée à la durée imprévisible du séjour dans la maison d'arrêt d'un détenu. En cours d'instruction, celui-ci restera quelques jours, quelques semaines... ou plusieurs années, pouvant à tout moment être remis en liberté ; condamné, il terminera sa peine dans l'établissement, bénéficiera d'une libération conditionnelle, ou sera transféré plus ou moins inopinément dans un centre de détention ou une centrale en fonction de son reliquat de peine. La survenue possible de tels événements donne une tonalité particulière à l'investissement de la prise en charge, tant du côté du patient que de celui de son thérapeute. De plus, cela renforce la nécessité de la mise en place, parfois précipitamment, d'une continuité des soins qui reste de ce fait une préoccupation constante et s'aménage principalement avec les secteurs de psychiatrie générale ou les psychiatres de l'établissement pénitentiaire où sera dirigé le patient. D'autre part, le consentement du patient est à tout moment nécessaire. La loi prévoit, en effet, qu'à l'intérieur du milieu fermé carcéral, les soins psychiatriques, comme les soins médicaux, ne soient pas donnés sous contrainte. En parallèle, le Code de Procédure Pénale prévoit, avec l'article D398, que certains états psychiatriques sont incompatibles avec le maintien en détention. L'application de cet article entraîne alors pour le patient une hospitalisation d'office, sans levée d'écrou, dans le service psychiatrique du secteur dont il relève. Dans le cas des secteurs parisiens, l'Infirmier Psychiatrique près la Préfecture de Police (IPPP) établit le certificat d'hospitalisation et oriente le patient. Cette situation d'incompatibilité se manifeste de diverses manières. Le refus de soins chez un sujet dont l'état nécessite une action thérapeutique est le cas le plus courant. Mais il peut aussi s'agir du problème de l'instauration d'un traitement relevant du milieu hospitalier de par son infrastructure (nécessité d'une surveillance médicale continue par exemple), ou encore du bénéfice qu'aura un patient, à un moment donné, à se trouver dans le cadre institutionnel adéquat pour prendre conscience de sa pathologie qu'il étudie avec l'incarcération.

Ces cas de figure sont rares en pratique, mais ils ont le mérite de rappeler les limites du champ de la prise en charge psychiatrique en prison, cette dernière ne devant à aucun moment prétendre se substituer à l'institution hospitalière ni régler l'intégralité des troubles mentaux, de même qu'elle doit se démarquer du champ disciplinaire et ne pas psychiatiser des conflits ou des troubles du comportement relevant des dysfonctionnements du milieu et du système pénitentiaires. ■

Odile Dormoy, Pascal Forisser, Nathalie Le Hir et Chantal Magdeleinat, SMPR de la Santé.

## LIVRES

### Le médecin expert et conseil face aux juges

Michel Olivier et Alain Rolland  
Ellipses éditions

Dans cette collection des professions de santé face à la justice, riche de déjà dix ouvrages, celui-ci était particulièrement attendu. Il ne devrait pas décevoir le lecteur. D'une présentation simple et pragmatique il passe en revue les conditions procédurales, techniques et pratiques des expertises en matière civile, pénale ou administrative. Il évoque le rôle du médecin conseil dans les expertises officielles ou auprès des compagnies d'assurances. Il fait le point sur un sujet mal connu : la responsabilité des médecins experts. Il recèle de nombreuses jurisprudences peu connues, voire jusqu'alors non publiées, qui éclaireront tout psychiatre conduit à réaliser des expertises dans sa pratique. Sa lecture, et surtout sa consultation régulière, deviendront vite indispensables pour qui est confronté à cet exercice particulier mais de plus en plus répandu.

C. Jonas

### Dire l'exclusion

Sous la direction de Frédéric de Rivoire  
Erès

Le mot exclusion est actuellement très à la mode. Nous l'entendons partout, il est sur toutes les lèvres. Mais qu'est-ce que vraiment l'exclusion ? Voici la question à laquelle ce livre, avec un regard psychanalytique, tente de répondre.

Sous la direction de Frédéric de Rivoire (docteur en psychologie, psychanalyste, chercheur), un groupe de différents auteurs, acteurs sociaux, psychanalystes,... se sont regroupés pour donner, chacun, leur propre vision de l'exclusion et de ses conséquences. Ils abordent l'exclusion d'une manière personnelle, en se posant par exemple la question : « comment soigner la souffrance psychique née de l'exclusion ? » (Marcel Sassolas), ou en parlant d'« une société qui exclut ce qui ne compte pas » (Daniel Destombes). Chaque partie du livre est ponctuée par des citations qui ont pour thème l'exclusion, que chacun peut interpréter à sa manière et qui peuvent déboucher sur une réflexion personnelle. Il s'agit donc d'une réflexion commune sur un mot qui à lui seul pose de nombreuses questions. Tous les auteurs refusent l'importance du travail de parole qui apparaît « comme le véritable travail d'insertion sociale à entreprendre ».

Ci Calanville

### Familles d'origine algérienne en France

Sous la direction d'Ahsène Zehraoui avec la collaboration de Sabah Chaïb, Sylvain Aquatias et Sabah Lazizi  
L'Harmattan

Dans cet ouvrage, les auteurs présentent une recherche menée sur deux ans, par le biais d'une étude sur le terrain, auprès de neuf familles algériennes trigénérationnelles (184 personnes). Le but est de démontrer que l'intégration n'est pas un état, une condition, ni une finalité mais un processus dans le cadre d'une dynamique sociale. Ce livre apporte la connaissance d'une population issue de l'immigration : ses pratiques culturelles, ses rapports à l'institution, connaissances toujours utiles alors que la question du devenir des familles issues de l'immigration suscite un débat si vif.

Khaira Bellahouel

## LIVRES

**De l'acédie monastique  
l'anxio-dépression  
Histoire philosophique de la  
transformation d'un vice en  
pathologie**

Bernard Forthomme

*Les Empêcheurs de penser en rond*

Cette étude aborde l'acédie depuis son ancrage dans la plus haute Antiquité (*comme daemionium meridianum*, démon méridien, devenu évolutivement le fameux *démon de midi*), au sein de son émergence érémitique égyptienne ou monastique (avant tout chez Evagre le Pontique et Cassien), jusqu'à ses métamorphoses morales médiévales comme  *paresse et tristesse*, mais aussi sous ses figures esthétiques, dessinées par la poésie dantesque ou pétrarquienne, les configurations théâtrales, picturales et romanesques, ou proprement médicales et psychiatriques. Après avoir décrit les enjeux philosophiques, théologiques et spirituels de la question de l'acédie, l'ouvrage aborde l'inflexion de l'acédie dans le champ de la médecine aliéniste française du XIX<sup>ème</sup> siècle, ainsi que le rôle varié qui lui est donné aujourd'hui, notamment dans la psychopathologie américaine et européenne (pour penser la *Crise du milieu de la vie*). Le projet structurel de cette étude tend à rejoindre la tentative de renouveler radicalement l'approche de l'anxiété et de la dépression ou de la fatigue d'être soi-même (enveloppant le démon de midi et la *crise du milieu de la vie*) et celle du consentement initial à l'être, suite à l'érosion de l'étiologie analytique et même de l'éclairage « psychologique ». Un concept aussi complexe que celui d'*acédie* permet d'envisager avec une pertinence inattendue l'extension demeurée énigmatique et les variations déconcertantes de cette affection envahissante de la modernité, à partir d'une problématique très différente et éclairante.

**Traitements de substitution**

Histoire étude pratique

*L'Harmattan*

Il s'agit des actes de journées de Reims pour une clinique de toxicomane qui abordent la substitution. Les traitements de substitution faisant désormais partie de l'ensemble des propositions de soins offertes aux toxicomanes.

Cette thérapeutique, conçue à partir de la création d'un médicament et proposée avec des objectifs précis, n'en est pas moins une politique. Une lecture historique montrerait qu'ici politique sanitaire et traitements du patient sont impossibles à séparer. Et c'est à cette intersection que la substitution mérite d'être pensée, étudiée, questionnée : entre clinique et politique. L'inquiétude liée aux maladies connexes (sida et hépatites notamment), ainsi que le risque social que celle-ci véhicule, justifient, en grande partie, cette mesure. Dans ce sens, les traitements de substitution espèrent faciliter une gestion moins nocive de la toxicomanie, permettre un meilleur accès aux soins médicaux, éviter la marginalisation et la délinquance, et améliorer l'insertion socio-professionnelle. Le sevrage reste en perspective ; plus comme une virtualité propre au sujet que comme un objectif. Cette pratique, très pragmatique, a aussi montré ses limites : le détournement de la vocation première du produit ainsi que son trafic ; le risque de mort dû à l'association avec d'autres médicaments ; l'abstinence qui tend à disparaître dans la maintenance. Mais s'il s'agit d'évaluer le rapport risques/ avantages, la faveur semble pour le moment revenir à ces derniers.

## Informations

### L'OMS met en garde contre l'insuffisance de traitement des maladies mentales

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) met en garde contre l'insuffisance de traitement des maladies mentales, en publiant les résultats d'une recherche internationale qui concerne 30 000 personnes dans 7 pays (Allemagne, Brésil, Canada, Etats-Unis, Mexique, Pays-Bas, Turquie), « *la moitié des sujets ne cherche pas à se faire soigner, la plupart ne reçoivent aucun traitement ou un traitement inapproprié, alors que des thérapies efficaces existent* ».

Les chercheurs ont constaté que 48% des personnes aux Etats-Unis étaient confrontées au moins à une affection mentale pendant l'existence, contre 40% aux Pays-Bas, 48% en Allemagne, 37% au Canada, 36% au Brésil, 20% au Mexique. L'âge médian de l'apparition de troubles anxieux est de 15 ans, contre 21 ans pour les troubles dus aux toxicomanies et 26 ans pour les troubles de l'humeur. « *Concernant les demandes de traitement, les retards sont particulièrement fréquents lorsque les symptômes touchent des jeunes. Les plus touchés par les 3 classes de maladies sont les groupes sociaux désavantagés* », en particulier les personnes à faible revenu et faible niveau d'éducation, les chômeurs et les célibataires.

Dans un éditorial accompagnant la publication de ces résultats dans le Bulletin de l'OMS, le directeur général, Gro Harlem Brundtland, évoque les raisons du retard des traitements : niveau de priorité inférieur accordé à la santé mentale, centralisation des services de santé mentale dans des « *établissements psychiatriques grands et peu efficaces, voire préjudiciables à la santé des malades* », « *application médiocre* » des stratégies de santé mentale présentant un bon rapport coût/efficacité. Elle mentionne, également, la « *stigmatisation de la santé mentale* », qui empêche les patients de demander des soins et qui « *peut même limiter le désir d'intervention* » des professionnels de soins en santé mentale.

La santé mentale, définie comme une des priorités principales de l'OMS, fera l'objet, en 2001, du « *Rapport sur la santé dans le monde* », publié tous les ans.

### Handicap : les inégalités départementales pour l'accès aux établissements persistent malgré des améliorations

Les inégalités pour l'accès aux établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés entre les départements persistent, malgré une réduction globale des disparités constatée entre 1988 et 1998. C'est ce qu'indique une étude conduite par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), qui fait le bilan des structures existantes en 1998 et de leur évolution depuis 1998.\*

Au 1<sup>er</sup> janvier 1998, on comptait en France, 6 600 établissements et services disposant de 300 000 places. Entre 1988 et 1998, le nombre total de places des structures pour enfants handicapés est resté stable alors que celui des places en établissements pour adultes a augmenté de moitié.

Des départements ne disposent pas de certains types d'établissement. Ainsi 41 départements sont dépourvus d'établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs. Les établissements pour enfants déficients sensoriels visuels et auditifs qui ont une vocation interdépartementale sont encore moins nombreux : 71 départements sont dépourvus d'instituts pour déficients visuels, 50 d'instituts pour déficients auditifs, et 83 d'instituts pour enfants sourds-aveugles.

D'autres types d'établissements sont présents dans tous les départements et notamment les centres d'aide par le travail (CAT), les services d'éducation spéciale et de soins à domicile, les foyers d'hébergement et les établissements pour enfants déficients intellectuels. L'absence dans les départements de foyers à double tarification est le plus souvent imputable à la montée en charge progressive du dispositif qui date de 1986. Une vingtaine de départements en sont encore dépourvus. On trouve des maisons d'accueil spécialisées ou des foyers occupationnels dans la quasi-totalité des départements. Pour les MAS, la progression a été rapide, puisque, si 30 départements en étaient dépourvus en 1988, ils sont seulement 4 dix ans plus tard. Les établissements pour enfants polyhandicapés ont une couverture encore partielle mais en progression régulière. Ainsi, 34 départements en sont encore dépourvus, contre 86 en 1988.

### 17% des enfants ne sont pas accueillis dans leur département d'origine

Du fait de ces disparités, des flux importants existent entre les départements. Ainsi, plus de 40% des enfants et adolescents accueillis dans des établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs ou déficients sensoriels sont pris en charge hors de leur département d'origine. Ce chiffre tombe à 10% pour les déficients intellectuels. Traditionnellement, certains départements comme Paris envoient des patients ailleurs, d'autres, comme la Lozère, sont des départements d'accueil.

Au total, parmi les 124 000 enfants en établissement ou en service d'éducation spéciale, près de 21 000 (soit 17%) ne sont pas accueillis dans leur département d'origine. De plus, 6 000 ne sont pas pris en charge dans un département limitrophe de leur département d'origine, et sont donc éloignés de leurs parents. Pour les 126 000 adultes en CAT, en foyer occupationnel, en MAS ou en FDT, 29 000 ne sont pas accueillis dans leur département d'origine (23%). Plus de la moitié (16 000) sont assez éloignés de leur famille, n'étant pas accueillis dans un département limitrophe.

### Des disparités compensées par d'autres types de prise en charge

La DREES souligne que les disparités les plus fortes concernant les instituts d'éducation sensorielle. Elles sont compensées par le fait que les enfants déficients sensoriels et moteurs sont de plus en plus souvent accueillis en service d'éducation spéciale et de soins à domicile. Elle considère que le caractère polyvalent des structures et la diversité des modes de prise en charge peuvent contribuer à réduire certaines inégalités devant l'accès aux établissements en offrant des alternatives.

Elle souligne « *que l'absence d'un établissement dans un département ou un taux d'équipement départemental faible, peuvent être compensés par l'utilisation d'autres dispo-*

*sitifs pour satisfaire les besoins* ». « *Un enfant présentant des troubles du comportement peut être accueilli dans un établissement pour enfants déficients intellectuels, dans un institut de rééducation, dans un service d'éducation spéciale et de soins à domicile ou dans une classe de l'Education Nationale* ». « *De même, un adulte handicapé peut être hébergé dans un foyer d'hébergement, une famille d'accueil ou vivre dans son propre logement grâce à l'aide d'un service d'accompagnement à la vie sociale* ».

\* « *Les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998 : réduction globale des disparités départementales* », n°58, avril 2000, 8 pages.

### Publication au Journal Officiel de l'arrêté sur le nouveau concours de PAC

L'arrêté fixant les nouvelles modalités d'organisation des épreuves d'accès au statut de praticien adjoint contractuel (PAC) pour les médecins ou pharmaciens à diplôme étranger est paru au Journal Officiel du 27 mai (p 7993-99).

Les conditions d'accès aux épreuves nationales d'aptitude à la fonction PAC ont été modifiées dans la loi du 27 juillet 1999. Cet arrêté complète deux décrets parus au J.O. du 20-21 mars. Le premier décret sur les conditions d'accès aux épreuves nationales d'aptitude indiquait que les chefs de clinique des universités assistants des hôpitaux associés, les assistants généralistes associés ou assistants spécialistes associés des hôpitaux, les attachés associés des hôpitaux publics et les internes ou faisant fonction d'interne (FFI) peuvent passer les épreuves et le second prolongeait la date-limite d'organisation des épreuves nationales d'aptitude (au moins une fois par an pour chaque discipline et spécialité) du 1<sup>er</sup> juin 1999 au 31 décembre 2001.

L'arrêté du 22 mai indique que les épreuves sont organisées en 8 disciplines (biologie, médecine, radiologie et imagerie médicale, chirurgie, pharmacie, psychiatrie) et 58 spécialités. Les épreuves de biologie sont organisées à Poitiers, celles de médecine, radiologie et imagerie médicale à Strasbourg, la chirurgie à Toulouse, la pharmacie à Dijon et la psychiatrie à Orléans. Les épreuves comprennent 2 épreuves écrites (connaissances théoriques sur 60 points, connaissances pratiques sur 120 points) et une épreuve sur dossier comportant l'évaluation des titres et travaux et l'évaluation des services rendus (40 points). L'arrêté détaille également le type d'épreuves par spécialité. La liste des pièces à fournir dans le dossier administratif, dans la demande d'attestation de la valeur scientifique équivalente à celle du diplôme permettant l'exercice de la médecine ou de la pharmacie en France et dans le dossier technique comportant une partie « *titres et travaux* » et une partie « *services rendus* » est précisée. Enfin, l'arrêté fixe les règles de composition et de fonctionnement des jurys.

Par ailleurs, un autre arrêté daté du 22 mai modifie l'arrêté du 23 mars 2000 fixant les dates d'ouverture des épreuves pour 2000. La période d'inscription est fixée du 2 mai au 20 juin et non du 2 mai au 6 juin.

### La DGS alerte les héroïnomanes par voie intraveineuse à la suite de 10 décès en Ecosse

La Direction générale de la santé a lancé en mai dernier, une alerte inédite, destinée aux héroïnomanes par voie intraveineuse. Dans

les premières semaines de mai, 20 héroïnomanes, dont 15 femmes, s'étant injectés par voie intramusculaire ou sous-cutanée de l'héroïne mélangée à de l'acide citrique (utilisée pour dissoudre la drogue avant injection), ont été hospitalisés en Ecosse et 10 sont décédés. « Ces personnes ont présenté un œdème et une nécrose sévère au niveau du lieu de l'injection. Les cas les plus graves ont présenté un choc pouvant s'apparenter à un choc toxique septique ». Les causes de ces manifestations restent inconnues. « Aucun germe n'a été identifié et les investigations sont en cours pour déterminer si ces cas sont associés aux substances injectées (en particulier à la présence de l'acide citrique), au matériel ou au partage du matériel d'injection ». La DGS « invite » en conséquence « les usagers de drogue par injection à la plus grande prudence, en évitant tout particulièrement les injections intramusculaires ou sous-cutanées ». Elle rappelle « l'importance du respect des recommandations d'hygiène générale et de non partage des matériels d'injection ». En cas d'œdème ou de nécrose à l'endroit de l'injection, il est « fortement conseillé » de consulter en urgence un service hospitalier.

## Toxicomanie : Didier Touzeau récompensé

Le prix Marie Nyswander/Dole qui récompense chaque année des spécialistes en toxicomanie pour les progrès réalisés dans la prise en charge des patients par les médicaments de substitution, a été décerné cette année, à San Francisco, pour les Européens à Didier Touzeau, psychiatre des hôpitaux.

Didier Touzeau, chef du département toxicomanie de l'hôpital Paul-Guiraud à Villejuif, est responsable de la clinique Liberté à Bagneux (Hauts-de-Seine) qui se consacre aux soins des toxicomanes. Il est également secrétaire général de l'association Formation Intervention Recherche, Sida et Toxicomanies (FIRST).

Ce praticien est le premier médecin français qui a reçu cette distinction décernée au cours de la Conférence nationale de l'Association américaine des traitements méthadone (American methadone treatment association, AMTA), en tant que pionnier de ces traitements. La neuvième conférence annuelle de l'AMTA, qui s'est tenue du 9 au 12 avril dernier à San Francisco, avait en effet pour thème central « Pour le nouveau millénaire, des pionniers aux innovateurs ».

Il succède cette année à Jean-Jacques Deglon, psychiatre, responsable de la Fondation Phoenix à Genève, et auteur de la traduction française du guide clinique Méthadone de l'AMTA.

## Publication du décret sur les médecins chargés du suivi des auteurs d'infractions sexuelles

Le décret organisant les fonctions de médecin coordonnateur et de médecin traitant pour le suivi de l'injonction de soins aux auteurs d'infractions sexuelles a été publié après 2 ans d'attente.\*

La loi du 17 juin 1998 a institué la possibilité d'un suivi socio-judiciaire des auteurs de crimes et délits à caractère sexuel pendant une durée maximale de 20 ans après exécution de la peine d'emprisonnement. Ce suivi peut comprendre une injonction de soins « s'il est établi après une expertise médicale, que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement ».

L'absence de décret d'application rendait impossible la mise en œuvre de ces mesures de

suivi, qui intervient après le jugement par un tribunal et à l'issue d'une peine de prison ferme si une telle condamnation est prononcée.

Le décret du 18 mai, fixe les règles de désignation du médecin traitant et du médecin coordonnateur, qui sera en relation avec le juge d'application des peines (JAP), et le déroulement de l'injonction de soins. Il précise que le choix d'un médecin traitant peut être fait avant la libération d'un condamné détenu.

Le médecin coordonnateur, désigné par le JAP sur une liste de volontaires, recevra de celui-ci « la copie des pièces de la procédure utiles à l'exercice de sa mission » et les transmettra, éventuellement, au médecin traitant. Il pourra suivre un nombre maximal de condamnés (fixé dans un arrêté du ministre chargé de la santé, à paraître) et recevra une indemnité forfaitaire annuelle, dont le montant sera fixé dans un arrêté conjoint justice-santé-budget.

Il ne doit avoir aucun lien de parenté avec le condamné, ne peut pas être son médecin traitant ni participer à une expertise sur cette personne au cours du suivi socio-judiciaire. Une liste de médecins coordonnateurs, désignée pour 3 ans, est établie pour chaque tribunal de grande instance ou de façon commune pour un département. Ils doivent être spécialistes exerçant depuis au moins 3 ans, être inscrits à l'ordre des médecins, avoir un casier judiciaire vierge et ne pas avoir été condamnés ni suspendus dans le cadre de leur exercice.

Un arrêté du ministre chargé de la santé, à paraître, déterminera les conditions d'inscription de médecins généralistes ayant suivi une formation.

De manière transitoire, pour 5 ans, sont autorisés à être inscrits des généralistes pouvant justifier une activité antérieure ou leur intérêt pour la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles et des psychiatres n'exerçant plus d'activité clinique, s'ils ont exercé pendant au moins 5 ans.

Le médecin coordonnateur convoquera la personne condamnée au suivi socio-judiciaire avec injonction de soins pour l'informer des modalités de cette injonction et l'inviter à choisir un médecin traitant (les parents ou le tuteur pour les mineurs et les incapables majeurs).

Il aura un droit de regard, limité, sur le choix du médecin traitant, pouvant refuser « si ce médecin n'est manifestement pas en mesure de conduire la prise en charge d'auteurs d'infractions sexuelles ».

C'est le coordonnateur qui informera le médecin traitant pressenti du choix et se chargera de recueillir son accord (par écrit), après l'avoir informé des conditions de l'injonction. En cas de refus du coordonnateur, le JAP essayera une conciliation mais il ne peut désigner un médecin traitant n'ayant pas été accepté par le condamné ou n'ayant pas accepté la charge. Si le choix d'un médecin traitant s'avère impossible, « au vu notamment des observations écrites du médecin coordonnateur », la peine de suivi est transformée, selon la loi, en peine d'emprisonnement. Une fois ce choix effectué, les relations entre le condamné et le médecin traitant doivent s'établir « conformément aux dispositions du code de déontologie médicale », le JAP ne pouvant pas intervenir dans le déroulement des soins. Le condamné, devenu patient, peut demander à changer de médecin traitant, de même que le médecin traitant peut demander d'interrompre le suivi. Chacun en informe le coordonnateur. Au cours du suivi, le coordonnateur devra convoquer au moins une fois par an la personne condamnée pour « réaliser un bilan de sa situation, afin d'être en mesure de transmettre au JAP les éléments nécessaires au contrôle de l'in-

## LIVRES

### Au-delà du malaise Psychanalyse et barbaries

Ghyslain Lévy

Erès

Ghyslain Lévy remet en question, dans cet ouvrage très actuel, le postulat Freudien selon lequel le « malaise dans la culture » serait le prix à payer (par le renoncement pulsionnel) pour l'accès à la culture et à la civilisation. Ce qui était vrai du temps de

jonction de soins ».

\* Décret du 18 mai relatif à l'injonction de soins concernant les auteurs d'infractions sexuelles, p 7525-7.

### Des soins psychiatriques de très mauvaise qualité dans les prisons britanniques

Une inspection réalisée dans des unités de psychiatrie en prison et publiée dans le *British Medical Journal*\* montre que la qualité de la prise en charge psychiatrique des détenus au Royaume-Uni se situe largement en dessous des standards du National Health Service.

Les résultats de cette enquête, effectuée par des inspecteurs du ministère de l'Intérieur, indiquent que les prisonniers britanniques ne sont pas mieux lotis que leurs homologues français. En décembre dernier, un rapport a montré que la situation sanitaire des détenus s'était améliorée en 10 ans en France, mais que la prise en charge psychiatrique restait problématique.

Depuis 1991, le Service des Prisons britannique tente de fournir aux détenus les mêmes standards de soins que ceux offerts par le NHS aux patients non incarcérés.

L'étude a été menée dans 13 prisons comptabilisant 348 lits de soins psychiatriques, ce qui représente 20% de l'ensemble des lits disponibles dans les prisons britanniques (les unités de psychiatrie en prison ont entre 3 et 75 lits).

Pour une prévalence de 0,4% dans la population générale, 7% des détenus jugés, 10% des détenus en attente de jugement et 14% des femmes détenues présentaient une psychose au cours de l'année précédant l'entretien, a montré une enquête récente de l'Office des statistiques nationales, au Royaume-Uni. 64% des femmes en attente de jugement présentaient des symptômes de dépression contre 11% dans la population générale.

Les résultats du programme d'inspection des prisons montrent qu'aucun médecin en charge des patients n'avait suivi une formation spécialisée complète en psychiatrie. Seulement 24% du personnel infirmier avait une formation sur la santé mentale et près d'un tiers n'avait pas de formation d'infirmier. Seule une prison proposait des thérapies occupationnelles et deux bénéficiaient d'un psychologue.

La plupart des patients n'étaient libres de circuler dans l'établissement que pendant 3 heures et demie par jour et aucun n'était libre de circuler pendant plus de 9 heures par jour, alors que les recommandations fixent cette période à 12 heures par jour.

Certaines prisons pratiquaient l'isolement des patients, avec des durées de 50 heures en moyenne. En outre, l'attente pour un transfert vers des services hospitaliers extérieurs était entre 4 et 20 mois. ■

\*BMJ, 15 avril, vol. 320, pp. 1031-1034.

APM-Reuters

Freud ne l'est peut-être plus aujourd'hui où « les expressions culturelles singulières (...) se trouvent écrasées, prises dans le moule univoque d'un modèle mondialisé de société ». La barbarie, aujourd'hui, résiderait dans le « modèle soft de bien-être programmé » qui nous est imposé par la fausse idéologie du libéralisme économique, sauvage : ce qui est institué est en fait « l'adhérence unifiante de soi à soi et de soi à l'autre dans la même confusion agglutinante, la même attente narcissique illimitée, opaque, rivée à elle-même, étrangère à tout désir de révolte ou de contestation ». En ce sens, nous serions dans un « au-delà du malaise », dans un processus de massification, d'isolement, d'absence de rapports sociaux véritables, pris dans la « toile » anonymisante du virtuel et son pouvoir de fascination. La psychanalyse, dans ce contexte, doit garder plus que jamais sa visée subversive originelle de re-subjectivation.

M. Goutal

### La gestion médicalisée des établissements de santé Le PMSI et l'information Médicale

J.-F. Noury

Masson

Ce très intéressant travail retient l'attention par le soin qui a été apporté par les auteurs pour toujours bien situer le PMSI dans son contexte. Le lecteur curieux ne sera pas confondu sous des pages d'arguments techniques ou techniques, et le lecteur averti aura le plaisir de voir traités avec clarté les liens nombreux entre le PMSI, la gestion hospitalière, la gestion de la santé publique. Le recentrage fort autour du système d'information d'établissement, encore à construire dans bien des endroits, met en évidence la nécessité d'un tel livre pour clarifier plus encore les chemins à suivre dans l'évolution des établissements de santé.

Nous insisterons sur la remarquable introduction de ce livre qui pose clairement, sans détour, un regard sur les forces et faiblesses de nos institutions sanitaires. Nous soulignerons l'excellente démarcation faite entre la technique (règles de classification, de codage, etc.) et les usages de la technique. Ce livre viendra, avantagement, enrichir nos bibliothèques en restant une source de références clairement exposées.

G. Wagenaar

### Maine de Biran et l'évolutionnisme en psychologie

Gabriel Tarde

Édité sous la direction de Eric Alliez

Préface de Anne Devarieux

Les Empêcheurs de penser en rond

Demeurée introuvable depuis sa publication en 1882 dans les Actes d'un congrès scientifique, l'étude de Gabriel Tarde publiée ici « Hors série », a un statut de quasi-inédit. Rédigée en 1876, près de cinquante ans après la mort de Maine de Biran, elle constitue l'une des toutes premières analyses critiques du fait primitif biranien : l'effort. Elle est aussi la première intervention publique d'un Tarde philosophe « sans avoir cherché à l'être, sans y avoir pensé », selon les mots de Bergson rendant hommage au philosophe « qui nous a ouvert tant d'horizons ». Interrogeant Maine de Biran à la lumière des débats qui agitent ses contemporains, cette étude est révélatrice d'un moment de l'histoire d'un concept, celui de force, tel qu'il hante la réflexion ces penseurs du XIX<sup>ème</sup> siècle. Elle en restitue un maillon manquant, conduisant l'« effort » biranien au « schème moteur » bergsonien par les deux principes tardiens de la « croyance » et du « désir ».

## LIVRES

**La folie hystérique**

A. Mairet, E. Salager  
Introduction David Franck Allen et  
Dany Nobus  
L'Harmattan

Albert Mairet était, au début du siècle, professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Montpellier où il se rendit célèbre par ses travaux sur *Le travail intellectuel*, avec Florence (1907), *La responsabilité* (1907), *La jalousie* (1908), *La simulation de la folie* (1908), *La folie hystérique*, avec Salager (1910) qui fut son chef de clinique et son chargé de cours. *La folie hystérique* est l'un des derniers ouvrages parus sur le sujet avant qu'il ne fasse l'objet d'un retentissant silence de cinquante ans dans les discussions psychiatriques. Il semble probable que Bleuler fut à l'origine de cette occultation, véritable « fading », par la généralisation qu'il imposa de son concept de « schizophrénie ». Ce n'est que dans les années 60-80 que l'on verra ressurgir les polémiques autour des « psychoses » et « délires » hystériques et sur l'autonomie de leur structure.

**Hommage à Didier Anzieu**

*Le carnet Psy n°51, février 2000*

Il convient de saluer et d'attirer l'attention sur cet excellent numéro spécial en hommage à Didier Anzieu coordonné par Christine Anzieu-Premmeur et Dominique Cupa.

**Anorexie mon amour**

Jackie Sinclair  
Ed. Heures de France

Jackie a vécu, comme elle le nomme, le « piège » de l'anorexie. Pendant des années, alors qu'elle était déjà mariée et mère d'adolescents, elle a lutté et subi de nombreuses hospitalisations, basées sur l'isolement et un système coercitif, qui se sont révélées être des échecs. Dans ce témoignage lucide et poignant, elle raconte comment la cure analytique entreprise a pu, lentement et douloureusement, l'amener à naître véritablement à la vie et à faire la paix avec son corps. Elle raconte surtout son désespoir et sa solitude. « On se replie dans l'anorexie, dit-elle, parce que cela semble être une solution. Cela te donne le sentiment de maîtriser ce qui se passe. Pouvoir nier un besoin aussi fondamental et aussi fort que la faim, pouvoir maîtriser la forme de ton propre corps, te donne l'illusion d'une force énorme ». Cette « solution » désespérée a été appelée ; par l'impression de perdre le contrôle du monde extérieur. C'est un terrible rempart contre la vulnérabilité. Ce rempart a des coûts élevés : elle décrit bien sa faim violente, qui menace sans cesse de déborder (dans des accès boulimiques) ainsi que les pénibles effets de son état physique désastreux. Malgré cela, elle reste prisonnière de sa maladie. Paradoxalement elle s'est voulue anorexique, mais ne peut, à elle seule, vouloir en sortir. Cette ancienne patiente se montre sévère et critique à l'égard du traitement qui est classiquement réservé aux anorexiques ; à vrai dire, elle en montre l'impasse, qui ne peut que résulter de cet affrontement narcissique entre patiente et médecin. L'anorexique est en quête de toute-puissance, et il semble que, dans cette lutte, elle ne puisse qu'être victorieuse, et perdante au même instant. Finalement, l'auteur suggère, avec pertinence, que le suivi strictement médical, avec tout son enjeu de pouvoir et de force, et le suivi psychothérapeutique, indispensable (probablement la seule issue durable) soient confiés à deux personnes différentes.

V. Guillotin-Graff

# Sortir de l'ombre... la plume à la main

## Utilisation de l'écriture comme outil thérapeutique dans un hôpital de jour psychiatrique

« J'aurais souhaité un cancer  
ou une crise cardiaque.

J'aurais voulu une plaie  
béante, preuve de ma  
souffrance. J'ai plutôt hérité  
de la maladie que l'on  
surnomme « La Folie », celle  
qui te tourmente par en  
dedans, celle qui doucement  
t'isole, par crainte des  
préjugés et des préjugés ».

**Introduction**

Nul n'est à l'abri de la détresse. La vie est parsemée d'épreuves qui peuvent laisser des cicatrices en apparence anodines mais qui vont sournoisement refaire surface un jour. Souffrir d'une maladie mentale est difficile à accepter. Le trouble psychiatrique reste souvent l'objet d'un tabou. Choisir d'y faire face demande un mélange d'humilité, de courage et d'ouverture d'esprit. La guérison est un processus à long terme. Les acteurs de ce combat sont nos clients mais peuvent être aussi un collègue, un ami ou un proche de la famille.

Il existe différentes formes institutionnalisées d'entraide de la médication à la psychothérapie, de la thérapie individuelle à celle de groupe, les techniques et les modalités sont innombrables. La combinaison de l'expression écrite à la psychothérapie traditionnelle a gagné en popularité ces dernières années (Jordan et L'Abate, 1995).

L'écriture thérapeutique est une pratique ancienne. Plusieurs articles dans la littérature en vantent les vertus. L'écriture peut devenir « un moyen de suppléer à un environnement primaire défaillant, d'envelopper sa détresse infantile dans les langes chamarrés des mots et, par le rythme et la musique de la langue, de bercer et de consoler quelque chose qu'on porte en soi de blessé ou de mort » (Cadoux, 1991).

L'utilisation de l'écriture comme moyen d'expression n'a pas d'âge spécifique ou de sexe. Les hommes seraient aussi nombreux que les femmes à tenir un journal intime (Brind'Amour, 1998). Les ateliers d'écriture, libres ou dirigés, utilisés à des fins thérapeutiques, s'adressent à toutes sortes de clientèles : adolescents, adultes, personnes âgées, patients en état de crise, anxieux, déprimés ou psychotiques. Dans cet article, nous rapportons, aussi simplement que possible, les mots et les phrases qui disent aujourd'hui la détresse, la remise en question et la prise de conscience, de personnes fréquentant un hôpital de jour psychiatrique. Nous témoignons des conditions et des effets de ce travail d'écriture et d'expression, travail intime puis publique qui vise l'affirmation de soi et l'ouverture à autrui.

**Présentation du groupe  
d'écriture**

Il se présente comme une thérapie de groupe dans un hôpital de jour psychiatrique. La clientèle est mixte, l'âge varie de 18 à 65 ans. Le programme est destiné à des personnes

qui ont traversé un état de crise ou sont susceptibles d'en revivre une. Les traumatismes vécus, les situations personnelles, les formes de pathologie mentale sont divers.

Depuis quatre ans, le groupe d'écriture est dirigé par un psychiatre (M.A.W.) à raison d'une rencontre par semaine. La participation au groupe est obligatoire. L'activité s'adresse aux clients qui commencent leur cinquième semaine de thérapie, c'est-à-dire la seconde partie du traitement (qui dure en moyenne 10 semaines). Les patients reçoivent la consigne d'écrire un texte « en lien avec ce qu'ils vivent ». La forme et le contenu sont laissés libres. Les participants doivent rédiger leur écrit avant la rencontre. Celle-ci est consacrée à la lecture des textes et à la discussion de groupe qui suit. La durée des rencontres est de 90 minutes en moyenne.

La majorité des clients apporte un texte. La forme varie d'une lettre adressée à une personne significative (vivante ou décédée) à la description d'un rêve ou à une poésie. Un recensement des écrits des deux dernières années a permis de discerner des thèmes récurrents, des analogies dans le contenu mais aussi dans la forme. Régulièrement, au cours de cet exercice, les bienfaits ou les difficultés d'écrire sont discutés.

**Témoignages****1. Bienfaits et difficultés de l'écriture****Bienfaits**

« Écrire, c'est se parler à soi-même, cela libère les tensions et une partie de la souffrance ».

« Écrire permet de faire le point, d'éclaircir les idées qui se mêlent et s'éparpillent ».

« Écrire comble la solitude et apaise les nuits d'insomnie ».

**Difficultés**

« Je corrige tout le temps ce que j'écris, je ne suis jamais satisfait ».

« J'ai peur de faire des fautes d'orthographe et de grammaire ».

« Je ne suis pas prête à écrire car ça réveillerait... trop de négatif ».

Il y a des événements, des sentiments qui n'ont jamais pu se dire et qui vont s'écrire avec une facilité surprenante. Le contraire est vrai également. La simple description d'un rêve, le récit d'une psychose peuvent nous rendre plus attentifs, plus sensibles aux vulnérabilités humaines. Qu'importe le style et la syntaxe, par une sorte de solennité qui lui est propre, la lecture d'un écrit intime touche, émeut, laisse des traces. En écrivant, en se lisant ou en écoutant l'autre se lire, les participants découvrent qu'ils ne sont pas seuls, que leur expérience n'est pas unique et que, surtout, ils ne sont pas jugés.

**2. L'estime de soi**

« Ça faisait 49 ans que je n'existais pas ».

« Je n'ai pas besoin de performer pour justifier mon existence ».

« Je commence tranquillement à sortir de ma bulle ».

« Je sacrifiais mes besoins dans l'espoir de plaire ».

« J'ai fait beaucoup pour les autres et je me suis oublié ».

« Comme si ma valeur ne tenait qu'à l'amour qu'ont les autres pour moi ».

Le thème qui revient le plus fréquemment se rattache à l'estime de soi. Les patients réalisent qu'ils ont trop souvent sacrifié leurs besoins à ceux des autres. Ils l'ont fait dans le but de prouver quelque chose, de plaire à quelqu'un ou par peur du rejet. Candidement, ces personnes se convainquent qu'il serait grand temps de vivre alors qu'elles ont 40, 50 ou même 60 ans. Elles découvrent qu'elles ont des aspirations qui leur sont propres mais aussi des limites, qu'elles devraient désormais identifier, respecter et faire respecter.

**3. La souffrance**

« J'ai beau pleurer toutes les larmes de mon corps, mais ce n'est jamais assez tellement que j'ai mal dans mon âme ».

« À chaque jour j'ai hâte à la nuit car pendant mon court sommeil je n'ai plus la conscience d'exister ».

« J'ai besoin que ma souffrance soit reconnue ».

« J'ai envie de crier car ça me fait trop mal d'être comme je suis ».

La souffrance dont il est question ici est celle qui s'explique le plus difficilement. Celle que les autres jugent sans pouvoir vraiment comprendre. Il faut composer avec les préjugés qui se rapportent à la maladie mentale. L'impression de ne pouvoir la nommer, la crier à sa juste valeur, est une source de frustrations supplémentaires.

**4. Exprimer ses émotions**

« Mes peurs me paralysent, me rongent ».

« Ce monstre qui me hante et me ronge, qui me gâche tout mon plaisir ».

« La colère ne veut pas lâcher, elle me colle à la peau ».

« Assez d'être contaminé par la haine ».

« Accepter de vivre mes émotions, c'est la vie ».

A travers les différentes rencontres, les clients sont amenés à identifier et extérioriser les émotions qui les habitent. Dans les écrits, la peur et la colère sont souvent évoquées. La peur de se dévoiler, de l'inconnu, d'être jugé, de perdre le contrôle, de réveiller d'anciennes blessures, de l'avenir, de ne pas revenir comme avant, de la mort, de rechuter... La peur d'avoir peur. Les émotions sont en ébullition ou au contraire réprimées. Les étaler sur papier permet de mieux les saisir, de mieux les comprendre, parfois de mieux les gérer. Certains patients diront que l'écriture est libératrice. Par contre, lorsqu'il est question de colère, d'autres vont rapporter une difficulté à écrire, trop de rage les envahissant.

**5. La famille**

« Moi, ma mère était dépressive, mais elle ne me comprend pas plus ».

« Quand je suis seule, je veux être en couple. Quand je suis en couple, je me perds ».

« Le conjoint devient une bouée de sauvetage qui peut couler avec soi ».

Peu de textes parlent directement de la famille. Ce thème semble plus populaire dans les groupes d'expression verbale. Certains écrits évoquent la crainte d'avoir été mal compris ou manipulés. D'autres abordent le couple, le conjoint et questionnent sa tolérance face à la maladie. Cette préoccupation, peu exprimée dans le groupe d'écriture, est largement débattue dans les rencontres de couples.

## 6. L'enfant

« Un de mes rêves de devenir mère ne se réalisera jamais ».  
 « Ça me manque, un enfant ».  
 « Nostalgie par rapport à l'insouciance de l'enfant ».  
 « Impression d'avoir de la difficulté à apprécier les choses de la vie quand on est adulte ».  
 « Je regrette de ne plus être un enfant, dans les bras de quelqu'un ».

Le thème de l'enfant débouche sur des considérations diverses. Pour certains il évoque le deuil à faire d'être un jour parent. Pour d'autres, il révèle « l'enfant en soi » qui a été blessé, ou encore celui qui te manque en tant qu'adulte. Des patients font allusion à l'enfant pour exprimer leur besoin inassouvi d'attention et d'affection. D'autres vont plutôt exprimer la lourdeur des responsabilités de l'adulte. Très peu d'écrits traitent du changement de rôle lorsque la maladie frappe. Le changement peut aller jusqu'à l'inversion, l'enfant devenant le parent de sa mère, par exemple. Lorsque le sujet est abordé directement, les clients peuvent adopter une attitude de déni en affirmant que leur rôle derrière ou de parent n'est pas affecté. Ce n'est qu'en cherchant davantage, en approfondissant la question qu'ils finissent par percevoir et reconnaître les difficultés vécues.

## 7. La solitude

« La solitude, c'est quand ce qu'on essaie de fuir nous revient ».  
 « C'est essayer d'être bien avec soi ».  
 « La solitude à apprivoiser ».

La plupart des patients s'en plaignent mais peu d'entre eux en font un thème spécifique d'écriture. Elle touche tant de monde, aussi bien ceux qui vivent seuls (célibataires, divorcés ou veufs) que ceux qui vivent en couple ou en famille. Certains réagissent à la solitude par un malaise, une anxiété qui peuvent atteindre l'intensité d'un état de panique. D'autres, plus prosaïquement, ne savent pas comment utiliser ce temps libre qui s'offre à eux et évoquent un manque d'intérêt ou d'énergie. Plusieurs participants, souffrant de solitude, reconnaissent avec étonnement qu'ils contribuent à leur isolement en dressant une barrière autour d'eux. La peur du jugement ou du rejet est plus forte que le désir d'autrui.

## 8. Culpabilité et angoisse

### Culpabilité

« Dès qu'on dit non à quelqu'un, on se sent coupable ».  
 « Je suis toujours en train de m'excuser, je ne peux jamais être moi-même ».  
 « Je me sens toujours coupable si je dis ce que je pense ».  
 « J'ai avoué et accepté ma peine du rejet et du manque d'amour. J'ai vu l'origine de ma culpabilité face à l'humanité ».

### Angoisse

« Ennemi qui me tient éveillé même la nuit, toi qui me colle à la peau depuis tant d'années ».  
 « Tu me serre l'estomac et me paralyse, tu m'étouffe et m'empêche de vivre ».  
 « J'ai peur, j'angoisse, je pleure, j'ai la poitrine oppressée, j'ai envie de crier. J'ai tellement la sensation de perte, comme si je perdais une partie de moi-même, comme si je mourais un peu ».  
 « L'anxiété, toujours elle qui me désarme ».

Omniprésents dans le vécu quotidien des malades, ces thèmes sont, eux aussi, peu consi-

dérés dans les écrits. La culpabilité s'épanouit là où l'estime de soi s'appauvrit. Elle s'appréhende et se comprend plus facilement que l'angoisse, adversaire sournois qui attaque à l'improviste, sans raison apparente.

## 9. La violence... et le père

« J'aime mon père, malgré la violence dans laquelle je vivais ».  
 « J'étais pas la fille voulue par mon père, il m'a idéalisée et je n'ai jamais été à la hauteur ».  
 « Qualités d'un père violent : réservé, gentil, honnête, absent, patient, serviable, sensible ».  
 « Mon père comme je voudrais mieux le connaître ».  
 « Briser les chaînes de la violence est un travail de longue haleine ».

A notre étonnement, la violence est abordée le plus souvent en relation avec le père. Celui qu'on aime malgré tout, en dépit des abus, des exigences trop élevées et des déceptions.

## 10. Deuil, mort, suicide... confiance

« Je pense au suicide pour mettre fin à la souffrance que j'ai vécue ».  
 « Se suicider, c'est vouloir tuer la souffrance ».  
 « Ce n'est pas ton corps, mais ta souffrance qui veut mourir ».  
 « Je pensais à la mort comme unique réconfort ».

Les personnes admises en hôpital de jour psychiatrique ont souvent vécu une perte, une séparation ou un abandon. Elles doivent, dit-on, « faire le deuil » d'une relation, d'un objet ou d'un style de vie. Le processus de deuil est souvent mal compris par les patients qui ne saisissent pas son caractère nécessaire, progressif et, finalement, libérateur.

La mort, le suicide sont des thèmes inévitables en la circonstance. Durant leur séjour, plusieurs participants « jonglent » avec l'idée suicidaire. La mort est imaginée comme une solution possible, radicale et définitive à la souffrance qu'on ne tolère plus. L'évocation publique de ce sujet sensible bouleverse le groupe. L'idée peut être contagieuse, mais en définitive, l'intensité des affects exprimés et partagés resserre les liens et renforce le support mutuel des participants.

Un des objectifs les plus courants d'une psychothérapie est de regagner une confiance perdue. Confiance en soi et à l'extérieur de soi. L'absence de jugement crée les conditions d'une déprise, d'un « lâcher prise » où le sujet finit pas se laisser aller, se libérant de secrets ou d'émotions refoulés. Au fil des jours, le patient se dévoile à ses propres yeux, se découvre puis se reconstruit. Avec parfois, au bout du chemin, une nouvelle liberté d'agir et de penser.

## Discussion

Le groupe d'écriture tel qu'il a été conçu ici suppose un travail en deux temps. Le premier est celui de l'écriture proprement dite. Il n'est l'objet d'aucune contrainte si ce n'est celle d'écrire sur soi. Le patient choisit le moment qui lui convient, traite d'un sujet de son choix et utilise la forme qui lui sied. Cette liberté est souvent trompeuse ou en tout cas, faussement rassurante. La bonne volonté ne suffit pas toujours à vaincre l'angoisse de la page blanche. Écrire sur soi sans consigne particulière engage la personne dans un processus de réappropriation et de (re)découverte de soi. Le second temps est celui de la lecture publique. Après l'intimité du travail d'écriture, c'est le moment de l'affirmation de soi, de l'ouverture à autrui et du partage.

Deux « épreuves » contrastées, aux exigences spécifiques et que les patients négocient et traversent différemment. Pour certains, toute la difficulté réside dans le dialogue avec soi, le rapport à l'écriture. Pour d'autres, le défi, au moment d'offrir son témoignage à un auditoire, sera de surmonter sa gêne, son appréhension du jugement d'autrui. L'écriture engage le sujet dans un travail de maîtrise de soi. La lecture publique d'un écrit intime dans celui de la maîtrise d'autrui. Il s'agit de surmonter deux obstacles intérieurs plus répandus qu'on ne croit, l'évitement de soi et l'évitement d'autrui.

Comme toute expérience psychothérapique, l'écriture de soi est un exercice de conversion. L'acteur social, entraîné à la dissimulation, est invité à retirer son masque. Le mal intérieur doit être exhumé, exhibé. Renonçant à l'apparat et au faux-semblant, le sujet se reconnaît souffrant et vulnérable, mais aussi sensible et dès lors plus libre. S'ouvrir à l'écriture psychothérapique, c'est accepter, pour un moment, une passivité attentive, une écoute de soi vigilante. C'est aussi débusquer l'émotion, la nommer et reprendre sur elle un certain contrôle. C'est, enfin, construire un récit de soi et de son entourage, pas toujours cohérent mais authentique, c'est-à-dire assujéti à un souci de vérité.

Le groupe d'écriture offre aux participants une forme particulière d'attention. A notre étonnement, les patients ont souvent souligné, dans l'évaluation de l'activité, l'importance que revêtaient, à leurs yeux, la prise de notes par les intervenants et le recueil (facultatif) des textes en fin de séance. Dans les groupes verbaux, la parole se perd. Elle ne laisse aucune trace. Certains finissent par déprécier les mots qui s'échangent et s'envoient. On parle, on parle, mais ça finit par ne plus signifier grand chose. Cette parole ouverte qu'on ne peut retenir et que souvent on oublie, reste malgré tout le noyau vivant d'un travail psychothérapique. Sa fluidité, sa « vaporisation » permettent, au bout du compte, le processus subtil d'expression et de dépassement. Mais l'écriture offre un cadre différent au travail sur soi. A mi-chemin entre le groupe verbal et l'atelier thérapeutique, elle permet la production d'un « objet-écrit », expression de soi destinée à soi et aux autres. Objet-écrit qui peut s'utiliser comme un exutoire de la part d'ombre qui nous habite, comme un sanctuaire de la mémoire, du tragique d'une existence, mais aussi comme une oeuvre d'art. Assister à la reconnaissance et à la célébration par le groupe de la beauté formelle d'un écrit est une expérience émuante. Tous n'y accèdent pas. Certains, conscients au départ d'une certaine aisance littéraire, peuvent se dissimuler derrière une formalisation gracieuse mais artificielle de leur expérience. Le plus souvent, l'écriture, quand elle révèle un talent d'expression insoupçonné, libère un espace de sensibilité et de créativité. Se produit alors un déblocage intérieur, une expansion de soi prometteuse. L'écriture n'est pas toujours sereine. Elle ouvre des portes intérieures mais peut libérer des émotions violentes que les patients qualifient parfois de destructrices. Les traumatismes de l'enfance, abus physiques et sexuels, extrême pauvreté, abandon ou deuils, restent d'une triste et morne actualité. Le ressentiment, longtemps refoulé, refait surface et avec lui le cortège de ses expressions : haine de soi et d'autrui, tristesse inépuisable, rage incontrôlable. Le groupe peut servir à endiguer la coulée de lave. Une fois reconnue, comprise et légitimée, que faire de tant de souffrance, de colère et d'agressivité ? Dans les cas si fréquents d'abus physiques et sexuels, une solution a été progressivement mise en avant : tenter, par l'écriture, de retracer la généalogie de l'abus, découvrir sa transmission habituelle à travers les généra-

tions, associer l'ambivalence de ses sentiments à l'ambiguïté d'une situation où l'abuseur a été jadis abusé, où l'abusé risque de répéter l'abus. Cette technique de déplacement, d'élargissement et de dilution peut favoriser la maturation de l'émotion brute, la distanciation, la prise en compte d'un « destin » familial qu'il faut interrompre.

En complément au groupe d'écriture s'adressant aux patients « gradués », c'est-à-dire engagés dans la seconde partie de leur thérapie, un « atelier d'écriture » vient d'être initié, visant la clientèle qui commence le programme de jour. Un lieu et un temps bien déterminés sont consacrés par le groupe à cette activité. Les personnes se retrouvent ensemble autour d'une table, à manipuler feuilles de papier et crayons. Des thèmes, des règles ou des contraintes peuvent être proposés pour faciliter le démarrage et encadrer le processus. Pour plusieurs patients, cet atelier dirigé est apprécié pour sa vertu pédagogique et d'entraînement. Sans cette étape préalable, ils n'auraient pu affronter, seuls, la page blanche et surmonter leurs inhibitions. Avec un recul de quelques mois, on observe que les deux thèmes le plus souvent abordés sont la souffrance et la recherche de son identité.

## Conclusion

Nous avons voulu rapporter, aussi simplement que possible, les mots et les phrases qui disent aujourd'hui la détresse et la remise en question de personnes fréquentant un hôpital de jour psychiatrique. L'écriture est un moyen d'expression, de découverte sur soi, d'analyse mais aussi de communication avec autrui. Elle peut ouvrir des portes bien scellées. Elle permet d'extérioriser l'émotion, de prendre une certaine distance avec la souffrance. Grâce à elle, le patient parvient à mieux saisir ce qui s'embrouille dans ses pensées. L'écriture trace une piste, une direction à suivre. B. Cadoux (1991) conçoit aussi l'écriture comme un dispositif ironique qui permet de « prendre de la hauteur par rapport à la situation que l'on vit et ainsi l'enviesager autrement ». ■

M.J. Pellerin\*, M. A. Wolf\*

\*M.J. Pellerin, infirmière et M. A. Wolf, psychiatre, animent un groupe d'écriture au « Tremplin », un des hôpitaux de jour de l'hôpital Douglas (6875, boulevard LaSalle, Verdun (Québec) CANADA - H4H 1R3.

## Bibliographie

- BRIND'AMOUR S., *Journal intime. Un rendez-vous avec soi-même*, Santé, février 1998, 63-5.
- CADOUX B., *Un petit commerce d'écritures*, Psychologie Médicale 23, 199 1, 1155-62.
- JORDAN KB, L'ABATE L., *Programmed writing and therapy with symbiotically enmeshed patients*, AM J Psychotherapy 49, 1995, 225-36.

## LIVRES

### Travailler avec les familles démunies

Patricia Minuchin, Jorge Colapinto, Salvador Minuchin  
 ESF éditeur

Cet ouvrage est destiné aux travailleurs sociaux (assistants sociaux, éducateurs, tuteurs aux prestations sociales, infirmières à domicile, travailleuses familiales, assistantes maternelles...) qui travaillent journalièrement avec des familles démunies qui affrontent de multiples crises et doivent accepter l'intrusion dans leur vie familiale d'une très large gamme d'intervenants. Des méthodes de réflexion et de travail ont pour but de leur proposer des services sociaux plus efficaces et mieux coordonnés. L'approche repose sur deux principes : un recentrage sur la famille et une méthode systématique d'intervention.

## LIVRES

**La reconstruction de la sociologie française (1945-1965)**Francis Farrugia  
Préface de Pierre Ansart  
L'Harmattan

La sociologie française, « fondée » une première fois à l'Université par Emile Durkheim et son école, a vu son élan brisé par la seconde guerre mondiale, à l'issue de laquelle elle fut reconstruite sur de nouvelles bases. C'est cette phase de « reconstruction » que cet ouvrage s'attache à retracer et à recomposer. L'analyse de documents, mémoires et travaux s'accompagne d'entretiens avec des « grands-témoins » : Ansart, Balandier, Duvignaud, Lévi-Strauss, Mendras, Namer, Touraine, sans oublier Gurvitch, personnage-focal de cette recherche, mais aussi Aron, Friedman, Stoetzel, etc. Les temps forts et les conflits de la discipline, les réseaux, les jeux et enjeux, les oppositions d'écoles font l'objet d'une interprétation qui fournit une mine d'informations sur les faits, les théories et les auteurs d'une époque ressaisie de l'intérieur.

**Double lien, schizophrénie et croissance**Jean-Claude Benoit  
Erès

Jean-Claude Benoit nous livre là un nouveau fruit de sa réflexion après une carrière de Praticien Hospitalier bien remplie. Revenant une fois de plus sur les théories systémiques, il nous invite à une nouvelle lecture des œuvres de ceux qui l'ont aidé à décrypter l'univers clos des psychoses : Grégory Bateson, essentiellement, mais aussi J. Haley, P. Watzlawick, M. Bowen, L. Von Bertalanffy, M. Seluini, S. Minuchin et tant d'autres. Il n'oublie pas, au passage, toute la dette qu'il doit à son ami Mario Berta, Psychiatre et Professeur de Psychologie à Montevideo, inventeur de « l'épreuve d'anticipation ». L'ouvrage intercale entre les chapitres théoriques des observations cliniques d'interventions familialo-systémiques en milieu institutionnel vécues par l'auteur.

M. Goutal

**Le jeu dans l'espace psychique groupal**Revue de Psychothérapie  
Psychanalytique de Groupe\* n°33

« Jouer » est, au cœur du processus thérapeutique, l'élément le plus dynamisant, le ressort le plus puissant de l'évolution vers une amélioration de l'économie psychique. Les groupes se prêtent au jeu d'autant que les relations intersubjectives y sont démultipliées, mais ils sont aussi le lieu où de fortes pressions à l'uniformité se font sentir conjointement. Ce numéro propose d'approcher ce que l'on appelle « jouer » dans un espace thérapeutique groupal ; de présenter, dans différentes techniques, les conditions nécessaires au jeu ; de caractériser les fonctions du jeu, son rapport à la parole, à l'« agir » ; d'analyser certaines problématiques liées au jeu.

Ont participé à ce numéro : R. Kaës, J. Falguière, A. Eguier, J. Villier, A. Aymard, F. Sacco, M. Laxenaire, M. Dupré La Tour, E. Granjon, D. Quelin-Soulligoux, R. Jaitin, B. Baron, P. Gaudriault, A. Ferrant et G. Roquefort.

\*Revue publiée sous l'égide de la Société Française de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe et de la Fédération des Associations de Psychothérapie Analytique de Groupe, par Erès.

# A propos de L'équation des rêves

Entretien avec Gisèle Chaboudez\* par Sophie Robert

**Sophie Robert :** Vous intitulez votre livre *L'équation des rêves*, cela renvoie-t-il à une dimension mathématique du rêve ?

**Gisèle Chaboudez :** Lacan a utilisé le terme d'équation pour dire que, selon Freud, le rêve travaille de telle sorte que l'équation du désir soit égale à zéro. Le terme m'a convenu à partir du moment où j'ai vu que les différentes séquences du rêve se présentaient en fait comme des propositions logiques. Cela me paraissait aussi particulièrement approprié lorsqu'on considérait ce que Freud disait du fonctionnement du rêve d'un point de vue économique : il y a d'un côté un désir de dormir qu'il faut satisfaire, celui du conscient et du préconscient, et il y a de l'autre côté un désir inconscient qu'il faut satisfaire également. Les deux faits étant contradictoires, tout le travail du rêve consiste à tisser ou à élaborer sur un plan logique des compromis entre les deux. C'est déjà de l'ordre d'une équation puisque l'équation, au bout du compte, c'est arriver à ce que tout s'accorde pour que cela s'annule : c'est une équation égale à zéro. Mais il faut y entendre aussi une dimension proprement comptable. Lacan dit que la lettre du rêve est aussi une lettre comptable, que les métaphores et les métonymies, c'est-à-dire tout ce qui fabrique des lettres avec des substitutions de signifiants, n'ont pas seulement une vertu linguistique, mais aussi énergétique : cela forge des objets purement logiques, abstraits, mais en termes d'énergie, c'est-à-dire en termes de capital de jouissance, de capital de désir. Donc, en cela c'est aussi une comptabilité.

**S.R. :** Le rêve a donc une dimension mathématique, mais peut-être plus au sens d'une logique vous parlez en effet, dans votre livre, de la logique du rêve, quelle est-elle ?

**G.C. :** Lacan ne s'est jamais attelé comme tel à étudier la logique d'un rêve. Donc cela, c'est un but que je m'étais fixé, et ce à partir du constat que j'avais fait depuis fort longtemps qu'un rêve se présente la plupart du temps en plusieurs séquences articulées comme des propositions logiques. En effet, ces séquences forment des entités complètes puisqu'on a, très précisément, le sentiment d'une coupure entre les deux. Et l'articulation des séquences entre elles doit bien exister, sinon, pourquoi cela ferait-il partie d'un même rêve ? C'est pourquoi il m'a semblé qu'on ne pouvait comprendre les différentes séquences d'un rêve qu'en termes de proposition logique. J'ai repris la logique du fantasme que Lacan avait élaborée pour les deux parties de l'inconscient qu'il distingue, le ça et puis l'inconscient à proprement parler. Je me suis alors aperçue que c'était de ce type de logique qu'il s'agissait dans le rêve : dans les différentes séquences d'un rêve, presque toujours, le sujet se présente dans une séquence selon l'être, selon ce qu'il est comme objet du désir, objet d'un désir, de telle réprimande ou de telle souffrance de la part de tel autre. Et puis vous avez, au contraire, des séquences où il s'agit de ce que le sujet peut articuler, de ce qu'il a, et surtout de comment il pense la différence sexuelle vis-à-vis de l'autre en termes phalliques, puisque c'est comme cela que l'inconscient articule la différence sexuelle. A partir de là, j'ai considéré la succession logique que Lacan avait élaborée pour l'analyse : il avait avancé que, dans le déroulement d'une analyse, les deux parties du sujet, celle qui a trait à la pulsion, qui est sans différence sexuelle mais dans un certain rap-

port à la jouissance, et celle qui a trait à l'inconscient proprement dit, qui est, elle, avec une différence sexuelle selon le phallus et qui exclut la jouissance, viennent très progressivement à se recouvrir l'une l'autre. Or, il m'a semblé que l'on retrouvait, dans un rêve, non seulement les différentes parts logiques du sujet, mais aussi les différentes modalités de recouvrement possible telles que Lacan les avait envisagées pour une analyse : on passait de la part être, donc pulsionnelle, à la part pensée, l'autre versant du sujet divisé que Lacan envisage, c'est-à-dire pensée du sexe, pensée articulée à la différence sexuelle. Je me suis simplement servie de ce qui existait, de ce qui me semblait très pertinent et encore inexploré. Il m'a semblé que c'était une première approximation de ce qui se passait dans la logique du rêve.

**S.R. :** En quoi faites-vous le point, dans ce livre, sur ce que la voie psychanalytique a apporté durant ce siècle en matière de déchiffrement du rêve, sachant que Freud publie *L'interprétation des rêves en 1900*, et que *L'équation des rêves* sort en 2000 ?

**G.C. :** Je présente effectivement la question, en quatrième de couverture, sous la forme : où en est la psychanalyse à propos du rêve ? Mais vous aurez remarqué que je ne fais pas d'historique au sens où, pour l'essentiel, je m'en tiens à Freud et à Lacan. Dans la discussion sur la fonction du rêve, j'envisage brièvement l'apport des freudiens non lacaniens. Je suis d'abord revenue au point de départ et à ses aspects oubliés, c'est-à-dire à toute la façon dont Freud savait prendre un rêve de a à z, avec ses associations, et en établir, pourrait-on dire, une cartographie linguistique extraordinaire. Or, cela a été très vite abandonné. Freud disait dès 1930 que, finalement, l'enthousiasme pour le rêve était retombé. C'est retombé comme retombent souvent les espèces d'ouverture de l'inconscient que l'on retrouve dans une psychanalyse comme dans l'histoire du mouvement psychanalytique : ouverture massive de l'inconscient et fermeture consécutive. Après cela, il y a eu de nombreux analystes qui ont accordé au rêve une grande importance, mais sans découvertes fondamentales, donc je ne m'y suis pas arrêtée. Et il y a eu Lacan, à partir de 1955. La grande découverte sur le rêve après Freud, cela a été de s'apercevoir que les grands procédés freudiens du rêve, la condensation et le déplacement, étaient des procédés entièrement analysables en termes linguistiques, donc fondés sur des jeux et des substitutions de signifiants, la métaphore pour le premier et la métonymie pour le second. Lacan s'y consacre totalement pendant dix ans, jusqu'en 1960-63, et puis après, il n'y revient plus, c'est fini. Mais il élabore plein d'autres choses, qui sont pour nous utilisables dans le rêve. Tout ce qui sera élaboré par la suite, et qui peut conduire à éclairer la structure et la fonction du rêve, il faut que nous le construisions nous-mêmes. En somme, l'apport lacanien comme tel sur le rêve, c'est la métaphore et la métonymie, et tout le reste a été forcément une interprétation de ma part. C'est pourquoi j'ai pris la précaution de parler de prolongements. Il est vrai que, dans le livre, je ne l'ai peut-être pas toujours spécifié très nettement.

**S.R. :** Votre livre est aussi l'occasion d'aborder certains points de la théorie freudienne un peu tombés dans l'oubli, vous reprenez

notamment la question de la place du symbolisme dans l'interprétation, question que la psychologie générale a absorbée dans une symbolique du rêve du type dictionnaires des symboles. Pourquoi rediscutez-vous cette question et en quoi la symbolique peut-elle s'avérer utile et intéressante ?

**G.C. :** La position de Lacan sur la symbolique a été extrêmement méprisante et critique. Il regrettait beaucoup que Freud s'y soit tant intéressé, en faisant dans les dernières éditions de *L'interprétation des rêves*, des listes de symboles. La critique de Lacan était justifiée au sens où il faisait remarquer que la symbolique avait tendance à égarer les gens dans toutes sortes de mystiques et, surtout, à perdre de vue le fait que, pour analyser un rêve, il fallait avant tout les associations du rêveur, sans quoi, c'était une manique, et la symbolique revenait à l'application, en effet, d'un dictionnaire des symboles. Donc Lacan a voulu marquer une frontière, et il avait raison. Ceci étant dit, que toutes ces choses-là peuplent les rêves, c'est un fait. Quand un patient vous dit : « J'ai rêvé d'un avion... », et qu'il l'interprète lui-même, car à l'heure actuelle, ce sont les patients qui interprètent leurs rêves en termes de symboles, comme la représentation du phallus maternel, ou du phallus que le sujet est pour la mère, c'est évidemment une représentation symbolique de tout ce qui est en jeu entre sa mère et lui, soit de ce qui les enveloppe, soit de ce qu'il doit être pour elle, c'est-à-dire l'objet phallique. Donc, les symboles sont présents dans le rêve, les patients les voient, ils le disent, cela les intéresse beaucoup plus que nous, mais cela veut dire que cela a une importance. Je présente le travail du rêve en son ensemble comme une espèce de traduction massive de tout ce qui se présente des objets, du monde de la veille, dans le système conscient, où l'inconscient et le fantasme n'interviennent pas du tout de la même façon que dans l'inconscient. Donc tous les signifiants de la veille sont en quelque sorte métabolisés par des métaphores et des métonymies pour être retraduits en un système qu'admet l'inconscient. C'est cela que fait le travail du rêve. Or, ce « logiciel » qu'est l'inconscient fonctionne sur une opposition binaire, celle de la différence sexuelle : avoir ou pas le phallus. Lacan a apporté après Freud la catégorie de ce qui consiste à être le phallus, la femme, au sens d'être objet du désir. C'est cela le « logiciel » de l'inconscient : il transforme les objets du monde, il les phallicise, il leur donne une coloration phallique. J'ai alors repris la liste des symboles freudiens pour montrer que, si on les regarde à la lettre, ils ont tous un rapport de cet ordre à la signification phallique : ils sont tous équivalents soit à avoir ou ne pas avoir le phallus, soit à être ou ne pas être le phallus. C'est pourquoi j'ai conclu que la symbolique n'est pas à rejeter ou à exclure. Il faut, simplement, la situer à sa place, non essentielle dans l'interprétation, et voir que c'est une trace de ce que l'inconscient fabrique au sens où il intègre tous les objets et tous les signifiants pour en forger une signification phallique.

**S.R. :** En tant que spécialiste du rêve, qu'auriez-vous à dire des rêves prophétiques ?

**G.C. :** D'une façon générale, en psychanalyse, on peut dire deux choses. On peut dire qu'il n'y a pas de rêves prémonitoires au sens strict, c'est-à-dire au sens où quelqu'un voit en rêve une scène exacte qui, finalement, se produit le lendemain. Mais à un autre niveau, on peut dire qu'il n'y a que des rêves prémonitoires : dès lors que les rêves représentent un calcul du désir inconscient et de la jouissance qui sont pour le sujet praticables ou possibles, il y a quelque chance pour qu'un jour ou l'autre ce calcul en vienne à être réalisé, éventuellement avec certains des per-

sonnages ou certains des lieux qui auront été présents dans le rêve. Mais à ce moment là, cela ne mérite plus tout à fait le nom de rêve prémonitoire... Par contre, très souvent, des patients vous disent qu'ils sont persuadés d'avoir des rêves prémonitoires. Je pense à une petite fille qui avait rêvé qu'elle était interrogée en classe par la maîtresse. Le lendemain elle est interrogée, et elle me dit : « Vous vous rendez compte, j'ai rêvé que... et hop, le lendemain, je suis interrogée ». Mais en questionnant cette enfant, il apparaissait qu'il n'y avait aucune surprise sur le fait qu'elle le soit puisque la maîtresse avait annoncé que toute la classe serait interrogée.

Ce n'était donc pas ce qu'on appelle un rêve prémonitoire, c'était simplement un rêve qui avançait, si l'on peut dire, l'appel. Et cela, c'est très fréquent : les gens rêvent à l'avance un événement dont ils savent que cela va arriver et vous disent : « C'était prémonitoire ! ». Mais s'ils le disent, ce n'est pas par mauvaise foi, bien entendu : c'est par symptôme. Il y a très souvent pour l'inconscient une espèce de frénésie à instaurer un lien entre deux choses qui n'ont aucun lien, ou qui ont un lien tout à fait naturel et logique. Cela devient alors un symptôme que l'on peut analyser dans chaque cas : pourquoi telle personne a lié le signifiant du rêve à tel signifiant rencontré dans la veille, alors qu'ils n'avaient aucun lien entre eux, ou qu'ils avaient un lien parfaitement logique, comme dans l'exemple précédent ? Il y a tout un aspect symptomatique de la croyance dans l'aspect prémonitoire d'un rêve, un aspect symptomatique à analyser comme tel. Dans le livre, je fais mention du fait que Dante considère son rêve comme prémonitoire. Je ne m'y arrête pas parce que je ne voudrais surtout pas analyser Dante. Mais il est certain que Dante croit son rêve prémonitoire après-coup, c'est-à-dire une fois que Béatrice est morte. Il aurait pu penser que son rêve était prémonitoire quand Béatrice était encore vivante, cela aurait été un autre symptôme, mais il l'a pensé après sa mort. Donc c'est un effet d'après-coup. En termes lacaniens : au

moment de la mort de Béatrice, qui représente un premier signifiant, un autre signifiant, l'enlèvement au ciel, prend sens, selon une signification rétroactive.

**S.R. :** *Vous distinguez tout au long du livre les rêves réussis des échecs du rêve, quelle serait la portée d'un échec du rêve, peut-il être un facteur déclenchant ou s'inscrit-il dans une pathologie ?*

**G.C. :** Que la suppression du rêve soit déclenchante de quelque chose, je ne sais pas si on peut le dire parce qu'on n'en a pas les moyens. Si, de fait, chez l'homme, certains médicaments suppriment le sommeil paradoxal, et donc en principe, le rêve, les expérimentateurs à l'heure actuelle peuvent seulement dire que cela ne provoque rien de visible. A l'inverse, un rêve peut se présenter comme déclenchant de certaines pathologies. Dans le livre, je cite le rêve d'une femme qui se voyait jetée sur un charnier par des nazis. C'est vraiment un cauchemar aux dernières limites de ce qui est soutenable. Or, cela s'est présenté juste avant un délire, et cela n'était bien entendu pas un hasard. Donc je ne sais pas si on peut dire que c'est déclenchant, ce n'est pas particulièrement une cause, mais c'est de toute façon un signal de quelque chose. De quoi ? De l'échec du travail de l'inconscient : quand le travail de l'inconscient échoue, on est dans le cas de la psychose. Mais il faut distinguer ce qui est la psychose en délire de la psychose compensée, c'est-à-dire hors délire. Une psychose compensée, en théorie lacanienne, c'est une psychose dont la faille, le trou symbolique, a été comblé par autre chose, par une pièce. Et il y a décompensation psychotique, c'est-à-dire délire, quand la pièce qui bouche le trou lâche. On peut alors effectivement dire que le travail de l'inconscient, qui justement avait élaboré cette pièce, vient d'être en défaut. Dans le rêve de cette patiente, on voit le moment où le rêve est dépassé : il n'arrive plus à annuler la jouissance de l'Autre, il échoue dans sa visée qui est de faire rentrer tout un

monde de la veille et toute la jouissance de l'Autre qui menace dans un « logiciel » phallique qui, supporté par le système signifiant que Lacan a appelé du Nom du Père, exclut la jouissance du premier Autre pour fabriquer un sujet dans sa relation au père. Je parle beaucoup de la jouissance de l'Autre dans le livre, et c'est aussi un prolongement de ma part, cela n'a pas été élaboré comme tel par Lacan : c'est au sens où, dans la théorie lacanienne, ce qui est exclu du système du sujet, justement pour fonder un sujet, c'est la jouissance de la mère, celle du premier Autre. Donc lorsqu'un délire se produit, c'est qu'en effet cette jouissance n'est pas restée exclue, et qu'elle a fait retour. Dans le rêve dont je parle, ce sont les nazis, c'est-à-dire un Autre particulièrement féroce. Quand l'Autre fait retour, c'est toujours sous forme féroce. Si quelque chose qui est exclu ne reste pas exclu, cela fait retour de façon menaçante.

**S.R. :** *Quelle est alors la place du rêve et de son interprétation dans la pratique analytique, comment cela s'inscrit-il dans le processus de la cure, cela a-t-il une fonction thérapeutique, ou tout au moins analytique, questions que vous abordez à la fin du livre, mais finalement assez rapidement ?*

**G.C. :** C'est un peu délibéré de ma part de ne pas me prononcer sur ce que les autres font. Donc je ne parle que de ce que je fais moi, et quelques autres, dans la pratique. En général, il y a l'idée que le rêve est très nécessaire, mais aussi qu'il ne faut jamais analyser complètement un rêve parce que l'on sortirait de la neutralité bienveillante. Cela n'est pas faux. L'analyse complète d'un rêve, Freud le disait lui-même, est difficilement compatible avec l'association libre de la séance. Ceci étant dit, je crois qu'il y a un risque de tomber dans l'autre extrême : on prend un élément chiffré du rêve, puis on a l'association sur cet élément, cela donne une signification sur un point, et on s'en contente au nom de l'association libre. Or, on peut constater depuis longtemps que les grandes analyses freu-

diennes de rêve, avec pratiquement une association sur chaque élément et ensuite une synthèse d'ensemble, ne se font plus, sauf quelques exceptions, que je cite. Il faut avoir cela en tête, parce que le rêve est aussi là pour nous donner une idée sur la position logique du sujet, pas seulement à partir d'un élément, mais de l'ensemble. Cette position se repère dans le fantasme, généralement. Soit on a accès au fantasme, sous forme de fantasme éveillé, ce qui n'est pas si fréquent dans une cure. Soit on y a accès par le rêve, qui est la première source d'énoncé de la position que le sujet occupe dans le fantasme. Il faudrait ajouter qu'un rêve en aucun cas ne suffit, et c'est pourquoi j'ai souvent mentionné des séries de rêves, parce qu'un rêve ne prend généralement sens qu'au regard du suivant ou du précédent, et qu'une position logique ne s'avère qu'en fonction de ce qui précède et de ce qui suit. C'est essentiel d'avoir accès à la position logique du sujet dans une analyse, et surtout de voir comment elle évolue et se transforme au cours de sa progression. Cela ne se fait néanmoins pas en une fois, et pas même en début de cure, parce qu'en début de cure, elle est trop inconsciente et trop éloignée de ce qui peut se dire. Il faut tout un travail d'élaboration préalable sur ce que le patient peut amener dans la parole avant que le fantasme ne commence à pointer le bout de son nez, et même dans un rêve, il met très longtemps à se montrer. C'est pour cela qu'on peut dire « construire un fantasme ». L'intérêt de construire le fantasme, c'est qu'une fois qu'il est entré dans le dire, dans le discours, il va pouvoir commencer à être abandonné. Or, un fantasme a souvent des effets pathogènes, et, dans l'ensemble, l'abandonner a de bons effets. C'est d'ailleurs ce qui est visé par une analyse lacanienne. Et en aucun cas on ne peut l'abandonner sans l'avoir introduit dans le dire. ■

Psychiatre, psychanalyste, auteur de *L'Equation des rêves*, publié dans la collection *L'espace analytique* chez Denoël.

## LIVRES

### L'impasse relationnelle Temporalité et cancer

Sami-Ali  
Dunod

L'auteur, psychosomaticien, thérapeute de patients cancéreux, s'appuyant sur six entretiens de recherche avec des femmes atteintes de cancer du sein, illustre la nécessité de penser la maladie en fonction d'une impasse relationnelle. Celle-ci conduit le sujet à exclure le rêve et l'affect de son fonctionnement psychosomatique. L'impasse est conçue en termes de temporalité, et la pathologie cancéreuse elle-même, comme autant de variations sur l'expérience du temps. Quatre formes de temporalité sont définies sur lesquelles le travail thérapeutique s'exerce afin de permettre au patient de renouer avec la part onirique de soi, c'est-à-dire avec sa subjectivité. Cet ouvrage constitue une nouvelle étape dans l'élaboration conceptuelle en psychosomatique.

Ph. Lascar

### Jacques Lacan, un psychanalyste Parcours d'un enseignement

Erik Porge  
Erès

Erik Porge, psychanalyste, membre de l'Ecole freudienne de Paris jusqu'à sa dissolution, dirige aujourd'hui la revue *Essaim*. Il propose dans cet ouvrage une lecture de la

diversité de l'œuvre de Jacques Lacan, de ses avancées théoriques et cliniques ainsi que de leurs articulations avec l'action qu'il a menée dans la communauté analytique et au-delà. A chaque fois, l'auteur resitue les positions et propositions de Lacan dans leur évolution historique, en tenant compte des travaux récents.

### Traumatismes Etudes Psychanalytiques

Imaginaire et inconscient  
1999/2

Le traumatisme est, en psychanalyse, un concept qui inclut un événement intense, éventuellement répété, de la vie du sujet, l'incapacité où celui-ci se trouve d'y répondre de façon adéquate et les effets durables qu'il provoque dans son psychisme. La place qu'occupait le traumatisme aux origines de la psychanalyse est bien connue, avec la théorie dite de la séduction qui laisse place à celle du fantasme. Les développements ultérieurs contribuèrent à rééquilibrer la part de l'une et de l'autre. Sont liés au trauma les concepts d'amnésie, de refoulement et d'après-coup. Sur un plan plus général, on sait qu'un choc physique peut avoir un retentissement psychique, et que des perturbations résultant d'un violent choc émotionnel peuvent avoir, en retour, des incidences somatiques. On passe, ainsi, du physique au psychique et réciproquement. Il est ainsi possible de considérer d'abord le trauma physique et son retentissement psychique sur la victime et son entourage, puis le même genre d'événement concernant un groupe (accident, attentat... etc.), la représentation ou la crainte de l'événement créant à son tour le même syn-

drome, enfin une violence proprement psychique, ou sa représentation, à l'origine d'un débordement de l'appareil psychique. Il sera notamment à considérer sous cet angle la métabolisation, spontanée ou thérapeutique du traumatisme, l'idée de traumatisme structurant, et finalement l'actualité du concept de traumatisme. On entend par là une triste énumération : la maltraitance, le viol, le handicap, les mutilations, les humiliations, enfin les catastrophes, massacres et guerres.

### L'invention de la pulsion de mort

Jean Guillaumin et al.  
Postface d'André Green  
Dunod

Création ou découverte due au génie spéculatif et clinique d'un Freud vieillissant arrivé au sommet de sa pensée, la pulsion de mort est devenue un enjeu théorique entre les analystes, tandis que les praticiens y puisent des raisons d'approfondir des problèmes fondamentaux. Celui des limites de la compréhension de soi et de la compréhension d'autrui dans le travail psychique. Celui des renversements mystérieux par lesquels les victoires de la vie peuvent, en dépit de toute aide reçue, se retourner contre elles-mêmes. L'idée de pulsion de mort opère ainsi des mises en abîme qui, loin de constituer de simples curiosités pour la pensée, sollicitent des oppositions et des alliances dont la violence est trop facilement gommée par le discours habituel. C'est sur ce thème que s'exprime un groupe de psychanalystes, Jean Guillaumin, Anna Pipineli-Potamianou,

René Roussillon, Christine Lamothe et Christian Vasseur, René Kaës, Henri et Madeleine Vermorel. Leurs contributions s'attachent tantôt aux conditions dynamiques et biographiques de l'émergence du concept chez Freud, tantôt à ses antécédents théoriques et aux multiples implications logiques de son contenu. La postface d'André Green est une réévaluation personnelle de la notion freudienne de pulsion de mort.

### L'Adversaire

Emmanuel Carrère  
P.O.L.

Le 9 janvier 1993, Jean-Claude Romand a tué sa femme, ses enfants, ses parents, puis tenté, mais en vain, de se tuer lui-même. L'enquête a révélé qu'il n'était pas médecin comme il le prétendait et, chose plus difficile à croire encore, qu'il n'était rien d'autre. Il mentait depuis dix-huit ans, et ce mensonge ne recouvrait rien. Près d'être découvert, il a préféré supprimer ceux dont il ne pouvait supporter le regard. Il a été condamné à la réclusion criminelle à perpétuité. Emmanuel Carrère est entré en relation avec lui, a assisté à son procès. Il tente de raconter, précisément, jour après jour, cette vie de solitude, d'imposture et d'absence. D'imaginer ce qui tournait dans sa tête au long des heures vides, sans projet ni témoin, qu'il était supposé passer à son travail et passait en réalité sur des parkings d'autoroute ou dans les forêts du Jura. De comprendre, enfin, ce qui, dans une expérience humaine aussi extrême, touche de si près chacun de nous.

## LIVRES

**Le syndrome de négligence unilatérale : stratégies de réadaptation fonctionnelle**Jean Philep  
L'Harmattan

Le syndrome de négligence unilatérale (SNU) est une affection neurologique consécutive, le plus souvent, à une atteinte de l'hémisphère cérébral droit. Depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, son polymorphisme a toujours intrigué les cliniciens, au point d'en faire aujourd'hui un objet de discussion en raison des perturbations profondes qu'il peut occasionner à des fonctions aussi importantes que la conscience et l'attention. Divers spécialistes (médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, psychologues, etc.) sont impliqués dans les problèmes posés par la réadaptation fonctionnelle des patients atteints d'un SNU. Les progrès accomplis par les neurosciences ces vingt dernières années ont permis d'améliorer considérablement notre compréhension des opérations menées par le cerveau au cours de l'action et de la perception, et de proposer des modèles fonctionnels qui tentent d'identifier les mécanismes déficitaires à l'origine de SNU. Cet ouvrage a pour objectif d'argumenter les stratégies de réadaptation fonctionnelle, en les fondant sur les connaissances cliniques et scientifiques modernes.

**Le cerveau et les images**

Annales d'histoire et de philosophie du vivant\* n°3, coordonné par Philippe Gallois et Gérard Forzy

Pour les participants au dixième colloque de *Neurophilosophie* réunis à Lille, en 1998, qu'ils soient philosophes, neurologues ou chercheurs en neurosciences, il fait peu de doute que les images révélées par les techniques d'imagerie fonctionnelle correspondent au fonctionnement mental. Mais il importe que les progrès techniques ne fassent pas oublier le bon sens et que l'on se pose les questions suivantes : que voit-on réellement avec l'imagerie cérébrale ? Quelles sont les interprétations que les données recueillies autorisent ? Dans le champ des sciences cognitives, l'explication de la production d'une image par le cerveau et de la mise en scène du « théâtre mental » est loin d'être évidente. Un éclairage utile au débat vient du champ de la phénoménologie, apportée notamment par ceux qui tentent de la rapprocher des sciences cognitives. Cette réflexion neurophilosophique sur le cerveau et les images permet d'aborder, de manière transdisciplinaire, les questions de représentation, d'interprétation et d'émergence qui sont de plus en plus au cœur des Neurosciences, des Sciences Cognitives et de la Philosophie.

\*Édité par les *Empêcheurs de penser en rond***Les sous-marinières et leurs familles****Et si l'absence du père n'était pas un problème ?**Gilles Allières  
L'Harmattan

L'intérêt manifeste de cet ouvrage, travail sur le social, c'est qu'il s'attarde sur l'absence parentale mobilisant une population d'individus pris dans une organisation particulière et dans une économie familiale qui ne l'est pas moins : le monde des sous-marinières. Parce qu'il interroge la gestion de l'éloignement propre au groupe rencontré et qu'il envisage ses enjeux, il permet de mettre en questions nos clichés sur le thème de l'absence.

# Quelques réflexions sur les associations des familles des malades mentaux en Italie

« Il serait bien ridicule que le gardien nécessite un gardien »

Platon, *La république*«... sed quis custodiet ipsos custodes ? »  
 («...mais qui gardera les gardiens ? »)Juvenal, *Satire VI*

Les institutions psychiatriques ont longtemps ignoré les familles de leurs patients pour, ensuite, s'en occuper dans une optique presque uniquement diagnostique et thérapeutique, c'est-à-dire en les examinant comme des objets de recherche, ou pire, d'enquête, et non comme les coacteurs d'une existence. Même les écoles qui ont fait de l'analyse du fonctionnement des familles leur champ privilégié d'observation et d'intervention, ne sont pas sorties de cette réifiante « forma mentis », qui a été dépassée seulement par quelques uns.

Cela a été vécu par les familles des patients comme une prise en charge manquée ou, pire encore, comme un abandon lié à un jugement négatif : les familles se sont senties offensées, ensuite culpabilisées et enfin elles se sont adaptées, cherchant ailleurs les réponses qui ne leur avait pas été données.

Ainsi, de très nombreuses associations de proches se sont créées, mais demeure souvent une sorte de stigmata lié à leur origine conflictuelle, et le rapport avec les institutions psychiatriques est souvent très difficile. J'estime qu'il pourrait être utile de faire un peu de lumière sur les rapports complexes existant entre les familles d'un côté, la société, les institutions et les associations de l'autre, sur la base d'une double expérience : la prise en charge d'un groupe de proches de patients et une collaboration ancienne avec des associations de familles, avec pour but de favoriser des relations plus aisées entre familles de patients psychiques et professionnels de la santé. Il serait utile de faire une évaluation des objectifs stratégiques que les associations pourraient se donner. Je tiens à préciser que mon discours ne pourra être qu'indicatif, étant donné que chaque situation est, finalement, individuelle et que les observations faites par catégories sont seulement des abstractions conceptuelles plus ou moins propres à chaque réalité. Toutes les citations entre guillemets dans le texte ont été faites par les proches des patients suivis par l'auteur, par le biais des deux expériences venant d'être mentionnées.

**Rapports avec la société**

Evidemment ces rapports sont dialectiques, car réciproquement influencés par les deux parties.

**Rapports des familles avec la société**

Les rapports des familles des patients avec la société sont caractérisés par des sentiment de base que je vais tenter d'illustrer.

Il existe une blessure narcissique très grave, liée à la faillite du désir de nous projeter dans le futur grâce à nos enfants ; c'est la faillite d'un désir qui, bien qu'inconscient, est à la base de chaque procréation. On relève, également, un sentiment habituel de honte et d'humiliation du fait d'avoir transmis à un enfant quelque chose qui blesse profondément et qui touche ce qui est la caractéristique du genre humain : la raison.

Un sentiment de culpabilité écrasant va bien

au-delà de l'imprudente et superficielle culpabilité causée par les institutions psychiatriques dans les années 60-70, qui a provoqué des souffrances superflues et gratuites à de nombreuses familles déjà durement touchées. Mais, s'il est vrai que la psychiatrie a induit une culpabilité injustifiée dans les familles, c'est encore plus vrai que celles-ci se sentent porteuses d'une culpabilité obscure, ancestrale, « génétique ». La première question posée par les parents d'un psychotique est de savoir s'il s'agit d'une maladie héréditaire, c'est seulement par une deuxième question que l'on demande s'il y a un espoir de guérison. Cette culpabilité originelle et primordiale est souvent projetée à l'extérieur, sur les autres, par un mécanisme qui cherche à soulager une angoisse autrement intolérable (un malade traversant une de ses nombreuses et habituelles périodes d'aggravation, sa femme, désespérée, dit : « *Je ne sais plus qui inculper* »).

Il existe, enfin, une angoisse vers un futur perçu comme menaçant et tragique (« *Que va-t-il leur advenir quand nous ne serons plus là ?* ») qui accompagne la recherche d'une compréhension capable de soulager une douleur implacable.

**Rapports de la société vers les patients et les familles**

Il sont caractérisés par des sentiments de peur, de méfiance et de malaise.

Soit envers le malade, considéré comme un agresseur potentiel, comme il arrive quelques fois, mais beaucoup moins souvent que ce qui concerne les agressions qui ont lieu habituellement dans la population générale. Le malade psychiatrique a bien plus peur de nous que nous avons peur de lui.

Soit envers ce qu'il représente : l'inconnu, l'étrange, l'inhabituel dans notre vécu quotidien. Cette attitude fait partie de la prudence qu'il est nécessaire d'avoir dans les circonstances peu connues auxquelles on pourrait faire front de façon erronée.

Soit envers la folie qui est en nous, et qui est différente de celle des nos malades, surtout sur le plan quantitatif.

En général, les familles et les malades culpabilisent en retour la société, en affirmant que c'est elle qui les a exclus. Souvent ce n'est pas vrai : ce sont les familiers ou les patients qui s'autoexcluent, du fait des sentiments que nous avons décrits (« *Dans notre groupe nous sommes peu nombreux car ils ont honte !* »). En réalité, ils sont occupés et préoccupés de vivre chacun leur propre vie et donc avec peu de temps et peu d'envie de se la rendre trop compliquée, « *les autres reflètent ce qu'ils lisent dans nos yeux* ».

**Rapports avec les institutions**

Un début des maladies psychiatriques brutal et sans prodrome est possible mais rare car d'habitude il y a eu, auparavant, un chemin long et insidieux. Nos malades ont été des enfants difficiles ou que « *l'on n'entendait jamais* », des adolescents problématiques, des jeunes adultes mal adaptés. Ce long processus de préparation à la maladie est habituellement scotomisé par les parents qui le découvrent bien plus tard à travers les interventions des soignants. Le mot même de « *psychiatrie* » fait horreur à la plupart des gens : « *Le psychiatre est le dernier auquel on s'adresse : avant on est allé chez le psy-*

*chologue, chez le prêtre, chez le magicien, chez l'acupuncteur* ». Mais on arrive, à la fin, dans les services psychiatriques, bien souvent après avoir été allégé de sommes d'argent dans le cadre de bien coûteuses tentatives de guérisons miraculeuses et magiques. On y arrive pleins de douleur, à cause de la longue cohabitation avec une maladie qui détruit le tissu de nos certitudes, comme une lèpre qui ronge et corrompt ; pleins de terreur à la pensée que cette maladie à propos de la quelle on n'ose même pas prononcer le nom, soit confirmée ; pleins d'espoir qu'il s'agisse d'autre chose, pleins de désespoir à la confirmation du diagnostic.

Et toujours pleins de rage, d'une rage aveugle et farouche pour le tort subit, d'une rage criée au ciel avec fureur, dans cette question sans réponse : « *Pourquoi moi ?* ».

Comme pour les rapports avec la société, ceux avec les institutions sont réciproques et sont, en plus, conditionnés et insérés au sein de logiques institutionnelles qui sont souvent le produit de longues expériences, même quand elles sont difficiles à comprendre.

**Rapports des institutions avec les familles et les patientes**

D'habitude, on parle surtout des rapports avec les institutions psychiatriques, mais dans la réalité ce ne sont pas seulement ces dernières qui s'occupent de nos malades.

Il serait utile d'évaluer leurs rapports avec les institutions non psychiatriques, lesquelles ont une attitude constante et uniforme : « *Adressez-vous aux services psychiatriques* ». Si un patient psychiatrique arrive d'un hôpital général pour une douleur physique, le psychiatre est souvent le premier praticien appelé, avant même le cardiologue ou le chirurgien.

Je vais aborder surtout des aspects dysfonctionnels des rapports entre services et familles. Cela, non parce qu'ils sont prépondérants (l'auteur travaille dans un service de psychiatrie), mais parce que cela me semble plus utile pour améliorer la situation.

Toutes les institutions ont une certaine tendance à l'autoréférence, s'enfermant alors dans des logiques « *privées* », mettant en acte des procédures, ne donnant plus des réponses valables aux usagers. La psychiatrie ne peut pas se soustraire complètement à cette tendance.

La médecine, comme toute autre donnée de la société, est insérée dans un modèle social et politique dont elle reflète les caractéristiques structurelles. Le citoyen, dans un tel modèle, est un consommateur. De la même façon, la médecine moderne conçoit le malade comme une machine à réparer. Elle veut donc que ses patients soient des objets de soins et non des citoyens qui se soignent.

**SITE COMMUNAUTAIRE À L'USAGE DES PSYCHIATRES**  
<http://www.alphacomm.fr>

Parrainé par un comité scientifique prestigieux, et animé par un comité de rédaction reconnu et dynamique, le site propose une sélection rigoureuse d'articles scientifiques, de critiques d'ouvrages ou de cédéroms relatifs à la profession, une aide à la navigation internet ainsi qu'un espace dialogue, des liens vers d'autres sites scientifiques et généralistes.

Ce site très vivant, ouvert en décembre 99, accueille chaque jour un nombre croissant de visiteurs (généralistes et psychiatres).

Le site est protégé : pour une visite complète, inscrivez-vous en ligne. Vous recevrez votre code d'accès par retour d'e-mail. ■

## PATIENT PARKINSONNIEN : MÉTHODES DE RÉÉDUCATION DE LA DYSARTHRIE\*

Les troubles de la parole, ou dysarthrie, sont présents dans 50 et 75 % des cas chez les patients atteints de maladie de Parkinson. Ce handicap reste négligé et sa prise en charge n'est que de l'ordre de 5 %. Ce faible développement de la prise en charge de la dysarthrie s'explique, notamment, par une notion ancienne considérant que la rééducation était inefficace et par un manque de formation des orthophonistes.

A partir des années 1980, plusieurs techniques ont montré une efficacité réelle et durable de la rééducation. Parmi ces méthodes, la méthode Lee Silverman, développée par L. Ramig et ses collaborateurs aux Etats-Unis, est celle pour laquelle le plus de travaux sont disponibles. Il s'agit d'une rééducation intensive, simple pour le patient puisqu'elle est focalisée essentiellement sur la phonation. Elle est motivante car elle demande un effort régulier sur une période courte de quatre semaines (soit seize séances) obligeant à un investissement complet. Elle a prouvé son efficacité durable auprès d'un grand nombre de patients. Son utilisation en Europe, et en particulier en France, peut nécessiter quelques modifications pour l'adapter à la mentalité ou aux structures de soins. Elle ne peut s'envisager à une large échelle qu'en créant des réseaux d'orthophonistes et il paraît nécessaire de la diffuser et de la valider en France pour aider la communication chez les patients parkinsoniens. ■

G.M.

\* Conférence de presse réalisée avec le soutien des Laboratoires SmithKline Beecham, le 27 avril 2000.

C'est pour cette raison qu'on assiste à une augmentation de la consommation de médicaments psychotropes et l'utilisation de médicaments toujours plus coûteux, comme s'ils étaient la panacée universelle pour tout problème psychique : une espèce de pilule du bonheur. Ce qui arrive aux Etats-Unis, ces dernières années, est dangereux : les nouveaux médicaments sont présentés, à grand battage publicitaire, de façon fabuleuse et incorrecte (« *Le nouveau médicament qui va guérir la schizophrénie !* »). Et du fait de cette conception, une partie de la psychiatrie actuelle, par des opérations qui sont un véritable piège idéologique, donne une explication exclusivement biologique et génétique de la maladie mentale.

On a pu relever que les services psychiatriques ont injustement culpabilisé les familles et que, jusqu'à aujourd'hui, celles-ci sont abordées avec suffisance et sans utiliser leurs énormes ressources, tout du moins leurs ressources en temps, étant donné que les malades passent en famille la plus grande partie de leur journée. Trop rarement, les soignants travaillent pour aider les familles à dépasser ou à contenir leurs limites en utilisant, en même temps, leurs capacités. Ces capacités sont négligées alors qu'elle devraient être exploitées grâce à l'engagement commun des soignants et des familles.

Ce constat n'est pas seulement le fruit du manque de formation ou d'expérience mais aussi celui d'une certaine « *forma mentis* » des professionnels qui ne pensent pas avoir à se confronter avec les non professionnels.

Les institutions ne sont pas parfaites mais perfectibles et elles ont leur propre temporalité, historicité. Toute chose est le fruit de son temps (de l'esclavage à la Sainte Inquisition) et il est toujours facile de critiquer ou de corriger après coup. Cela vaut pour certains aspects de la culture et de la pratique psychiatriques du passé, dont les erreurs sont, à posteriori, connues. Parce que nous sommes de notre temps, nous devrions accepter les erreurs des institutions avec tolérance, mais leurs défauts devraient être signalés.

### Rapports des familles avec les institutions psychiatriques

Ils sont caractérisés par des attitudes qu'on retrouve dans beaucoup de familles.

L'espoir d'un miracle qui puisse racheter les années de douleurs et de déceptions apparaît d'autant plus fort qu'il semble vain (« *J'ai le secret espoir qu'il puisse redevenir ce qu'il était avant* »). Ce fabuleux espoir prend la place d'un engagement continu et constant qui pourrait améliorer certaines situations d'une façon concrète et réaliste. Souvent, les familles choisissent leurs rêves ou leur déses-

poir, plutôt qu'un engagement quotidien et réaliste qui pourrait donner des résultats limités, peut-être, mais concrets.

Ce miracle provoque une grande déception rejetée sur les services de soins psychiatriques, culpabilisés pour cela, avant même de l'être pour leurs manques réels. C'est à ce moment que les familles connaissent une apathie, un désengagement, une tendance résignée à l'immobilisme qui rend difficile toute évolution (« *Pourquoi changer ? Nous sommes tellement accoutumés...?* »).

A partir de là, une collaboration insuffisante avec les services de soins apparaît dans la gestion du malade. Souvent on ne dit pas au médecin comment vont vraiment les choses pour ne pas susciter la colère du malade, mais on est mécontent si cela va mal. Ou bien, on dit la vérité, mais avec la promesse d'une discrétion, ce qui rend les informations inutilisables, ou ce qui met le malade dans l'angoisse de craindre que son médecin puisse lire dans ses pensées... Une collaboration entre services et famille est encore trop rare pour créer un filet de protection autour du patient, fait de clarté et de sincérité réciproques. Cela empêcherait les projections typiques du psychotique qui peuvent rendre impossibles toute collaboration et tout traitement.

Par contre, on observe vis-à-vis des institutions, une énorme dépendance, une grande passivité, une délégation totale aux professionnels (« *Moi... je pensais que le médecin était le Bon Dieu...* »). Cette attitude objective existe, même quand elle est désirée par personne, quelque soit le niveau économique, social et culturel de la famille. Elle me semble être l'expression de ce sentiment d'infériorité qui touche tout malade vis-à-vis de celui qui est sain. Il y a toujours entre usagers et institutions sanitaires un rapport vraiment déséquilibré qui complique beaucoup l'évolution de la maladie.

### Les associations des familles de malades psychiatriques

Presque toujours, la prise de contact avec les associations de proches est la dernière étape d'un long chemin. On y arrive soit dans un état d'inhibition lasse et résignée, soit en proie à des revendications. On essaie même cela, « *car désormais on n'a plus rien à perdre* ».

### Evolution temporelle du rapport avec les associations

Bien des familles pensent, initialement, que leur souffrance est unique, qu'aucune autre famille au monde n'a souffert comme elles. Graduellement, elles apprennent à se confronter à la douleur d'autrui, de telle manière que naît un sentiment de participation et de com-

munion avec les autres. Si, au début, les associations sont surtout un lieu pour se plaindre, elles deviennent ensuite un lieu dans lequel on peut se comprendre soi-même ainsi que les malades et dans lequel on peut apprendre à faire face à la maladie d'une façon plus mûre et appropriée, par l'aide des expériences et des réflexions d'autrui (« *Si l'un de nous fait une chose juste, alors quiconque peut y arriver* »). Quelquefois les associations deviennent un véritable groupe d'aide mutuelle (« *Je suis allé jusqu'à consulter des magiciens pour le faire guérir : tout le monde s'est moqué de moi, m'a culpabilisé, m'a dupé. J'ai compris tant de choses ici avec vous* »).

### Limites des associations

Les associations des familles ont des limites déjà mentionnées, en partie, et dont je souhaite donner une vision synthétique. Les associations souffrent, souvent, d'une excessive subjectivité. Elles sont enfermées dans leur propre douleur et dans leur propre enceinte. Elles sont très ambivalentes envers la maladie et les services psychiatriques, cette ambivalence étant le trait principal de leur façon d'être ; enfin elles préfèrent attendre un miracle plutôt que de faire face à la maladie par un effort continu. Elles sont passives jusqu'à renoncer à défendre les intérêts qu'elles représentent. Enfin, elle se sentent, souvent, subalternes aux images mythiques et mythifiées des professionnels. Ceux-ci sont, par ailleurs, tellement critiqués que l'on a pu créer des services psychiatriques parallèles aux services officiels. A mon avis, c'est une voie sans issue même si quelques fois elle a trouvé une justification du fait des inefficacités des services.

Dans les associations, on assiste parfois à des manifestations d'individualisme associées à un arrivisme et à un désir de pouvoir effrénés. Ce qui a empêché, dans de nombreux pays, une coordination entre différentes associations. On assiste à une grande tendance à la délégation vis-à-vis des structures directrices internes, quand bien même elles font de graves erreurs.

### Eléments de force des associations

A mon avis les principaux points forts des associations sont dominés par le désespoir de leurs membres, qui peut les rendre déterminées dans la défense de leurs droits, et par leur nombre qui peut, si elles sont convenablement coordonnées, leur permettre de faire face aux situations avec un poids certain.

### Objectifs des associations

Ils doivent être, à mon avis, au nombre de trois.

Le premier est de permettre un rapport paritaire de collaboration avec les institutions, en évitant une attitude de dépendance ou un excès de revendications.

Les associations peuvent aider les services de soins à prendre en compte les besoins des malades et des familles.

Mais la tâche la plus importante est d'être partie prenante dans l'élaboration de l'activité des services de soins.

Je veux terminer avec deux réflexions. L'une est celle d'un responsable d'une association française de familles qui me disait : « *Les familles et les professionnels, les deux, ont une vision objective, à partir de deux points de vue différents, de la maladie mentale* ». L'autre concerne la mère d'une patiente, que j'ai citée partiellement : « *Avant, je pensais que le médecin était le Bon Dieu, maintenant nous faisons nous-mêmes nos évaluations et nos analyses* ». Tout cela me paraît une attitude satisfaisante et utile pour tous. ■

Dr Gian Piero Leoni\*

\*Vial Olona 11, 21056 Induno Olona (Varese, Italie). Tél. : 00 39 00332 20 36 56.

## LIVRES

### Les chairs de la mort

Louis-Vincent Thomas

Préface de Jean-Marie Brohm

*Les Empêcheurs de penser en rond*

Louis-Vincent Thomas aborde les différents aspects de l'anthropologie de la mort : pratiques funéraires, imaginaires de l'au-delà, rites de deuil, traitements du cadavre, croyances scatologiques. La mort comme fondement culturel des civilisations est envisagée d'un triple point de vue. Source de vie, de renaissance et de renouvellement, elle est inséparable de la sexualité. La mort en Occident, avec ses représentations collectives, ses ritualités et surtout ses refoulements machistes, s'oppose à la mort africaine avec sa spiritualité créatrice, ses forces d'intégration, son culte des ancêtres. Les réalités ordinaires de la mort, banales et quotidiennes, ne peuvent se comprendre qu'en liaison avec les réalités extraordinaires, fantasmagiques, voire surnaturelles de « l'inquiétante étrangeté de la mort » : vampirisme, satanisme, cannibalisme, réincarnation, décorporation, états de mort imminente, réalités que l'on rencontre à la fois dans les croyances et les mythologies de nombreuses cultures mais également dans les récits de fiction, notamment de science-fiction.

L'accélération de ces fantasmes, obsessions et scénarios imaginaires dans l'univers de la science-fiction est une des originalités de ce livre qui montre, dans une perspective ethnopsychanalytique, les relations entre les fantasmes archaïques et les récits futuristes entre les rites africains et les pratiques occidentales.

Il est également une incitation à une nouvelle éthique de la mort où le droit de vivre humainement s'accompagne du droit de mort dans la dignité dans une société qui tend, de plus en plus, à médicaliser, à déshumaniser et à déritualiser la mort.

### La criminalité sexuelle

Xavier Lameyre

*Coll. Dominos*

*Flammarion*

Bien que de tous temps condamnée, la délinquance sexuelle connaît une extension et une publicité jusqu'alors inconnues. Beaucoup plus qu'auparavant, ce type d'agressions est dénoncé au grand jour et poursuivi en justice. La complaisance et l'indulgence à l'égard des auteurs d'infractions sexuelles n'ont désormais plus droit de cité. Inscrivant dans les textes une modification des pratiques sociales. Les pays démocratiques se sont souvent dotés de nouvelles lois, nettement plus répressives. Cette plus grande sévérité n'a pas fait taire les discours manichéens qui, face à l'insoutenable confrontation de la victime à son agresseur, prônent des solutions expéditives : l'élimination physique ou l'exclusion définitive des auteurs d'infractions sexuelles.

Loin des propos simplistes et des déclarations péremptoires, il apparaît nécessaire de restaurer les voies de la raison. Elles ne peuvent être empruntées qu'en étudiant les savoirs existants et qu'en examinant les multiples pratiques déjà mises en œuvre tant par ceux qui jugent et soignent les auteurs que par ceux qui protègent et soulagent les victimes. Une telle étude, pluridisciplinaire, peut nous détourner de l'aveuglement émotionnel que les crimes sexuels suscitent. Seul ce type d'approche globale et intégrée de cette criminalité peut rendre plus intelligible un phénomène éminemment complexe.

# L'évaluation de l'activité de prévention en pédopsychiatrie

La création des Agences Régionales de l'Hospitalisation et la mise en place du PMSI conduisent les établissements de santé et en particulier le Centre Hospitalier Charles Perrens à affiner davantage l'évaluation de leurs activités. Comme pour tous les hôpitaux, les critères d'évaluation sont centrés sur la notion d'un patient identifié, qu'il soit hospitalisé en unité de soins, ou qu'il soit suivi en ambulatoire.

En pédopsychiatrie, le patient peut ainsi être hospitalisé en hôpital de jour, ou pris en charge en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel. C'est, également, sous la qualification de patient que les consultations de pédopsychiatrie vont examiner l'enfant, et c'est aussi un patient auquel elles vont proposer des « soins ambulatoires ».

Pourtant, la mission de la pédopsychiatrie ne limite pas aux seuls actes de soin, et de nombreuses instructions ministérielles affirment et rappellent notre mission de prévention.

Ainsi, la circulaire du 14 mars 1990 « relative aux orientations de la politique de santé mentale » précise, parmi les trois objectifs de la sectorisation psychiatrique, « la promotion d'actions propres visant à éviter l'émergence, le développement et la persistance d'affections mentales : prévention, soins ambulatoires, hospitalisation recentrée sur sa vocation thérapeutique, participation à la meilleure insertion possible des malades mentaux ». Les termes « éviter l'émergence » s'articulent ici avec le mot « prévention ».

Dans le même esprit, la circulaire du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents cite, dans son introduction : « Un enjeu de santé publique : contribuer à l'amélioration des conditions de

développement psychoaffectif et intellectuel des enfants et adolescents », puis, dans le Titre 11, au paragraphe « Missions générales et obligations » : « La prévention : elle doit constamment être renforcée dans la pratique des équipes, par des actions directes ou médiatisées en direction des professionnels comme de la collectivité. Il s'agit d'intégrer, dans l'étude de certaines situations, questions ou réflexions, un axe d'analyse se référant à la santé mentale ».

Deux ministres de gouvernements différents affirment donc nettement notre mission de prévention. A ma connaissance, ces circulaires n'ont pas été dénoncées. Bien plus, les actions de prévention engagées et soutenues par les professionnels des secteurs de pédopsychiatrie ont montré, depuis longtemps, une pertinence et une efficacité qui sont confirmées par nos partenaires institutionnels intervenant dans le champ de l'enfance.

Malheureusement, si cette mission de prévention est clairement définie par le ministre, elle reste transparente, et même inexistante lorsqu'on lui applique les critères d'évaluation de l'activité de la pédopsychiatrie définis par ce même ministère.

En effet, on peut s'accorder sur l'idée que la prévention a pour but d'empêcher qu'un enfant devienne un patient. Nous donnerons des exemples, mais il tombe sous le sens qu'une action de prévention en direction des familles, des travailleurs sociaux, des assistantes maternelles, des enseignants etc., a pour but, si elle réussit, d'éviter à l'enfant une consultation, des soins ou une hospitalisation.

Or les critères d'évaluation de la pédopsychiatrie sont centrés sur le patient, c'est-à-dire sur le malade. Un enfant non malade n'existe pas pour un hôpital. Pour bénéficier de notre action de prévention, l'enfant doit

donc être nommé et enregistré ; on pourrait dire qu'il doit être « administrativement hospitalisé ». Nous ne pourrions donc prévenir l'hospitalisation qu'en hospitalisant préalablement l'enfant, en le rendant patient.

Il y a là un contresens très grave sur le plan organisationnel de l'établissement, sur le plan psychologique, sur le plan des libertés, et, finalement, sur le plan moral.

La diversité de notre travail de secteur étant peut-être mal connue, je vous propose quelques exemples d'actions de prévention conduites couramment par les professionnels des secteurs de pédopsychiatrie.

Ainsi, par exemple, la présence d'intervenants de nos services dans les consultations de P.M.I. est souvent le seul moyen d'approcher certaines mères en précarité socio-économique et leur très jeune enfant : elles s'y sentent en sécurité, bien accueillies, et peu à peu, elles connaissent les intervenants de notre service. Notre travail s'adresse, alors, autant à la mère qu'à l'enfant ; c'est un travail de prévention qui demande beaucoup d'énergie et de temps. Il est malheureusement difficile à planifier, même à moyen terme, puisque dépendant de l'état psychologique de la mère (réaction négative à une question, brouille avec l'assistante sociale, crise avec le conjoint, etc.), et son « rendement » ne s'évalue que plusieurs années après.

Madame B. s'assoit dans la salle d'attente de la consultation de Protection Maternelle Infantile, au Centre Médico-Social : elle est très angoissée car elle va être expulsée de son logement pour non-paiement de loyer. Elle donne le biberon à Gaël, 2 mois, mais continue de parler de ses soucis avec moi. Le biberon étant trop horizontal, Gaël avale longuement de l'air, puis s'arrête de sucer, le regard perdu vers le plafond. La mère ne s'aperçoit de rien. Je le lui fais remarquer. Elle rectifie la position du biberon, et continue à me parler. A la fin de la tétée, je m'adresse à l'enfant en lui expliquant que sa maman a de gros soucis mais qu'elle pense aussi à lui. Il suit mon regard et mes lèvres. Elle dit : « oh ! il vous regarde... c'est comme s'il comprenait ce que vous dites ». Elle reste, alors, songeuse un long moment en regardant son fils qui, à son tour, la regarde.

Nous devons affirmer que ce type de travail de secteur peut éviter ou au moins réduire ces crises de la relation mère-enfant qui sont si destructrices pour le très jeune enfant. Il est temps d'expliquer qu'en prenant un temps de prévention suffisant, et avec des professionnels de la santé mentale suffisamment formés, nous pouvons relancer un lien mère-enfant dont la mise à mal aurait entraîné plus tard beaucoup de souffrance et de longs soins.

Mais pour évaluer quantitativement cette action de prévention afin qu'elle apparaisse dans le rapport d'activité, dois-je demander à cette mère son identité et ses coordonnées, en lui expliquant que je dois remplir pour son enfant une « fiche patient » destinée à l'Hôpital Charles Perrens ?

Prenons un autre exemple, dans le chapitre de notre collaboration avec les services sociaux. Il s'agit des actes de « conseil » auprès des acteurs institutionnels de l'aide sociale à l'enfance. Les services du Conseil Général s'occupent, en effet, de situations difficiles dans lesquelles des enfants souffrent psychologiquement : délaissement, mauvais traitements, misère économique, errance sociale, précarité psychique, immigration non réussie, etc. Les décisions qu'ils doivent prendre engagent l'enfant pour longtemps. Prévue par les textes, la présence de nos services dans les Commissions Pluridisciplinaires et dans les Commissions Enfance permet d'apporter notre regard de spécialiste du développement de l'enfant et d'adapter en conséquence la décision à prendre.

Monsieur et Madame N. se plaignent de leur enfant de trois ans auprès de l'assistante sociale : Paul est turbulent, il pleure la nuit. La tension familiale, aggravée par le chômage des parents, la violence du père et la présence pesante d'une grand-mère à la maison, est si forte que tous envisagent un placement rapide de l'enfant dans une institution d'éducation spéciale, placement auquel la famille s'oppose. Lors de la réunion de synthèse préparatoire à la Commission Pluridisciplinaire, alors qu'on envisage de saisir le procureur des mineurs, un intervenant du service de pédopsychiatrie qui a déjà rencontré l'enfant en salle d'attente de P.M.I., suggère une lecture différente de ce problème et propose à l'assistante sociale de préparer un travail éducatif à domicile. Quelques mois après, il n'est plus question de placement, mais un éducateur en milieu ouvert rencontre la famille : Paul n'est plus LE problème, il va bien, et l'on peut enfin envisager une consultation psychiatrique pour le père.

Mais pour évaluer quantitativement cette action de prévention afin qu'elle apparaisse dans le rapport d'activité, dois-je demander au service social l'identité et les coordonnées de cette famille, en expliquant à l'inspecteur du service « Enfance et Famille » que je dois remplir pour cet enfant une « fiche patient » destinée à l'Hôpital Charles Perrens ?

Nous pourrions prendre beaucoup d'autres exemples : dois-je établir une fiche patient pour cet enfant dont me parle une assistante maternelle ou une assistante sociale dans des groupes de supervision que mon service me demande d'assurer ? Dois-je remplir des fiches patient lorsque je tisse des liens avec les écoles du quartier pour que les enseignants puissent plus facilement nous réadresser des familles en difficulté au plus tôt de l'apparition des symptômes de souffrance de l'enfant ?

On pourrait objecter que ces institutions pourraient créer des postes de spécialistes qui effectueraient ce travail à notre place. Mais cet argument ne tient pas compte de la notion de réseau sur lequel les circulaires précitées insistent : en effet, la pédopsychiatrie fait peur ; il est déjà difficile pour une famille de lire les symptômes de souffrance psychique de son enfant, il lui sera encore plus difficile de soutenir une démarche vers une consultation spécialisée si elle n'est pas soutenue, étayée, pourrait-on dire, par des professionnels qu'elle connaît, qu'elle a déjà approché lors des actions de prévention, et qui lui sont par ailleurs « recommandés » par les autres intervenants (école, assistante sociale, etc.) avec lesquels nous avons tissé des liens de réseau. La prévention en psychiatrie de l'enfant ne peut être faite que par les professionnels des secteurs de pédopsychiatrie, en réseau avec les autres professionnels de santé du secteur médico-social. Encore faut-il que ces actions de prévention puissent être évaluées correctement et inscrites dans les rapports d'activité, avec la même importance que les actes de soins, mais sous des modalités différentes. Un chantier s'ouvre à nous, professionnels de la santé : définir un codage des actes de prévention respectant à la fois les exigences d'un véritable rapport d'activité de la pédopsychiatrie et le nécessaire anonymat des enfants rencontrés ou évoqués.

Sinon, pour continuer à remplir notre mission de prévention, nous devons choisir entre la « clandestinité », puisqu'elle n'apparaîtra pas dans les rapports d'activité, et l'hospitalisation administrative » des enfants auprès desquels nous travaillons justement pour éviter leur entrée dans le soin. ■

François Lespinasse\*

\*Psychologue, Centre Hospitalier Charles Perrens, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent I-04, 355 Cours de la Somme, 33000 Bordeaux. Tél. : 05 56 9 88 90. Fax : 05 56 94 57 51. e-mail : fr.lespinasse@wanadoo.fr

Le très utile texte de François Lespinasse appelle certains commentaires. Le défaut de la « fiche-patient » est qu'elle ne sert pas au relevé d'activité mais à la description de patients et à la sommation annuelle de ceux-ci sous le terme de « file-active ». De nombreux acteurs de terrain, depuis longtemps, ont, dans leur engagement pour une description de l'activité et non pas seulement des patients, proposé que la prévention soit décrite dans l'activité. Le PMSI prendra en compte l'activité de prévention sous le terme d'« action dans la communauté », il n'y aura pas, alors, pour la description de cette activité, de nécessité d'identifier des patients. Rappelons que le PMSI apporte une partie des solutions de description de l'activité, seul un Système d'Information d'Etablissement sera capable d'apporter aux soignants les éléments dont ils ont besoin pour sentir leur travail reconnu. Ceci dit, pour l'instant, il existe effectivement un paradoxe entre la « désignation » d'un enfant comme « patient » et la position d'être dans une démarche de prévention.

Les revendications de flou, sous des propos liés à l'éthique, à l'anonymat etc..., sont soutenues par une absence de réflexion sur la description de l'activité professionnelle. Dans la prévention primaire, un sujet sain est abordé par le système de santé pour ne pas devenir un sujet malade (cas de la vaccination par exemple). Il n'est pas alors nécessaire d'identifier ces personnes comme « patients ». Dans la prévention secondaire, la personne est déjà atteinte d'un trouble ou d'une maladie et les interventions visent à en limiter la progression et si possible à guérir. Dans la prévention tertiaire, il s'agit de limiter les dégâts. Donc, en prévention secondaire et tertiaire, le soin est présent et la personne est à identifier comme patient. Les systèmes d'information les plus couramment disponibles, centrés sur le patient, ne permettent pas la prise en compte d'actions conduites par les personnels de soins en dehors de la désignation d'un patient. Pour remédier à cette fâcheuse situation, le PMSI en Santé Mentale prévoit qu'un certain nombre d'actions s'adressant à des institutions ou à des ensembles de personnes ne s'inscrivent pas dans un contexte de soins (classe scolaire, ou adolescents, ou jeunes mères, etc.) soient relevées comme des « actions dans la communauté », sans qu'il soit nécessaire de reporter ces actions à des patients.

Notons, cependant, que ce relevé est sommaire par rapport aux exigences que pourraient avoir les soignants dans leur désir de voir leur travail et leur charge de travail reconnus. Nous en pouvons que conseiller à ceux qui recherchent à mettre en évidence leurs pratiques, de prévoir dans leur Système d'Information d'Etablissement une cotation un peu plus détaillée des actions pour la communauté, ceci dans le but d'une analyse plus fine. ■

G.M.

# L'information du patient : quels enjeux pour le psychiatre aujourd'hui ?\*

## Aspects juridiques et implications pratiques

Ces dernières années, la pratique médicale a évolué. De plus en plus, on exige du médecin des connaissances juridiques qui font partie intégrante de l'acte de soins. Dans le cas des psychiatres, ceci est évident particulièrement en ce qui concerne l'information et le recueil du consentement du patient. Depuis un arrêt du 25 février 1997, modifiant la jurisprudence en vigueur dans ce domaine, la Cour de Cassation fait peser la charge de la preuve de l'information, en cas de contentieux, sur le praticien libéral. Par deux arrêts en date du 5 janvier 2000, le Conseil d'Etat a aligné sa jurisprudence sur celle de la Cour de Cassation et impose, également aux établissements publics, d'apporter la preuve que le patient a bien été informé. Afin de faire le point sur les implications multiples en psychiatrie des évolutions récentes de la jurisprudence en matière d'information des patients, les laboratoires Solvay-Pharma ont organisé une conférence de presse-débat réunissant un juriste en droit de la santé, Thierry Casagrande (Directeur juridique de l'Entreprise Médicale), un psychiatre des hôpitaux, Carol Jonas (Tours) et un psychiatre libéral, Jean-Michel Thurin (Président sortant de la Fédération Française de Psychiatrie). Cette action des laboratoires Solvay-Pharma se situe dans le cadre d'un programme développé dans le champ de la psychiatrie médico-légale et qui s'est matérialisé par l'édition, en partenariat avec l'Entreprise Médicale, d'un périodique, *La Tribune Juridique*<sup>®</sup>, ainsi que d'un serveur vocal « Floxyfax<sup>®</sup> », permettant l'accès à une bibliographie actualisée.

En matière d'information des patients, le rôle du psychiatre hospitalier n'est pas fondamentalement différent de celui des psychiatres d'exercice libéral. La qualité de l'information donnée au patient n'est rien d'autre que le reflet de la communication nécessaire entre le médecin et son malade pour aboutir à la meilleure qualité des soins possible. Sur un plan clinique, c'est sans doute le minimum requis pour constituer ce que l'on a convenu d'appeler l'alliance thérapeutique. Cependant, en pratique quotidienne, l'information des patients constitue un problème beaucoup plus délicat qu'il ne le semble en théorie. Ainsi, suite à l'adoption de la nouvelle jurisprudence, les psychiatres se retrouvent confrontés à une série de questions qui nécessitent une réflexion approfondie. On pourrait citer plusieurs exemples, en commençant avec celui de l'annonce du diagnostic. Effectivement, si certains diagnostics peuvent être rassurants pour le patient, dans le sens où ils permettent d'organiser un certain nombre de symptômes dans un cadre général (la dépression, l'anxiété, les troubles obsessionnels), ils peuvent être, pour certaines pathologies, inquiétants (schizophrénie) ou blessants (hystérie). Ou encore, dans le cas de psychose stabilisée où, il paraît à la fois légitime et acceptable par le patient qu'on lui dise qu'il est psychotique, celui-ci refuse généralement le diagnostic. La jurisprudence ne s'est pas prononcée pour savoir qui devait délivrer l'information, ce qui pose un problème surtout dans la pratique de l'exercice hospitalier. Le médecin est-il seul tenu à cette obligation ou peut-il déléguer cette fonction à un membre du personnel paramédical ? Une décision sur ce point du Conseil

d'Etat et une éventuelle répartition des tâches de chacun seraient utiles.

La question que l'on doit, également, se poser est de savoir si les éléments précis de l'information doivent figurer par écrit dans le dossier et si leur absence peut être constitutive d'une présomption de carence de la part du médecin ou de l'établissement. Jusqu'à maintenant, la jurisprudence n'a pas exigé un écrit ; elle se rapporte aux modes de preuves habituelles du droit (témoignages, présomptions...), mais une évolution plus formaliste n'est pas exclue. Ensuite, la question de savoir de quel type d'information il serait indiqué de donner à la famille oppose deux notions juridiques fondamentales : celle de l'information et celle du secret professionnel. Il existe un certain nombre de dérogations au secret vis-à-vis de la famille, lorsque la capacité à consentir clairement à ces soins est obérée par la maladie par exemple. Mais les situations qui font l'unanimité sont plutôt rares. Enfin cette dernière question conduit au problème du consentement. Le trouble psychique atteint « l'organe » même du consentement et met en question l'autonomie indispensable à toute prise de décision. Les patients sont-ils suffisamment autonomes pour être capables de consentir ? Voici quelques exemples de problèmes que l'application de la jurisprudence en matière d'information des patients, désormais élargie au secteur public, pose aux psychiatres. Une réflexion plus approfondie est donc nécessaire afin de préserver ou améliorer la qualité de l'acte médical, réflexion amorcée lors de cette conférence-débat. ■

G.M.

\*Conférence de presse-débat organisée par les Laboratoires Solvay-Pharma, à Paris, le 20 avril 2000.

## LIVRES

### Politique de la drogue dans les villes suisses : entre ordre et santé

#### Analyse des conflits de mise en œuvre

Daniel Kübler  
*L'Harmattan*

Après des années de conflits et de débats, la Suisse semble estimer qu'elle a trouvé une réponse au problème de la toxicomanie. Sa politique se fonde sur le modèle des quatre piliers, qui met l'accent autant sur la prévention primaire, la répression du trafic de drogues, les thérapies et les sevrages, que sur la réduction des risques associés à la consommation. Les résultats de trois récentes votations nationales témoignent de la légitimité dont jouit cette politique qui refuse les solutions extrémistes, et mise plutôt sur un équilibre entre la lutte contre l'abus de stupéfiants et l'encadrement social et médical de toxicomanes qui ne sont pas prêts à abandonner la consommation de psychotropes illégaux. Avec un abord conceptuel emprunté à l'analyse des politiques publiques, cet ouvrage examine le processus de construction de la politique actuelle de la drogue en Suisse. L'auteur analyse les luttes liées à la mise en œuvre de services de réduction des risques dans huit villes et montre les conflits d'idées et de pouvoir qui tendent à être minimisés par les éloges du pragmatisme et de la scientificité qui caractérisent la « voie helvétique » en matière de politique de la drogue.

### Médecins et soldats pendant l'expédition d'Égypte (1798-1799)

Jean-Marie Milleliri  
*Bernard Giovanangeli Editeur*

Si l'hygiène englobe l'ensemble des principes et des pratiques tendant à maintenir et à améliorer la santé, l'hygiène des armées s'en distingue par le fait que, res-

treinte à une collectivité organisée, elle applique ses préceptes dans l'optique de garder à ce groupe particulier un état de santé compatible avec ses possibilités opérationnelles. C'est dire que son étude va embrasser l'éventail des activités de l'homme de guerre. Activités au quotidien, où le poids des avis médicaux pèsent sur la vie du combattant : sur son recrutement, son habillement, son alimentation, son hygiène individuelle et collective, dans un souci de sa préservation contre les effets de la campagne militaire, et les maladies. En préambule à l'étude des conditions de vie du soldat pendant la campagne d'Égypte et de Syrie, ce livre examine le cheminement de la pensée hygiéniste jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et donne sur les connaissances acquises en la matière - par la médecine militaire en particulier - un aperçu du bagage scientifique emporté par les médecins en Égypte.

### Quel avenir pour nos retraites ?

Gaël Dupont et Henri Sterdyniak  
*Coll. Repères*

#### La Découverte

Au tournant du millénaire, le niveau de vie des retraités est en France à peu près équivalent à celui des actifs. Le système de retraite qui a permis une performance aussi appréciable semble remis en cause par l'allongement de la durée de vie, la persistance d'un chômage massif et le spectre des fonds de pension. Rédigé en 1999 à la demande du gouvernement de Lionel Jospin, le rapport Charpin sur *L'Avenir de nos retraites* propose un nouvel allongement de la durée de cotisations nécessaire pour obtenir une retraite à taux plein, tout en tenant pour acquis la forte baisse du niveau de vie relatif des retraités déjà induite à terme par les réformes du gouvernement d'Édouard Balladur. Publié dans la série « thèses et débats » de la collection Repères, ce livre est plus qu'un « contre-rapport Charpin ». Il apporte les éléments, pour comprendre que d'autres perspectives sont crédibles. À l'abandon de l'avenir des retraites à la sagacité des sociétés financières et à la réduction drastique du niveau de vie relatif des retraités, il est possible de préférer d'autres choix dont sont présentes les termes et les enjeux.

### Les implicites de la politique familiale

#### Approches historiques, juridiques et politiques

Sous la direction de Michel Chauvière, Monique Sassier, Brigitte Bouquet, Régis Allard, Bruno Ribes  
*Dunod*

Comparée à celle de nos voisins, notre politique familiale passe pour être des plus explicites. Depuis les années vingt, en s'adressant à toute la famille, parfois sans conditions de ressources, elle se distingue des politiques de protection sociale. Son âge d'or court de la fin des années trente aux années soixante-dix. Aujourd'hui, cette orientation est remise en cause ; le consensus politique s'affaiblit, le débat progresse sur l'efficacité et le bien-fondé de cette solidarité familiale trop horizontale. Sous l'égide de Cedias, de l'Unaf et avec l'appui du Groupe d'analyse des politiques publiques, un séminaire d'experts s'est réuni au cours de l'automne 1998 avant qu'un colloque ne rassemble chercheurs et acteurs du champ familial, en avril 1999. Cet ouvrage est issu de ces contributions pour en reprendre le titre : *Les Implicites de la politique familiale*, c'est-à-dire les impensés, les voiles, les questions entrouvertes, les enjeux et arbitrages de l'action publique.

## EPHÈSE : ÉVALUATION CHEZ LE PSYCHOTIQUE DES HABILITÉS SOCIALES ET ENVIRONNEMENTALES\*

Les stratégies proposées actuellement pour réussir la réadaptation sociale des schizophrènes sont diverses. L'introduction d'un atelier informatique multimédia dans le programme des activités conduites au sein de l'hôpital de jour du service du docteur J.P. Lauzel (Paris) a montré que cette initiative pouvait contribuer utilement à la réadaptation des malades mentaux chroniques.

Ceci a conduit à la mise en place d'un protocole d'étude clinique sur l'impact d'un tel atelier informatique sur l'évolution des malades schizophrènes chroniques en voie de réadaptation dans un hôpital de jour. Ce programme, appelé Ephèse, mis en place par les laboratoires Pfizer, est coordonné par Jean-Pierre Olié (Paris) et se déroule sous le patronage d'un comité scientifique incluant Patrice Boyer, Marie-France Poirier et Jean-Pierre Lauzel. Il a été conçu pour une durée d'un an. La même opération se déroule dans 10 centres, incluant en tout 100 patients, pourvus d'une unité fonctionnelle de type hôpital de jour et équipés du même matériel informatique.

Les centres organisent chacun quatre ateliers ouverts pendant deux heures toutes les semaines :

- un atelier de jeux, permettant de mesurer les performances psychomotrices et leur évolution,
- un atelier culturel, permettant une codification de la participation ou du refus des malades regroupés par trois ou quatre devant un CD-Rom,
- un atelier-journal, donnant lieu à un numéro trimestriel,
- un atelier de communication mensuel, permettant l'utilisation d'internet et l'accès à des forums de discussion sur des thèmes communs à l'ensemble des centres.

L'évaluation des résultats de ces ateliers sera mensuelle et portera sur les facteurs témoignant d'une meilleure intégration sociale, comme les performances psychomotrices, les possibilités relationnelles, les capacités d'adaptation sociale, la créativité ou encore l'assouplissement des chaînes cognitives.

Cette étude pourra permettre d'évaluer l'intérêt des implantations d'ateliers informatiques pour des malades dont les possibilités cognitives sont souvent sous-évaluées et qui ne peuvent plus, longtemps, être laissés en marge de la révolution informatique. ■

\* Conférence de presse organisée par les Laboratoires Pfizer à Paris, le 3 mai 2000.

F.C.

## LIVRES

**L'opinion publique et la science****A chacun son ignorance**

Bernadette Bensaude-Vincent

*Les Empêcheurs de penser en rond*

Grâce à une sélection de quelques tableaux rappelant des moments forts de confrontation entre science et public, ce livre propose un parcours de sensibilisation aux rôles de l'opinion dans la conduite des sciences. Il montre que chaque figure de science se dessine et se profile en regard d'une figure correspondante de l'opinion. En particulier, la disqualification de l'opinion est une invention récente qui n'a rien de nécessaire à l'exercice de la science moderne. Si chaque régime de savoir rejoue le partage antique et primitif entre science et opinion et le légitime à sa manière, alors il nous appartient d'inventer une nouvelle figure de l'opinion pour la science de demain.

**La fonction formateur Identités professionnelles - Méthodes pédagogiques - Pratiques de formation**

Joëlle Allouche-Benayoun

Marcel Pariat

*Dunod*

Dans cette deuxième édition les auteurs mettent, à nouveau, en évidence une démarche commune à l'ensemble des métiers de la formation, à travers l'affirmation progressive des rôles professionnels. Ainsi se trouve établie une identité professionnelle spécifique qui concerne autant les formateurs en activité que ceux en cours d'étude. Cet ouvrage rassemble les données pédagogiques et méthodologiques qui permettent aux responsables d'action de formation, dans le cadre des entreprises ou des dispositifs privés ou publics d'accès à l'emploi, d'élaborer leurs pratiques. Les acteurs administratifs et politiques, les formateurs de formateurs y puiseront les éléments théoriques nécessaires à la redéfinition de leurs projets, ainsi qu'à la réflexion nationale engagée en vue de la refonte du système de formation.

**Histoires de vie collective et éducation populaire****Les entretiens de Passay**

Sous la direction de Marie-Jo Coulon

et de Jean-Louis Le Grand

*L'Harmattan*

Dans une culture à projets où il est demandé d'envisager des futurs là où il y a faillite d'un sens collectif, cette opération de production de mémoire collective est une exigence nécessaire dont la réalisation ne va pas de soi. Elle est complexe et polémique. D'où l'intérêt de croiser les apports d'une éducation non scolaire au long cours cherchant à développer les solidarités sociales avec ceux d'une approche centrée sur la construction d'historicité. Du croisement entre histoire de vie et éducation populaire surgit une culture qui se pense et se dit « d'en bas », qui sort des tréfonds du social et du quotidien pour dessiner des lignes de sens, produire des traces, frayer des chemins.

Quinze auteurs de France et du Québec se proposent, dans ce livre, de dégager les dimensions sociales communes d'expériences d'histoires de vie singulières : ancrage mobilisateur dans des collectifs, négociation du choix des média pertinents (oral, écrit, théâtre, vidéo...), construction partenariale des productions, retour dans l'action plus ou moins transformée.

# L'anxiété généralisée\*

Les laboratoires Wyeth-Lederle ont obtenu une nouvelle indication de l'AMM : la prise en charge de l'anxiété généralisée par Effexor LP® (venlafaxine). Cette pathologie peut concerner jusqu'à un quart des consultations en psychiatrie.

**Reconnaître l'anxiété généralisée**

Reconnaître l'entité qu'est l'anxiété généralisée incombe, bien évidemment, au psychiatre, mais aussi au médecin généraliste qui est en première ligne. Longtemps catégorie fourre-tout, l'anxiété généralisée est devenue, cette dernière décennie, un des items de la pathologie anxieuse le plus étudié et de fait le mieux délimité. Sa définition dans le DSM-IV (1996), est plus précise<sup>(1)</sup>. Elle indique que l'anxiété et les soucis excessifs (attente avec appréhension) persistent sur une période d'au moins six mois chez une personne éprouvant de la difficulté à contrôler cette préoccupation. L'accent est mis ainsi sur la chronicité du trouble à l'inverse de l'attaque de panique par exemple. Ne négligeons pas le cortège de symptômes peu spécifiques d'hypervigilance qui peuvent souvent constituer le prétexte à une consultation. *Docteur, je suis fatigué, irritable, je manque de tonus, je dors mal...* sont autant de signes d'appel. Seul un entretien approfondi révélera l'existence d'une perturbation psychique ancienne, parfois pénible à admettre. Certains patients restent une grande partie de leur vie avec ce malaise envahissant, ces tourments irrésolus. Comme le perçoivent les proches : *il s'inquiète pour un rien, mais il a toujours été comme ça...*

Cette surestimation du risque de survenue d'événements négatifs est la réponse de l'anxieux à l'incertitude. Plutôt que de ne pas savoir, il envisage le pire. L'hypothétique et le contingent deviennent une certitude à valeur ajoutée péjorative. Le dépressif voit l'avenir sombre et morose, l'anxieux le perçoit cruel et déchirant. Il se défend des aléas de la vie en inventant ou en adaptant des malheurs imaginaires. On glisse ici de la pathologie vers le trait de caractère, voire le trouble de la personnalité. Les frontières de la maladie sont plus floues. En effet, comment articuler l'anxiété généralisée avec la personnalité anxieuse? Cette situation est parfois d'autant plus équivoque, qu'il y a intrication, par prédisposition, à d'autres affections : la dépression, l'alcoolisme, les phobies sociales... Il importe alors de différencier le trouble primaire du trouble secondaire. Le psychiatre ne peut se contenter de scruter la souffrance intra-psychique de son patient, il doit aussi prendre en compte le retentissement de la maladie sur la vie sociale. Les échelles d'adaptation intègrent un panel de facteurs tels la qualité de la vie professionnelle, l'accès aux loisirs, la teneur des liens familiaux... bref, l'ensemble du tissu relationnel. Cet examen de l'harmonie des contacts est un excellent indicateur du degré de gravité, en particulier dans le registre de la dépression ou de l'anxiété. Ces critères standardisés permettent de retrouver dans la population générale, 15 % de sujets qui souffrent d'un handicap social caractérisé. Ce taux s'élève à 75 % lorsque les échelles sont appliquées à des sous-catégories cibles, comme les patients atteints d'anxiété généralisée<sup>(2)</sup>. Concrètement, on constate un cursus scolaire perturbé dès l'adolescence, plus tard une escalade de l'absentéisme professionnel, un retentissement sur la vie intime...

**Les réponses thérapeutiques**

Selon les références théoriques de chacun, les connaissances, la pratique, le temps ou la

pression du patient, la réponse du thérapeute varie. Elle oscille entre une prescription expéditive non dénuée de risque à une écoute bienveillante et empathique malheureusement inopérante. La première stratégie thérapeutique doit s'inscrire dans une psychothérapie cognitive et comportementale qui trouve ici une de ses meilleures indications. Dans un tel contexte dominé par l'hypervigilance, la relaxation ne peut être que d'un apport déterminant. De nouvelles techniques plus spécifiquement cognitives sont disponibles mais encore peu pratiquées.

Le recours à la pharmacopée intervient après un échec de cette prise en charge et, idéalement, en la poursuivant. Historiquement, plusieurs composés ont été employés. Empiriquement, l'alcool, sous ses multiples aspects, a toujours été le plus usuel et le plus rapide d'action. Peu idéal à long terme, il n'a pas longtemps appartenu à l'arsenal thérapeutique. Les barbituriques ont, eux aussi, eu leur heure de gloire, mais du fait de leur faible index thérapeutique et de leur dangerosité potentielle, ils ont rapidement été suppléés par les benzodiazépines.

Celles-ci constituent un volume de prescription démesuré et sont les grandes favorites auprès de patients sélectifs et éclairés. Leur mode d'action semble de plus en plus complexe au fur et à mesure des avancées des connaissances pharmacologiques. Ces molécules se fixent de manière sélective sur le cortex cérébral et cérébelleux, dans le lobe limbique, les noyaux gris centraux et le tronc cérébral. Elles renforcent sur ces sites l'activité post-synaptique inhibitrice des neurones gaba-ergiques sur les neurones sérotoninergiques ou cholinergiques. L'effet de rebond et de sevrage à l'interruption du traitement rend leur maniement délicat et leur utilisation au long cours demeure prohibée.

Beaucoup d'espairs sont nés d'un produit original, la buspirone, dont la fixation élective sur les récepteurs 5HTA laissait espérer une anxiolyse dénuée de sédation. Les résultats ont été convaincants mais l'importance du délai d'action chez des sujets désireux d'efficacité rapide a limité son utilisation.

Les avancées de ces dernières années dans la connaissance de la neuro-anatomie fonctionnelle ont permis une meilleure appréhension des structures de commande des émotions. Le locus coeruleus est un petit noyau du tronc cérébral qui contient à lui seul 50% des neurones noradrénergiques. Sa stimulation dans des études expérimentales provoque un sentiment de peur, alors que son ablation se traduit par une aréactivité au stress, une incapacité à éprouver de l'anxiété.

Les possibilités d'action sur le système noradrénergique sont doubles : en aval de la synapse par un effet bloqueur ou en amont par une inhibition de la recapture du neurotransmetteur.

Les molécules les plus efficaces en post-synaptique sont les bêta-bloquants dont les qualités anxiolytiques sont bien documentées. Cependant, peu discriminants, leur prescription est trop souvent accompagnée d'un cortège d'effets secondaires périphériques, limitant leur utilisation. Cette sensation d'abattement et de faiblesse ne permet pas un emploi au long cours et restreint les indications à des prises ponctuelles.

Par contre, les efforts de recherche en pré-synaptique ont toujours été menés avec prudence par crainte d'un blocage de la vigilance générale au niveau du système nerveux central. De par l'effet stimulant du système noradrénergique, de son rôle d'adaptation au stress, les neuropharmacologues ont été extrêmement attentifs, voire réticents, à bouleverser un système essentiel à la vie. Regret-

table précaution ! Les investigations du laboratoire Wyeth-Lederle établissent la possibilité d'un résultat spécifique, dénué d'effets latéraux délétères<sup>(2)</sup>. La venlafaxine (Effexor®), par une diminution de la recapture et une inhibition du turn-over de la noradréline, bloque sa néo-synthèse et réduit son stockage. Cette stabilisation du renouvellement des neurotransmetteurs au cœur de la synapse atténue l'hyper-emballement neuronal caractéristique de l'anxiété généralisée. C'est le seul anti-dépresseur à avoir cette indication. La posologie suggérée est de 75mg/jour (deux gélules LP à 37.5 mg en une seule prise).

Tout en étant efficace sur les troubles psychiques induits par la maladie, la molécule n'altère pas la vigilance. Elle préserve ainsi les fonctions cognitives impliquées dans le traitement de l'information telles l'attention ou la mémoire. Les effets indésirables, transitoires dans la majorité des cas, sont fréquemment des sensations vertigineuses, de tête vide, des troubles digestifs, des modifications sensorielles, une perte de l'appétit... L'amélioration clinique est évaluée dans différentes études d'après les critères du DSM, mais aussi avec une redistribution des scores aux échelles d'adaptation sociale. Ce gain est manifeste, même en cas de handicap majeur. Les protocoles apparaissent solides et convaincants avec leur caractère multi-centrique, le nombre considérable de patients inclus et le screening rigoureux, écartant les dépressions chroniques et les attaques de panique.

Ainsi les patients atteints d'anxiété généralisée trouvent une aide non négligeable et voient leur qualité de vie sensiblement améliorée. ■

*En pleine angoisse,  
ne perds jamais l'espoir, car la moelle la  
plus exquise est dans l'os le plus dur\*\**

**Eric Hensgen**

\* Conférence de presse organisée le 23 mai 2000, à Paris par les laboratoires Wyeth Lederle, avec la participation de H. Loo et J.P. Olié, J.P. Lépine, H. Al-lain, J.Ph. Boulenger, P. Boyer

\*\* Poète lyrique persan ( Hafiz ), Extrait de Les Ghazels

**Bibliographie**

(1) American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., (DSM-IV), Washington DC : American Psychiatric Association, 1998.

(2) BOULENGER J.P., *Stratégies thérapeutiques dans l'anxiété généralisée*, Conférence de consensus, Paris, mai 2000.

(3) BOYER P., *Répercussions sociales négatives ou handicap social : une conséquence directe de l'anxiété généralisée*, Conférence de consensus, Paris, mai 2000.

**Organisation logistique et technique à l'hôpital**

Younès Benanteur, Raphaël

Rollinger et Jean-Luc Saillour

*Editions ENSP*

Ce livre part du constat que les cultures logistiques et techniques demeurent insuffisamment développées à l'hôpital et qu'il était urgent d'adapter les méthodes éprouvées par le secteur industriel, tout en les simplifiant. Après avoir décrit les problématiques en termes de qualité, de sécurité, de coûts ou encore de délais, les auteurs évoquent les différents outils stratégiques, opérationnels, ceux spécifiques aux fonctions logistiques. Ils consacrent, ensuite, un chapitre à la maintenance et un autre aux fonctions techniques. S'appuyant sur des exemples concrets, ils consacrent une dernière partie aux voies et moyens d'une mobilisation du personnel dans ce secteur « trop souvent dévalorisé ».

L'objectif du symposium « *Psychoses : Nouveaux enjeux* » organisé à Monaco au mois de mars 2000 par les laboratoires Janssen-Cilag était d'envisager les aspects de la prise en charge des psychoses chroniques, du premier épisode à la stabilisation.

Plusieurs d'entre eux ont été particulièrement détaillés, tels que :

- l'intérêt de l'utilisation des nouveaux antipsychotiques tant sur le plan thérapeutique, du fait d'une meilleure tolérance, que sur le plan économique (Dr. R. Procyshyn), et les critères de choix de ces traitements aux profils diversifiés,
- la prise en considération de symptômes prodromiques dont la question est de savoir s'il faut traiter ou non à cette phase,
- les critères de stabilisation et les facteurs de l'évolution à moyen et long terme des schizophrénies.

### Intérêt de l'utilisation des nouveaux antipsychotiques

Les nouveaux enjeux de la prise en charge sont multiples, et plus ambitieux (Pr. P. Boyer). Parmi ces enjeux, on peut citer les plus importants.

- Améliorer l'efficacité antipsychotique. Les nouveaux antipsychotiques présentent une efficacité au moins égale sur la symptomatologie psychotique globale avec, pour certaines études, un pourcentage plus élevé de répondants aux échelles de psychopathologie générale et de symptomatologie positive.

- Améliorer la tolérance. Les nouveaux antipsychotiques réduisent de façon considérable les symptômes extra-pyramidaux, donc le risque de dyskinésies tardives, l'alcathisie et l'hyperprolactinémie.

- Améliorer l'observance en améliorant la tolérance. Les antipsychotiques répondent à cet enjeu malgré le risque possible de gain pondéral pour certains d'entre eux lors de leurs prescription. Ce gain pondéral, plus important les six premiers mois de traitement, est variable suivant les traitements (clozapine>zotépine>olanzapine>chlorpromazine>rispéridone>halopéridol).

- Réduire les symptômes positifs et négatifs. Les antipsychotiques semblent améliorer la symptomatologie négative secondaire, en réduisant la symptomatologie positive avec une faible incidence d'effets extra-pyramidaux.

- Améliorer les fonctions cognitives dont les perturbations préexistent souvent à l'apparition des premiers épisodes et conditionnent les possibilités d'adaptation sociale et l'évolution à long terme. Les antipsychotiques améliorent le fluence verbale, les fonctions exécutives, la mémoire de travail verbale et la mémoire et la mémoire secondaire.

- Modifier l'évolution naturelle de la maladie avec le maintien d'un traitement de longue durée, ce qui est envisageable avec les antipsychotiques du fait de leur meilleure tolérance (Pr. S. Kasper).

- Diminuer le risque suicidaire, souvent lié en grande partie à la dépression. Les antipsychotiques, du fait de leur effet antidépresseur propre, pourraient avoir des conséquences importantes sur le pronostic.

- Traiter les formes résistantes.

- Améliorer la qualité de vie, favoriser la ré-

## « Psychoses : nouveaux enjeux »

### Du premier épisode au suivi de long cours

insertion sociale.

L'utilisation des nouveaux antipsychotiques apparaît donc justifiée en première intention (Pr. L. Kopala). Ils sont associés préférentiellement à des benzodiazépines lors d'agitations et d'anxiété associées. Lors de la prise en charge d'un premier épisode, le choix du traitement est cependant fonction de l'anamnèse détaillée de la part de la famille, de la dangérosité du patient pour lui-même et pour autrui, de sa capacité à consentir aux soins, et de ses troubles cognitifs. Les doses requises sont souvent plus faibles. Le soutien social est essentiel à préserver. L'éducation du patient, des mesures de réhabilitation psychosociales sont également importantes afin de maintenir un traitement et un suivi alors que les symptômes ont en général complètement regressé dans les six premiers mois qui suivent l'accès.

### Faut-il traiter les symptômes prodromiques ?

Des symptômes d'apparition très insidieuse entre deux et cinq ans sont présents chez la plupart des patients. Ils sont difficiles à distinguer cliniquement. Cependant, ils favorisent le développement d'inaptitudes sociales, bien que le patient n'apparaisse pas handicapé dans son comportement. Les symptômes prodromiques sont de trois types : les symptômes psychotiques brefs intermittants, les symptômes positifs atténués, les patients à risque génétique (Pr. T. Mc Glashan). Ces symptômes, que l'on ne peut pas attribuer à un changement extérieur au sujet, sont les suivants : des changements récents chez le patient tels que des difficultés à travailler ou à étudier, des difficultés à penser clairement, des troubles de compréhension de ce que les autres disent, un sentiment d'identité confuse ou de se sentir suspect ou encore angoissé, déprimé, fatigué, le fait de percevoir ce que les autres ne voient pas ou de préférer rester seuls. Selon le Pr. T. Mc Glashan, il faut au moins trois de ces signes pour avoir un risque de développer une psychose. Leur repérage permettrait peut-être d'éviter un épisode psychotique aigu, surtout chez l'adolescent, donc une hospitalisation lourde, et de stabiliser certains symptômes prémorbides. Une étude randomisée avec 59 patients, sur douze mois, réalisée par le Pr. P. Mc Gorry et coll. en Australie a comparé trois groupes d'individus à haut risque (antécédent familial avec un parent au premier degré schizophrène et score à l'échelle GAF -Global Assessment Functioning- diminuée de 30 points, symptômes psychotiques limites pendant plus d'une semaine à l'échelle BPRS, psychose à minima avec indication à un traitement neuroleptique pendant une semaine) avec un groupe contrôle. Dans le groupe des patients tous les traitements spécifiques (faibles doses d'antipsychotiques, thérapie cognitive, entretiens familiaux) ont été utilisés alors que le groupe contrôle recevait un traitement pour tout symptôme non psychotique et bénéficiait de psychothérapie. Les traitements furent administrés pendant 6 mois et les patients suivis au total sur douze mois. Une proportion significativement plus importante a évolué vers la psychose chez le groupe contrôle (35,7%) et les sujets ayant précédemment interrompu leur traitement (15,4%) que chez les patients compliants.

### L'avenir d'un patient

### psychotique

L'évolution naturelle de la schizophrénie a été décrite comme hétérogène (Pr. S. Dolfus). La schizophrénie est souvent une maladie chronique évoluant sur toute une vie, dont le pronostic peut être sévère du fait d'un risque de suicide élevé, et d'une comorbidité importante de maladies physiques. Le pronostic ne s'aggrave pas à long terme. En effet, la maladie présente une stabilisation en plateau au bout de cinq ans environ. Seul un sous-groupe évolue vers une détérioration accrue (Pr. T. Mc Glashan). L'intérêt d'identifier un tel sous-type de patients déficitaires est d'individualiser les symptômes négatifs primaires des symptômes négatifs secondaires pour la compréhension des dysfonctionnements cognitifs et physiopathologiques.

Certains indices sont pertinents pour prédire l'évolution de la maladie (Pr; O. Blin, Pr. M.-C. Hardy-Bayle) : la mortalité, la morbidité (rechutes précoces, devenir à long terme), l'information tant pour le patient que pour l'entourage. Les facteurs prédictifs positifs sont biologiques (génétiques, neuropathologiques, neurohormonaux et physiologiques), psychosociaux (personnalité prémorbide, comportement antisocial, durée des hospitalisations, histoire psychiatrique familiale), affectifs et émotionnels, ainsi que pharmacologiques (durée de la psychose non traitée, réponse initiale au traitement, réponse au traitement, observance). L'information claire et appropriée au patient et à sa famille est non seulement un devoir (code de déontologie de 1995), mais favoriserait une meilleure adhésion aux soins en permettant de mieux faire comprendre l'hétérogénéité de la maladie (Dr. J.C. Pascal, Dr. B. Lachaux).

Une approche dimensionnelle (dimensions positive, négative, dépressive, maniaque, désorganisée) et la détermination de facteurs de risque permet une meilleure compréhension de l'évolution naturelle des psychoses affectives et schizophréniques (Pr. J. Van Os). Cela permet de différencier la phase prodromique de la notion de vulnérabilité où des patients présentant des facteurs de risque vont développer une psychose sous l'effet de facteurs extérieurs. Elle présente aussi une implication thérapeutique pour la prévention primaire et la prévention secondaire (Pr. M. Walter) avec la question de savoir s'il faut traiter les facteurs de risque chez des sujets ne présentant pas de symptômes ou des symptômes peu spécifiques chez des sujets sans facteurs de risque. De plus, cette modalité d'approche soulève un autre problème éthique qui concerne alors l'annonce d'un diagnostic de psychose chez des patients peu symptomatiques.

Un aspect tout aussi important est celui du maintien du traitement à long terme (Pr. F. Glick). Si les antipsychotiques paraissent aussi efficaces que les neuroleptiques classiques à court terme, qu'en est-il de leur efficacité à long terme ? Une étude multicentrique, randomisée, en double-aveugle rispéridone (4mg/j) versus halopéridol (10mg/j) a été réalisée chez 365 patients avec un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif, dans le but de comparer l'efficacité à long terme des deux médicaments chez les patients stabilisés. Les critères de rechute étaient la réhospitalisation, une augmentation du score de la PANSS de 25%, un comportement autoagressif délébé ou hétéroagressif, une idéation suicidaire. La rispéridone fut significativement

supérieure à l'halopéridol à un an (taux de rechute respectivement 23% vs 35%) avec une amélioration significative du score total de la PANSS, et, en particulier, des facteurs positifs, négatifs, de par au moins un des critères suivants : la pensée désorganisée, et de l'anxiété/dépression) mais avec une prise de poids supérieure à l'halopéridol (2,27 Kg en moyenne en fin d'étude). Selon une autre étude réalisée par Dr. R.-H. Bouchard et coll. portant sur 184 patients randomisés soit dans le groupe rispéridone, soit dans le groupe neuroleptiques classiques, la supériorité de la rispéridone disparaît lors de l'utilisation de doses supérieures à 6mg/j. Celle-ci est nette à partir de 3 mois (15%) et passe à 30% à 12 mois. Une troisième étude portant sur les effets cognitifs à long terme a été réalisée par le Pr. P. Harvey et coll., sur 281 patients randomisés schizophrènes cliniquement stables, traités soit par rispéridone soit par halopéridol. Les patients étaient examinés à 16 semaines et à 52 semaines. 48% de patients traités par la rispéridone montraient une amélioration significative de la coordination motrice, de l'attention, de la mémoire immédiate et secondaire, et des capacités d'apprentissage.

### Conclusion

Le choix d'un médicament est fonction de l'expérience clinique. Il repose sur l'équilibre bénéfique/risque pour chaque patient au coût le

### LIVRES

#### Drogue et pouvoirs : du Mexique aux paradis

Jean Rivelolo  
Préface de Pierre Salama  
L'Harmattan

Au Mexique, puissance tampon entre le Nord et le Sud, l'activité du trafic de drogue constitue une rente lucrative : la majeure partie de la drogue qui entre aux Etats-Unis transite par le Mexique ou bien y est produite. A partir des années 1980, sous l'effet de la mise en application des politiques libérales, l'Etat de droit a continué à être minimisé pour favoriser la rentabilité économique et l'ouverture aux marchés externes ; simultanément, le trafic de drogue a bénéficié d'une tolérance accrue : intégrée politiquement, cette activité fut protégée institutionnellement, récupérée économiquement et légitimée socialement. Son enracinement favorise l'établissement d'un développement de substitution censé réduire la pauvreté.

Ce livre montre comment un Etat clientéliste oligarchique, populiste et nationaliste, facteur de stabilité politique, a constitué une illégalité instituée, en promouvant l'usage de la violence et de la corruption.

#### Jacques Hassoun Che vuoi ?

Revue de Psychanalyse, n°12

Pour rendre hommage à celui qui fut l'un des cinq membres fondateurs du Cercle freudien et a participé activement à son premier comité de rédaction, la revue *Che vuoi ?* a choisi de consacrer un numéro à ses écrits. Jacques Hassoun se déclarait psychanalyste et écrivain et il n'était pas moins important à ses yeux d'être membre de la Société des gens de lettres que d'une association d'analystes. Les textes réunis indiquent que la transmission, selon lui, ne pouvait être séparée de la transcription. Son parcours d'écriture est indissociable de ses trajets dans le politique et dans le psychanalytique.

## LIVRES

**Voir Hélène en toute femme**

Texte de Barbara Cassin

Illustration de Maurice Matieu

*Les Empêcheurs penser en rond*

Le titre doit être compris ainsi : « *Voir Hélène en toute femme* », dit Méphistophélès à Faust : Hélène, la/une femme. La trame consiste à nouer, en textes et en images, le passé mythique, l'Hélène d'Homère ou de Gorgias, chienne et souveraine, la plus innocente des coupables, celle de Quintus de Smyrne et des vases, qui ouvre son manteau et fait tomber les glaives, à ses usages présents, modernes et contemporains, de Ronsard ou Shakespeare à Offenbach, Hoffmannsthal ou Giraudoux. Au centre, le rapport entre le mot et la chose, à partir de la duplication-duplicité d'Hélène mise en scène par Euripide : tandis qu'Hélène intacte, la femme de Ménélas, l'attendait en Egypte, c'est pour un *eidolon*, un fantôme, que les Grecs sont morts devant Troie ; seul le nom d'Hélène, « *Celle qui ravit* », une concrétion de souffle, montait sur les remparts. Où l'on voit, contre Platon, que la chose est bien moins réelle que le mot, puisqu'elle a moins d'effet. Par là s'engage toute une réflexion sur la voix, la séduction, le désir, *logos, pharmakon, agalma* : la sexualité féminine, le long de textes qui vont d'Homère à Lacan, via quelques grands avatars, depuis Marie-Madeleine, putain et docteur de l'Eglise, jusqu'aux poupées gonflables.

**Outsiders****Études de sociologie de la déviance**

Howard S. Becker

*Editions A.M. Métailié*

Ce livre a renouvelé l'approche de la délinquance en constituant un objet d'étude plus vaste, la déviance, qui inclut des comportements non conventionnels comme ceux des fumeurs de marijuana et des musiciens de jazz. Cette approche consiste à prendre en compte à la fois le point de vue des déviants et celui des entrepreneurs de morale comme des agents de la répression. Exemple convaincant d'application de la méthode ethnographique à l'étude des sociétés modernes, cet ouvrage, de Becker est, comme *Asiles* de Goffman, représentatif d'un des courants de la sociologie américaine, connu sous le nom « d'école de Chicago » puis « d'interactionnisme symbolique ». Réédité aux États-Unis, *Outsiders* est devenu un des principaux ouvrages de référence de la sociologie américaine. Dans la postface écrite pour l'édition française, l'auteur analyse les raisons du succès de son livre.

**L'enfant et le droit****Une autonomie sous surveillance**

Marcelle Bongrain

Erès

Cet ouvrage s'inspire des demandes reçues dans le cadre de la *Maison de droits de l'enfant*, association au service des enfants et des familles en quête d'informations juridiques, d'écoute et de conseils. Sous forme de questions-réponses, il apporte des éléments d'information sur les droits et les devoirs de l'enfant mineur. L'évolution des mœurs, une société plus permissive, l'éclatement des couples, l'apparition de nouveaux schémas familiaux (monoparentalité, famille recomposée, nouvelle parentalité) ont des répercussions sur le statut de l'enfant. Sa reconnaissance comme sujet de droit a amené les adultes à se soucier de sa protection, le recours à l'autorité judiciaire s'en est trouvé renforcé et l'immixtion du juge dans les familles accrue.

# Article 122-1 Etat des lieux

La pratique de la psychiatrie en milieu carcéral qui s'est développée depuis les années 80, a permis de constater un accroissement des pathologies psychiatriques lourdes. Cet accroissement apparaît plus comme un ressenti des équipes de psychiatres travaillant en prisons que résultant de constatations épidémiologiques précises. Ce sentiment nous a interpellés lors de notre passage au Service Médico-Psychologique Régional de la Maison d'arrêt des Beaumettes à Marseille et nous avons voulu nous pencher, plus avant, sur les données chiffrées concernant les sujets incarcérés présentant des troubles mentaux.

Ce travail va s'articuler selon trois directions :

- une approche du cadre légal de la responsabilité pénale,
- l'apport de données chiffrées de 1994 à 1999 concernant les psychotiques pris en charge sur l'unité d'hospitalisation du SMPR des Beaumettes,
- une discussion à partir des éléments chiffrés avec une tentative d'approche de la « politique » à la française de résolution des problèmes posés par les infractions commises par les sujets présentant une pathologie psychiatrique.

**Cadre légal**

« *Il est de tradition dans les lois de la cité de laisser la folie étrangère à la justice des hommes* »<sup>(8)</sup>. La question de la responsabilité pénale des criminels « déments » ou « aliénés » a fait l'objet de l'article 64 dans le Code Pénal de 1810. Tel qu'il était formulé, l'article 64 ne laissait aucun doute quant à l'esprit qui avait animé sa lettre : « *Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister* ».

Plusieurs remarques s'imposent, remarques qui ont d'ailleurs été prises en compte lors de la refonte du Code Pénal en 1992 et sa mise en place en 1994 :

- la notion de démence est un peu désuète dans le contexte de la psychiatrie actuelle. Elle sera remplacée par celle de trouble psychique ou neuro-psychique ;
- la notion d'irresponsabilité pénale implique la non punissabilité, mais qu'en est-il de l'existence de l'infraction ? « *Il n'y a ni crime ni délit* », disait la loi. Le travail de réparation<sup>(9)</sup> s'avérait impossible pour ceux qui bénéficiaient de la clémence des juges, clémence telle qu'elle annulait le crime, mais au prix de difficultés pour ceux des malades à s'inscrire dans le réel, dans la réalité des faits commis et de travailler avec cette réalité. Le deuil du processus psychopathologique qui avait conduit le sujet au crime ne pouvait avoir lieu puisque n'était pas reconnu l'acte lui-même.

L'irresponsabilité pénale, mais aussi civile, et la victime ne pouvait obtenir réparation du préjudice subi. Pas d'infraction, pas de préjudice, étrange façon d'envisager l'acte délictuel ou criminel. Il est apparu à beaucoup nécessaire de réformer l'article 64. Dans le Code Pénal de 1992, l'article 122-1 est le résultat de ce que certains considèrent comme une réforme et d'autres un simple « toilettage » du texte. Il comporte deux alinéas :

- l'alinéa 1 établit l'irresponsabilité par l'existence d'un trouble ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes,
- l'alinéa 2 établit la possibilité d'une altération (et non d'une abolition) du discernement ou du contrôle de ses actes. Il précise que la juridiction devra tenir compte de cette

circonstance quant à la détermination de la peine et de son régime. On remarquera qu'il ne précise pas de quelle façon la juridiction doit en tenir compte. S'agit-il d'une circonstance atténuante ou d'une circonstance aggravante ?

La tendance actuelle des jurys populaires est à la sévérité et au renforcement des sanctions. Lorsqu'un prévenu est jugé fou mais responsable, la sanction s'avère plus sévère. Ce glissement de la loi est d'autant plus regrettable que l'alinéa 2 introduisait une possibilité de nuancer le jugement, contrairement à l'article 64 qui n'offrait, lui, en vertu de la loi du tout ou du rien, aucune alternative.

**Données chiffrées**

Pour Benezech<sup>(2)</sup>, la tendance à la responsabilisation est antérieure à la réforme du Code Pénal. Il note en particulier une chute de 50% environ en quatre ans :

- 968 irresponsabilisés en 1984,
- 528 irresponsabilisés en 1985,
- 518 irresponsabilisés en 1986,
- 488 irresponsabilisés en 1987.

Dans une communication récente lors de la journée régionale du SMPR de Marseille, le 3 juin 1999, Broca<sup>(3)</sup> évoquait l'infime pourcentage actuel d'irresponsabilisation, de l'ordre de 0,2% par rapport au 6,3% retrouvé il y a une décennie. La conséquence de cette évolution se traduit par l'accroissement du nombre de malades mentaux incarcérés. Pour illustrer notre propos, nous avons dégagé sur les cinq dernières années, à partir de l'année 1994, parmi les patients pris en charge à temps plein au SMPR des Beaumettes, ceux qui présentaient un diagnostic de trouble psychotique : les pathologies concernées correspondant aux codes F20, F22 et F25 de la CIM 10.

Parallèlement, nous avons étudié le taux d'irresponsabilisation au titre de l'article 122-1 alinéa 1 parmi ces patients. A noter que l'année 1999 n'a été prise en compte que jusqu'au 01/10/99.

Année	Nombre de patients hospitalisés	Nombre de patients psychotiques		Article 122-1	
1994	159	33	20,7%	7	21,2%
1995	182	37	20,5%	8	21,6%
1996	180	43	23,8%	9	20,9%
1997	172	44	25,5%	2	4,5%
1998	191	85	44,5%	5	5,8%
1999 (->1er oct 99)	153	57	37,2%	2	3,5%

La figure ci-dessus résume les chiffres retrouvés. Le pourcentage de patients présentant un trouble psychotique parmi les patients admis au SMPR passe de 20,7% en 1994 à 44,5% en 1998 (et 37,2% en 1999, année non prise en compte dans sa globalité), soit une hausse de près de 25% en quatre ans.

Si on dégage le nombre de patients psychotiques irresponsabilisés, on se rend compte que, si en nombre absolu, les chiffres semblent peu varier (7 en 1994, 5 en 1998), l'examen des pourcentages témoigne par contre d'une variation bien plus conséquente. En effet, les pourcentages tiennent compte du nombre de patients admis au SMPR qui est en augmentation constante. De ce fait, le chiffre passe de 21,2% en 1994, à 5,8% en 1998, soit près de quatre fois moins. Le fléchissement est franc à partir de l'année 97, on peut parler de cassure avec un score de seulement 4,5% d'irresponsabilisation contre 20,9% l'année précédente.

Ces chiffres appellent quelques commentaires.

**Discussion**

La tendance à l'accentuation de la responsabilisation des malades mentaux et, par voie de conséquence, leur entrée en nombre dans la prison, telle qu'en témoigne l'évolution des chiffres, va de pair avec l'évolution de la société face à l'insécurité. La folie effraie du fait de la part de dangérosité, d'inconnu, d'incontrôlable. La société se protège de celui qui ne jouit pas de toutes ses facultés mentales. Même si, un peu paradoxalement, on notera que l'irresponsabilisation du criminel, surtout si le crime est particulièrement insoutenable, peut avoir un effet quasi « rassurant », en favorisant une mise à distance de l'effroyable.

Le désir sécuritaire de nos sociétés occidentales est à la mesure de l'accentuation de la délinquance. Alors que la peine capitale était abolie en 1981, le désir d'irréversibilité des peines, en particulier de la réclusion criminelle à perpétuité, s'est fait jour. La société est devenue intolérante à la transgression. Certains types de transgression (transgression sexuelle par exemple), soulèvent, plus particulièrement, d'aversion et de rejet, et suscitent un désir de sanction plus sévère. Ainsi, D. Glezer<sup>(5)</sup>, dans une communication récente, soulignait que les pervers ont été les premiers à échapper à l'irresponsabilité pénale. En matière de trouble psychotique, l'évolution des pratiques expertales s'est faite parallèlement à l'évolution de la prise en charge des malades.

« L'ouverture » des hôpitaux psychiatriques a permis aux malades mentaux de retourner dans la cité. Mais ce retour s'accompagnait de la confrontation aux lois, aux règles de la cité et aux risques de les transgresser, d'autant que la politique de secteur, qui devait, a priori, œuvrer au plus près des malades mentaux, s'est heurtée à la misère sociale qui ouvre la voie de la délinquance. Mais la confrontation aux règles consenties par l'ensemble des citoyens réinscrit le sujet dans un statut de personne « responsable » puisque responsabilisable. Peut-on accorder une valeur thérapeutique à l'usage de la responsabilisation pénale ? Du point de vue de la vic-

time, la sanction fait acte de réparation tant au plan matériel que « symbolique » puisque le criminel paye le prix de son acte<sup>(1)</sup>.

Lorsque le criminel est irresponsabilisé, la réaction habituelle du citoyen est de penser que la Justice est faible et qu'elle excuse facilement le crime, nonobstant le fait que le criminel irresponsabilisé vit alors un autre type d'enfermement, celui de l'hôpital psychiatrique et de l'hospitalisation d'office. Les nouvelles dispositions pénales n'annulent pas, nous l'avons vu, le crime.

Irresponsabiliser revient à renvoyer le malade psychiatrique à l'asile.

Existe-t-il une mesure idéale en matière de sanction pénale à l'encontre des malades mentaux ? Pour certains<sup>(7)</sup>, la disposition idéale correspondrait à l'alinéa 2 de l'article 122-1. La responsabilité du sujet serait inversement proportionnelle à l'atteinte de son discernement (reprise de la circulaire Chamblé du 12 décembre 1905, où il est fait mention de la dangérosité du malade mental au regard de la réadaptabilité et de l'accessibilité

à la sanction, c'est-à-dire de sa capacité pénale). L'émergence de la conscience du crime laisse la place à la culpabilité et à la réparation au travers de la condamnation. Cela suppose donc le bénéfice de circonstances atténuantes, ce qui, du fait de l'ambiguïté de l'énoncé de la loi, n'est pas le cas actuellement, nous l'avons déjà souligné.

Sur le plan pratique et sanitaire, la responsabilisation se traduit par l'augmentation du nombre de malades mentaux dans les prisons et le vécu carcéral a un effet délétère sur l'évolution de ces patients (en rapport avec les effets dépersonnalisants et régressifs de l'univers carcéral), même si, depuis la loi de janvier 1994 portant mention de la prise en charge psychiatrique en prison, la stratégie thérapeutique est facilitée par le travail des SMPR et celui des équipes soignantes de secteur psychiatrique, du moins dans les Maisons d'Arret, car la prise en charge dans les établissements de longue peine est réduit généralement à une unique vacation par semaine. En l'état actuel, il appartient aux experts psychiatriques de juger, alors qu'il conviendrait que ce soient les juristes qui décident de la responsabilité des prévenus au vu de l'éclairage apporté par l'expertise. Au terme de ce travail, nous constatons que la prise en charge en milieu carcéral des malades mentaux s'inscrit au cœur même d'un problème de société. Les juristes d'un côté, défenseurs de la société et désireux de faire soigner ceux qui en transgressent les lois fondamentales, les psychiatres de l'autre, qui souhaitent que la condamnation s'inscrive comme mesure thérapeutique et limite l'exclusion du malade mental de la société.

Mais la prison n'est pas l'hôpital, et les psychiatres qui exercent en milieu carcéral<sup>(4)</sup> sont confrontés, tous les jours, aux problèmes éthiques, en particulier liés aux consentements aux soins, posés par la prise en charge des psychotiques incarcérés. Mangin-Lazarus<sup>(6)</sup> dénonçait déjà les travers de l'intrication psychiatrie/justice avec, pour conséquence, un crime non plus qualifié « au nom de la loi », mais « au nom de la science ». ■

**Frédérique Brignoli-Simon\***

\*HIA Sainte-Anne, Service de Psychiatrie, 83800 Toulon-Naval.

Prix de la communication présenté au 97ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française à Fort-de-France du 5 au 10 décembre 1999 dans le cadre du Prix Lilly de Premières Communications.

## Bibliographie

- (1) AZAS G., *De l'article 122-1 et de la prison...*, Mémoire du diplôme universitaire relatif à l'application des incidences medico-légales de la pathologie psychiatrique, Marseille, 1999.
- (2) BENEZECH M., *Des actuels mésusages de l'article 64 du Code Pénal, sur la démence au temps de l'action*, Annales Médico-Psychologiques, 1989, 147, 7, 738-741.
- (3) BROCA, *Ethiques des pratiques alternatives à l'incarcération*, Communication à la journée Régionale SMPR de Marseille, 3 juin 1999.
- (4) CHABANNES J.M., SCIORATO F., AZAS G., PAULET C., GIRAVALLI P., GLEZER D., *Risque éthique : milieu pénitentiaire et hospitalisation d'office*, XVI<sup>e</sup> journée de l'Information Psychiatrique, Annecy, octobre 1996, Atelier n°8.
- (5) GLEZER D., *Appréciation actuelle de l'irresponsabilité pénale*, Communication à la journée Régionale SMPR de Marseille, 3 juin 1999.
- (6) MANGIN-LAZARUS C., *De l'article 64 à l'article 122-1 du Code Pénal*, Nervure, 1993, 6, 2, 76-79.
- (7) SCHERRER P., *Responsabilité et responsabilisation du malade mental*, Annales médico-psychologiques, 1990, 148, 7, 635-638.
- (8) SUSINI M.L., *Responsabilité et article 64*, Information Psychiatrique, 1991, 4, 323-325.
- (9) VIGNAT J.P., *A propos de la réforme de l'article 64*, Nervure, 1992, 5, 2, 75-76.

Pour la troisième année consécutive, Sano-Synthelabo a organisé le 8 juin dernier une vidéotransmission, reliant 25 villes françaises par satellite au studio 102 de la Maison de la Radio. Plusieurs centaines de psychiatres pouvaient ainsi suivre les reportages tournés trois semaines plus tôt à Chicago, et entendre les commentaires des professeurs Allilaire, Bouvard, Dalery et des docteurs Allain, Leguay et Petitjean ; ils pouvaient aussi intervenir en posant en direct leurs questions aux intervenants par le service SVP. Les thèmes privilégiés étaient la schizophrénie et les troubles bipolaires.

## Traitement préventif ou traitement précoce dans la schizophrénie ?

Il semble désormais possible d'identifier cliniquement les personnes à haut risque de présenter un épisode psychotique avant même la survenue de cet épisode ; selon P. Mac Gorry (Melbourne), le traitement, dès la phase prodromale, retarderait ou même préviendrait l'apparition des troubles tant que le traitement est poursuivi. Faut-il alors traiter avant le déclenchement de la maladie ? C'est prématuré, affirme J. Dalery et M. Bouvard ; il existe, certes, avant l'écllosion de la maladie, des troubles cognitifs mineurs, témoins d'un trouble neuro-développemental, mais ces signes ne sont pas spécifiques, et il faudrait d'autres études pour mieux évaluer les risques de décompensation psychotique. Par contre, il faut éviter le délai souvent long, entre les premiers signes et le traitement : la réponse clinique est moins bonne, et le pronostic social est aggravé. Les nouveaux antipsychotiques présentent beaucoup d'intérêt dans le traitement des déficits cognitifs ; traiter tôt évite les signes négatifs importants et la désadaptation sociale. Il est donc souhaitable de former les médecins, et d'éduquer le public pour identifier précocement les troubles comportementaux et minimiser la désocialisation.

D'autres aspects de la schizophrénie ont retenu l'attention.

En ce qui concerne la recherche fondamentale, la diminution de la fonction glutamatergique au niveau du cortex cingulaire antérieur pourrait être le phénomène physiopatholo-

## L'APA à la loupe : analyse et regard critique sur le 153<sup>ème</sup> congrès de l'American Psychiatric Association

gique opérant dans les symptômes positifs de la schizophrénie ; le lien avec les dysfonctionnements dopaminergiques reste à préciser. En matière d'économie de la santé, le coût des nouveaux antipsychotiques doit être rapporté à une analyse globale : s'ils sont plus chers à l'achat, ils permettent des économies sur d'autres lignes budgétaires, plus en aval dans le dispositif de soins ; ces médicaments représenteraient 5% des coûts directs de la maladie, mais ils auraient un effet bien plus important sur les coûts indirects (insertion, emploi,...).

## Les troubles bipolaires

La prévalence de ces troubles est sous-estimée : au-delà des formes de type 1 et 2 (1% de la population), l'ensemble du spectre de la maladie bipolaire représenterait 5 à 6% de la population.

La comorbidité liée aux troubles bipolaires est un enjeu essentiel, notamment la dépendance à l'alcool. Près de la moitié de ces patients ont un problème d'abus d'alcool, aggravant les troubles bipolaires (début plus précoce, fréquence des états mixtes, amélioration plus lente, rechutes plus rapides, mauvaise compliance thérapeutique). On retient aussi la fréquence des troubles du contrôle des impulsions, les addictions (jeu pathologique, kleptomanie, trichotillomanie, paraphilies ou addictions sexuelles). Classiquement, on considérait que les troubles bipolaires faisaient le lit de l'alcoolisme ; mais, explique J.F. Allilaire, l'alcoolisation peut elle-même déclencher ou aggraver un trouble bipolaire, par un phénomène de sensibilisation. Enfin, il faut considérer une possible diathèse commune, qui peut être génétique et environnementale, avec une intolérance particulière au stress.

La meilleure connaissance des formes cliniques du trouble bipolaire amène à reconsidérer l'approche thérapeutique ; 50% des états

dépressifs majeurs évoluent vers des troubles bipolaires ; il est préférable d'éviter alors les antidépresseurs en première intention, et de favoriser les thymorégulateurs, sans oublier les sismothérapies dans les épisodes mélancoliques. Le traitement des états mixtes fait aussi appel aux thymorégulateurs (seuls le lithium ou les sels de l'acide valproïque), et aux anticonvulsivants. Dans les cas de comorbidité, le lithium n'est pas très efficace ; les anticonvulsivants semblent, là aussi, plus intéressants. Quant au traitement des épisodes initiaux aigus atypiques (lorsque l'on hésite entre manie ou schizophrénie), la pratique nouvelle ces dernières années n'est plus de traiter par des neuroleptiques ; il convient d'éviter les choix thérapeutiques qui masqueraient une évolutivité possible dans un sens ou dans l'autre.

On note, enfin, le coût élevé de la maladie bipolaire : 30% est lié aux coûts directs du traitement, et 70% aux coûts indirects : pertes de salaire (chômage, salaires plus faibles chez ces patients), mortalité par suicide plus élevée, comorbidités,...

Cette soirée s'est achevée avec quelques comparaisons sur l'organisation des soins psychiatriques en France et aux USA.

Les recommandations dans le traitement des schizophrènes convergent de chaque côté de l'Atlantique : utilisation de la monothérapie neuroleptique, démarches psycho-éducatives pour le patient et sa famille, par exemple. L'intérêt américain pour notre organisation de la continuité des soins et la facilitation de l'accès aux soins a été remarqué. Enfin, l'évolution des urgences psychiatriques est semblable en Europe, liée à la violence, aux toxiques, et à la désinstitutionnalisation : la fermeture des hôpitaux n'est pas assez accompagnée de l'ouverture de structures ambulatoires ; le « managed care » présente des dangers cliniques et éthiques dont il faut se défier... ■

**Philippe Carrière**

## LIVRES

### Psychiatrie légale

Y. Tyrode, S. Bourcet, D. Bouriche  
*Ellipses*

Droit et Psychiatrie sont liés par essence, c'est l'une des spécificités de la pratique de cette discipline médicale. Or, depuis plusieurs années, les thèmes du respect des libertés individuelles et de la protection des droits de chacun sont au centre des préoccupations. La prise en compte de ces éléments s'est vue formalisée dans la rédaction de la « loi de 90 » qui implique l'intervention des acteurs de santé, psychiatres et généralistes, mais, plus largement, peut concerner les administratifs, les assistants sociaux, les juristes. Les auteurs proposent un ouvrage intéressant et d'une approche aisée sur cette question d'actualité. Ils fournissent un outil pratique qui s'adresse aux étudiants comme aux professionnels. On y aborde les modalités d'hospitalisation sous contrainte, mais aussi l'adoption ou encore la communication des documents médicaux qui soulève la question du secret médical. Il s'agit d'un ouvrage très complet, même si le récent débat autour de l'information à délivrer au patient n'est pas repris en tant que tel. Chacun des douze chapitres débute par une présentation clinique démonstrative et réaliste à partir de laquelle les auteurs dégagent « la

conduite pratique » et rappellent les éléments de la loi, et se termine par un récapitulatif de « ce qu'il faut retenir ». Ainsi, chacun pourra découvrir à son rythme et dans l'ordre de son choix, les domaines particuliers qui lui seront utiles dans sa pratique professionnelle.

*Delphine Hajbi*

### Psychanalyse de Rahan

*Le fantôme psychique d'un héros de BD*

Pascal Hachet  
*L'Harmattan*

Les amateurs d'une bande dessinée, qui a plus de trente ans, vont enfin comprendre leur héros et pourquoi ce « fils des âges farouches » traque avec obstination la « tanière » du soleil ; et confie son chemin au hasard, à l'aide de son coutelas d'ivoire, erre incessamment de clan en clan, a peur des revenants, a tant de mal à s'éprendre d'une femme et à devenir père. Pascal Hachet montre que la manière dont Rahan affronte les épreuves humaines et naturelles illustre un effort psychique que chaque enfant doit fournir pour faire face à l'influence que les tourments cachés de ses parents, voire de ses grands-parents, exercent sur son esprit. Les lecteurs des *Aventures de Rahan* pourront en tirer un enseignement de leurs propres zones d'ombre.

### Amor artis : pulsion de mort, sublimation et création

Elisabeth De Franceschi  
*L'Harmattan*

Elisabeth De Franceschi se propose de réévaluer la théorie psychanalytique de la pulsion de mort, en approfondissant l'étude du lien entre la sublimation et la destructivité : les mythes, la littérature, la musique et les arts plastiques montrent que Thanatos est présent aux sources de la créativité. Lacan jugeait que la pulsion de mort est créationniste ; elle exerce son action chez le créateur et sur l'objet créé, en les métamorphosant. Mort et renaissance : dans l'alchimie de la création, le destin du sujet et celui de l'objet, leurs « passions » sont solidaires. Lors de tout acte créateur, l'artiste fait l'apprentissage de sa propre fin, tandis qu'un objet est détruit, avant qu'une relève ne s'opère, conduisant à l'avènement d'un nouvel objet, ou peut-être, au rien. Le rien, visée ultime de la création et du créateur dans le *Chef-d'œuvre inconnu* de Balzac, pose la question du devenir du corps et de la jouissance ; l'abstraction, l'œuvre comme manifestation d'une énergie pure, sont des formes de réponses.

## LIVRES

**Anorexies religieuses**  
**Anorexie mentale**  
**Essai de psychanalyse**  
**sociohistorique**  
**De Marie de l'Incarnation à Simone Weil**

Jacques Maître

Les Editions du Cerf

Spécialiste reconnu de la mystique affective catholique du XII<sup>e</sup> siècle à nos jours, Jacques Maître a choisi d'approfondir, en son dernier livre, une question qui lui est constamment apparue dans le cours de ses recherches : à savoir que les femmes dont il traite, selon une approche méthodologique de psychanalyse sociohistorique, présentent, généralement des traits de comportement anorectique accompagnant les manifestations extraordinaires dont elles sont et se font l'objet. Il s'agit là de jeunes prolongés jusques aux franges de l'inédie (abstention durable de toute alimentation). Certaines de ces mystiques se présentent même à nous comme de véritables virtuoses d'une symptomatologie assez spectaculaire pour donner à nombre de médecins- l'envie, ironique et irritée, de les intégrer dans la configuration clinique de l'anorexie mentale : l'anorexie hystérique de Charles Lasègue (1873). L'intérêt de la démarche de Maître est de refuser toute assimilation de ce qu'il observe chez les mystiques dont il nous rapporte l'histoire, à une approche réductrice axée sur la psychopathologie. Une psychopathologie bornée dont on aperçoit bien, à relire nos classiques, qu'elle n'aboutit, le plus souvent, qu'à une confrontation tragiquement musclée entre, d'un côté, des anorexiques orgueilleusement récalcitrantes et, de l'autre, des thérapeutes d'autant plus inaptes à les entendre qu'ils sont légitimement embarrassés par leur devoir d'assistance à personne en danger. Cette vision réductrice, Maître la refuse avec d'autant plus de consistance que ses connaissances d'historien lui permettent de référer sa lecture des vies, témoignages et écrits des femmes mystiques anorectiques dans les conditions du vécu de leur époque. Ainsi peut-il étudier toutes sortes de « façons anorectiques d'être au monde » ; façons éclairées par l'histoire et la psychanalyse. D'où la mise en relief chez ces mystiques anorectiques de leur refus d'assumer l'apanage des femmes dans la transmission de la vie et les particularités de la maltraitance à l'égard de leur corps propre. « L'anorectique, écrit Maître, brise l'enchaînement corporel de la lignée féminine dans une négation paradoxale des besoins : grâce à l'ouverture radicale des désirs illimités qu'elle offre la démarche mystique ».

A partir de ses recherches rigoureusement centrées sur l'histoire de la religion catholique étendue à son expression mystique, tenant compte du contexte occidental marchand puis industrialisé de l'économie du deuxième millénaire, l'auteur développe devant nous la question évolutive de la lignée féminine, de la transmission de la féminisation et de la féminisation du désir ; perspective générant le thème d'une virginité mariale et d'un accomplissement de la lignée féminine sans intervention des rapports sexuels avec l'homme.

Dans l'ouvrage, l'illustration du thème est assurée par ces remarquables anorectiques qu'auront été Marie de l'Incarnation (17<sup>e</sup> siècle) et Simone Weil (20<sup>e</sup>). Pourquoi le choix de ces deux femmes ? « Parce que la première, écrit Maître, représente le modèle de l'anorexie mystique réalisé par adhésion à un modèle institutionnellement légitime de mys-

tique féminine catholique ». La seconde, dans ses extraordinaires variantes anorectiques, s'argumente et se « nourrit » d'« assertions philosophiques individuelles péremptoires ». On remarquera, en passant, la remarquable acuité de l'auteur dans les choix des citations qu'il retient pour nous présenter la façon qu'ont ces deux femmes d'être anorectiques. Ainsi est-on irrésistiblement éloigné de la position clinique caricaturale que l'excès des propos de Simone Weil pourrait sans cela accréditer. Toujours difficile à saisir, le message donné à lecture est saisissant, percutant. Et fait comprendre la dérive clinique qui, aujourd'hui encore, amène trop souvent le psychiatre à opposer au volontarisme tenace des femmes anorectiques, approchées dans leur seule symptomatologie, un contre-volontarisme qui, au fond, lui ressemble : d'un côté, l'orgueil d'un refus tragiquement assumé, de l'autre, la prétention de réduire à merci la récalcitrante plutôt que de l'écouter.

Contre-point à observer : on traite encore de la même manière les patientes érotomaniaques. Les anorectiques refusent leur féminité ; les érotomanes, au demeurant, rarement anorectiques, délirent sur la leur. Et chacune inscrit sa problématique dans une ligne de transmission infléchie par son histoire difficilement décryptable. Chacune, aussi, crie dans le désert. Ecouter les mystiques, conclut l'auteur, ou les écouter autrement nous permettrait de mieux recevoir le message de celles qui ont une façon anorectique d'être au monde. Cet avis judicieux mériterait d'être entendu par tous les psychiatres et psychanalystes.

B. Dalle

**Les malades des urgences**  
**Une forme de consommation**  
**médicale**

Jean Peneff

Métalié

L'auteur tente de décrire la population qui se présente aux urgences hospitalières, population hétérogène, fugitive mais originale quant à ses rapports aux soins, perçus ici à travers trois hôpitaux parisiens : Beaujon, La Pitié-Salpêtrière, et Ambroise Paré. Les caractéristiques sociales précisées sont multiples, sans lien évident avec la population environnante, se situant à un carrefour où se croisent des orienteurs (pompiers, police, médecine sociale ou du travail), des convoyeurs publics ou privés, des médecins de statut divers. Aucune statistique fine n'est accessible malgré des rapports importants (Steg, Barrier), les études suscitées par les établissements hospitaliers, celles de l'INSERM. Cette étude s'appuie sur les méthodes de la sociologie médicale par observation et insiste sur le rôle de l'offre dans la constitution des clientèles, le poids des professions dominantes, la dynamique des institutions, les effets des remboursements des soins.

Deux constats apparaissent inauguraux : près de 80 % des cas vus aux urgences relèvent de la médecine générale et ils sont orientés par d'autres filières ou bien rejetés d'autres secteurs alors qu'ils apparaissent inorganisés et « collectivement peu revendicatifs ». Rien d'étonnant, alors, qu'une telle médecine ne bénéficie pas d'un grand prestige au sein de l'hôpital. Elle apparaît associée à « pauvres, SDF et soins médiocres parce que rapides » et n'a été perçue comme utile aux usagers potentiels que vers les années 1970-1980 du fait d'une ouverture permanente et d'un accès facile à la périphérie des établissements.

On peut considérer, qu'aujourd'hui, 15 millions de passages concernent 1270 sites d'urgence en France avec trois caractéris-

tiques principales : le médical et le psychiatrique s'accroissent au détriment du chirurgical, le nombre de cas ne nécessitant pas une hospitalisation augmente, la proposition de ceux qui se présentent de leur propre initiative et par leurs propres moyens croît rapidement. On perçoit que les soins, en dehors de l'urgence, concernent très majoritairement les personnes âgées dont une partie seulement est captive (attachée à un réseau, atteinte de maladies chroniques ou de polyopathologies), les malades graves, handicapés ou dépendants. La population des urgences hospitalières est très différente puisque toutes les tranches d'âge sont sous représentées sauf deux : les 15-24 ans et les 25-34 ans. En outre, plus l'offre médicale est forte dans l'aire étudiée, plus la fréquentation des urgences est grande. A Paris, selon une enquête de l'observatoire régional de la santé, les urgences sont attractives pour les inactifs en situation précaire : chômeurs, étudiants, femmes au foyer avec enfants représentent 46 % de la clientèle des urgences dans le public.

Prenant en compte le fait que ces dernières sont une des formes préférées de recours médical pour les citadins jeunes aux revenus modestes, l'auteur distingue « les jeunes pauvres » qui viennent en été quand les dispensaires sont fermés, des « visiteurs du soir » qui n'ont pas rompu avec l'école et la famille et ne fuient pas les institutions médicales désirant une consultation rapide et ponctuelle. Dans près d'un quart des cas pour tous les âges, on est frappé par la fréquence d'inscriptions telles que : « veut voir un psychiatre », « dépression », « angoisse », « ne se sent pas bien », « malaise », « crise de nerfs », ces passages étant volontiers récurrents. Ils sont ici analysés comme une façon de consulter, inaccessible dans le privé, et « une psychothérapie » c'est-à-dire un acte paradoxal sécurisant. Une analyse des plaintes écrites concernant uniquement les urgences, donc sur un tout autre plan d'approche, indique une population très superposable à la précédente. Jean Peneff conclut en considérant la croissance du recours aux urgences hospitalières comme « surtout révélatrice de tensions au sein de la société médicale et de changements d'attitude des patients qui attendent de la médecine davantage de prestations (examens, radios, tests) que de diagnostics complexes... sans entrer dans des réseaux, sans s'engager dans des examens suivis ».

G. Massé

**L'Hôpital réformateur de l'hôpital**

Sous la direction de Richard Dalmaso et Jacques Romatet

Action santé, Erès éditeur

Cet ouvrage collectif est issu de la quatrième université des dirigeants hospitaliers organisée aux Hospices de Beaune en octobre 1998. Il offre plusieurs volets de description des problèmes à résoudre pour aller vers une amélioration de l'offre de soins en France. Il apporte, également, un certain nombre de propositions pour avancer dans la voie d'une évolution vers un tissu hospitalier et libéral plus efficace et recentré sur le meilleur du savoir-faire de chacun. Les chapitres descriptifs des problèmes rencontrés par l'hôpital présentent l'intérêt de ne pas dissocier ses difficultés actuelles de leur contexte historique et sociologique. Le tableau ainsi dressé, montre le chemin à parcourir pour passer de concepts vieux de trente ans ou plus pour certains, à des concepts actuels. Les références aux politiques sanitaires d'autres pays et d'autres continents sont très utiles pour mesurer certains écarts. Il est en-

courageant de découvrir que ces auteurs d'études sur l'hôpital et son devenir, n'écartent pas les « sujets qui fâchent ». Les causes du retard dans le domaine de l'organisation du système sanitaire national sont regardées en tenant compte de la « culture » administrative et politique hexagonale, mais aussi en tenant compte de la formation du corps médical et de celle du corps des « managers » de l'hôpital. Les rôles des acteurs de la santé internes et externes à l'hôpital sont examinés pour leurs éléments positifs et négatifs. Les chapitres sur les propositions de méthodes pour encourager l'optimisation des établissements de santé prennent la mesure de la très grande nécessité d'évolution des formations initiales et permanentes, d'évolution de la culture économique et gestionnaire. La réforme de l'hôpital est, d'abord, une réforme de sa culture. Les constats faits dans les chapitres descriptifs insistent sur le poids des défauts d'organisation par rapport au poids des défauts de ressources. Il est bien souligné dans cet ouvrage que les « défauts de rendement » du système hospitalier français, s'ils ont un aspect économique, ont surtout un effet fortement négatif sur les conditions de travail des acteurs de la santé et sur leur motivation au quotidien. Ces acteurs, en retour, désinvestissent leur participation à l'évolution de l'hôpital. Le bénéficiaire final des soins, la personne souffrante, le citoyen, aurait tout à gagner à l'évolution ou à la réforme de l'hôpital recentrée sur des missions mieux définies ou redéfinies. Au total cet ouvrage montre qu'avec le volume de moyens disponibles, et en disposant des ressources nécessaires pour effectuer les redistributions et mutations du dispositif de soins, des progrès très significatifs peuvent être accomplis dans la qualité et la quantité de services rendus.

G. Wagenaar

**Le malade à l'hôpital**  
**Droits, garanties et obligations**

Lin Daubech

Préface de Gérard Larcher, Président de la Fédération hospitalière de France Erès

Cet ouvrage se présente comme un ouvrage de droit et un guide pratique opérant un recensement exhaustif des droits et des garanties mais aussi des obligations d'un malade admis dans un hôpital public. On y trouve, au-delà des grands thèmes traditionnels comme le secret médical, le consentement ou le libre choix du médecin, des développements sur des aspects moins connus mais cependant primordiaux, tant au regard de l'évolution de la place du malade dans les hôpitaux (le malade face à l'informatique ou à l'expérimentation biomédicale par exemple) qu'à celui de la vie quotidienne des hospitalisés (liberté de déplacement, droit de propriété).

Ces différents éléments de droit constitutifs de la situation du malade à l'hôpital sont exposés dans les fondements juridiques et parfois philosophiques de chacun d'entre eux, les débats dont ils peuvent faire l'objet ; leur mise en œuvre et leurs limites sont également évoquées. Cet ouvrage remarquable rendra les plus grands services à ceux qui sont amenés à côtoyer l'hôpital et les malades qui s'y trouvent : professionnels médicaux et non médicaux, enseignants des écoles paramédicales, directeurs et cadres des établissements de soins, étudiants, mais aussi responsables et militants des associations de malades et représentants des malades dans les conseils d'administration hospitaliers ou dans les commissions de conciliation. ■

L'information du patient est un temps essentiel de l'acte médical et du temps du consentement éclairé. La question de l'information au malade schizophrène se traite souvent sous un angle polémique : faut-il dire ou non la vérité au malade ?

Or, cet énoncé est très réducteur et cette question en soulève, en fait, d'autres très nombreuses, en particulier : de quelle information s'agit-il ? Comment la transmettre ?

**En préambule**, il est important de rappeler les particularités liées à la maladie schizophrénique, que l'on devra prendre en considération pour informer le patient, à savoir les troubles cognitifs, ou l'altération de la capacité d'introspection.

Les déficits cognitifs présents de manière évidente chez certains (en particulier troubles de l'attention), nécessitent une adaptation de la part du médecin qui essaiera d'avoir un style vivant, dynamique, de ne pas donner trop d'explications à la fois, d'être redondant dans ses explications, et, enfin, de faire des entretiens de durée inférieure à une heure. Les recherches actuelles accordent une grande importance à l'étude des capacités d'introspection du sujet schizophrène. Selon Xavier Arnador, cette capacité est un synonyme de « conscience de la maladie »<sup>(1)</sup>. Les personnes souffrant de schizophrénie ont classiquement un défaut d'introspection ou mauvais « insight ». Dès 1963, Jaspers l'évoque, à partir d'observations cliniques, et de nombreuses études réalisées par la suite le confirmeront<sup>(2,3,4)</sup>. Cette altération résulte de mécanismes de défense psychologique et/ou de déficits cognitifs<sup>(5)</sup>. Une capacité d'introspection pauvre ou altérée correspond à une faiblesse dans l'acte de reconnaître ses symptômes comme éléments d'une maladie et entraîne une mauvaise observance thérapeutique, avec mauvaise intégration de l'information reçue sur la maladie<sup>(6)</sup>.

**La conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie et l'Association Américaine de Psychiatrie** apportent plusieurs recommandations au sujet de l'information au patient souffrant de schizophrénie<sup>(7,8)</sup>.

Premièrement, l'intérêt du patient prime sur la révélation a priori du diagnostic. Ainsi, le médecin lui fournira une information s'il ne perçoit pas de trop grande résistance de sa part, en essayant de comprendre dans quelle phase d'acceptation de sa maladie se situe le sujet. Ensuite, l'information devra s'adapter au stade évolutif de la maladie mais est toujours nécessaire, que le patient soit en phase aiguë, en période de stabilisation, ou stabilisé.

Lors de la phase aiguë, dès le début de son hospitalisation ou de sa prise en charge, le patient doit pouvoir comprendre que le médecin va prescrire un traitement qui prend pour cible le symptôme le plus évident qu'il rapporte. Il s'agit d'un discours implicite ne nommant pas la maladie mais évoquant déjà son traitement. Le médecin aidera son patient à identifier ce symptôme, à prendre conscience de son caractère pathologique, de son retentissement dans la vie de tous les jours, et, dans le même temps, à prendre du recul vis-à-vis de lui. Même si le déni est important, il faut expliciter, répéter les mêmes arguments, insister sur les changements bénéfiques induits par le traitement. De plus, le médecin pourra rassurer le patient en lui expliquant que ce symptôme est décrit et partagé par de nombreux patients, connus des médecins et surtout accessible à un traitement. Il convient d'insister d'emblée sur le rôle actif, essentiel, du patient qui est de repérer puis d'informer le médecin des effets du traitement :

- que ce soient des effets bénéfiques sur le symptôme,
- ou des effets secondaires, au sujet desquels il sera informé.

Lorsque ce premier symptôme est suffisamment atténué, le médecin aidera le patient à

## Information du sujet atteint de troubles schizophréniques\*

identifier les autres symptômes, en lui fournissant des informations sur leurs caractéristiques. Habituellement, le patient reconnaît et admet certains symptômes, mais pas d'autres. Par exemple, les hallucinations et les phénomènes d'automatisme mental, qu'il repère facilement, peuvent lui être expliqués, afin qu'il puisse informer son médecin, ou ses proches, devant leur apparition. En revanche, les symptômes négatifs, le repli sur soi, l'émoussement affectif, sont difficilement repérables par le patient seul. On insistera donc moins dessus au début<sup>(9)</sup>. Ensuite, au décours de la phase aiguë, le patient sait souvent reconnaître les symptômes tels que les troubles de l'attention et les troubles du cours de la pensée.

A partir de là, le médecin pourra traiter avec lui pour reconnaître que ces symptômes forment une maladie qui porte un nom et lui proposer le nom de « schizophrénie ».

Il pourra, de plus, lui fournir plus d'informations sur les symptômes de cette maladie, son évolution et son traitement : le discours devient explicite. Cette information plus complète vise une bonne compréhension des buts et des modalités du traitement : le patient a besoin d'apprendre à gérer son traitement antipsychotique, à savoir faire face aux effets secondaires, faute de quoi le traitement risque fort de ne pas être suivi. L'évolution et le pronostic sont évoqués en insistant sur les traitements, les moyens de contrecarrer les effets de la maladie. Le médecin expliquera que le traitement a pour but de contrôler les symptômes, prévenir les rechutes et faciliter la vie sociale et professionnelle. Il faut aider le patient à prendre conscience du fait que les médicaments servent à minimiser l'impact négatif de ses symptômes. L'information va donc au-delà de l'annonce du diagnostic et porte aussi sur les symptômes, les hypothèses étiologiques, l'évolution et le traitement. Elle doit comporter le nom de la maladie, mais en le proposant au patient, et en lui laissant l'appréciation : il peut préférer un autre terme. L'essentiel est que le reste de l'information ait été intégré. L'utilisation de supports écrits sur le trouble et ses traitements est ici d'une grande utilité. L'American Psychiatric Association les recommande pour tenir compte des déficits cognitifs. Plusieurs brochures ou livres de vulgarisation qui offrent une information complète, peuvent être proposés au patient en demande d'information et favorisent souvent le dialogue avec sa famille et son psychiatre. Informer le patient permet de l'aider à séparer ce qui est du registre de la maladie et ce qui est du registre de sa personne, de son histoire individuelle, et l'aider ainsi à comprendre que les enjeux de son traitement sont de lui permettre de redevenir l'acteur principal de sa vie. En période de stabilisation, le médecin aidera donc le sujet souffrant de schizophrénie à prendre conscience de la nature de sa maladie ou vulnérabilité, et de la façon dont celle-ci influence ses processus psychiques. Süllwold et Herrlich, en 1992, ont insisté sur l'importance d'élaborer avec le patient un « modèle psychologique » de sa maladie qui fournira la base de son engagement dans le traitement, et donnera une cohérence aux différentes interventions, par exemple, le modèle vulnérabilité-stress<sup>(10)</sup>. Ce modèle, proposé par Ciompi, synthétise les résultats acquis dans différents domaines de recherche et semble plutôt consensuel<sup>(11,12)</sup>.

L'hypothèse est faite, qu'à un terrain personnel vulnérable au niveau biopsychologique, doivent s'ajouter des facteurs environnementaux ou facteurs de stress, pour que se développe le tableau de la schizophrénie. Ce modèle devra s'adapter au vécu individuel du

patient afin de lui permettre une meilleure compréhension de ses troubles. Lorsque le patient et le médecin auront élaboré conjointement un modèle, le médecin pourra faire des recommandations susceptibles d'éviter les situations de stress, et les risques de rechute. Il est donc très important que le patient participe à l'élaboration du modèle de sa maladie. Cela lui donnera un sentiment de contrôle sur ses symptômes et sa vulnérabilité, grâce aux informations acquises et aussi grâce au repérage des situations à risque, et au développement des stratégies pour y faire face personnellement. Le modèle vulnérabilité-stress aborde les situations à risque de rechute, et situe l'action des différents traitements disponibles. Il peut être transmis au patient en utilisant le terme de « très grande sensibilité » à la place de « vulnérabilité », en repérant avec lui quels sont les facteurs de stress : événements de vie (examen, promotion, deuil, pression sociale...) et contexte familial (haut degré d'expression émotionnelle d'où un risque de rechute multiplié par 3), et les facteurs de protection (personnels : compétences adaptatives de l'individu, ou environnementaux : soutien social et familial, traitements antipsychotiques et programmes de réinsertion)<sup>(13,14)</sup>. La notion de facteurs protecteurs a le mérite de proposer une autre vision de cette maladie, moins subie et pessimiste.

En conclusion, l'information varie selon l'évolution de la maladie et permet :

- d'instaurer une relation de collaboration,
- de passer d'un discours implicite sur la maladie à un discours explicite,
- d'apporter une information diagnostique complète<sup>(15)</sup>,
- d'améliorer l'observance du traitement,
- et de l'aider à élaborer un modèle de maladie qui donnera une cohérence aux différentes interventions.

Elle inclut la famille qui sera informée des connaissances contemporaines à propos de la schizophrénie : les causes, les symptômes, les traitements, etc<sup>(8)</sup>.

Affirmer un tel diagnostic est lourd de conséquences sur l'image que l'adolescent ou l'adulte a de lui-même. Il convient donc d'adopter une attitude prudente en s'appuyant sur des critères diagnostiques communément approuvés (DSM IV et CIM 10). ■

**Dr Alexandra Carré, Dr Monique Batlaj-Lovichi, Pr Jean-Philippe Boulenger, Hôpital La Colombière, Unité Jeunes Adultes, CHU Montpellier**

\*Prix de la communication présenté au 97ème Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française à Fort-de-France, du 5 au 10 décembre 1999, dans le cadre des Prix Lilly de Premières Communications.

### Bibliographie

- (1) AMADOR X.F., STRAUSS D.H., YALE S.A. et al., *Awareness of illness in schizophrenia*, Schizophrenia Bulletin, 1991, vol 17, pp 113-131.
- (2) JASPERS K., *General Psychopathology*, 1963, cité in LAM L.C.W., CHAN C.K.Y., CHEN Y.H.E., *Insight and general public attitude on psychotic experiences in Hong-Kong*, International Journal of Social Psychiatry, 1996, vol 42, p 10-17.
- (3) LIN I.F., SPIGA R. and FORTSCH W., *Insight and Adherence to Medication in Chronic Schizophrenics*, Journal of Clinical Psychiatry, 1979, vol 40, pp 430-432.
- (4) PERKINS R.E., MOODLEY P., *Perceptions of problems in psychiatric inpatients : denial, race and service usage*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1993, vol 28, pp 169-193.
- (5) LYSAKER P., BELL M., *Insight and cognitive impairment in Schizophrenia*, The Journal of Nervous and Mental Disease, 1994, vol 182, pp 656-660.
- (6) CUFFEL B.J., ALFORD J., FISCHER E.P., et

al., *Awareness of illness in Schizophrenia and Outpatient Treatment Adherence*, The Journal of Nervous and Mental Disease, 1996, vol 184, pp 653-659.

(7) Anonyme, Conférence de consensus, *Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques*, texte du consensus édité par la Fédération Française de psychiatrie et l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades mentaux, Paris, 1994, 32 p.

(8) American Psychiatric Association, *Practice guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia*, American Journal of Psychiatry, 1997, vol 154 (suppl 4), pp 1-63.

(9) MAUREL M., Communication au 6ème Salon International de Psychiatrie et Système Nerveux Central, 1998.

(10) SOLWOOD L., HERRLICH J., *Providing Schizophrenic Patients with a Concept of illness, an essential element of therapy*, British Journal of Psychiatry, 1992, vol 161 (suppl 18), pp 129-132.

(11) CIOMPI L., *The dynamics of complex biological-psychological systems. Four fundamental psychobiological mediators in the long term evolution of schizophrenia*, 1989, cité in : SCOTTO J.-C., BOUGEROL T., *Les schizophrénies : aspects actuels*, Paris, Flammarion, 1997, p 75.

(12) ZUBIN J., SPRING B., *Vulnerability, a new view of schizophrenia*, 1977, cité in : SCOTTO J.-C., BOUGEROL T., *Les schizophrénies : aspects actuels*, Paris, Flammarion, 1997, p 75-76.

(13) BROWN G.W., BIRELY J.L.T., WING J.K., *Influence of family life in the course of the schizophrenic disorders : a replication*, British Journal of Psychiatry, 1972, vol 121, pp 241-258.

(14) LIBERMAN R.P., *Psychiatric Rehabilitation of chronic mental patients*, Washington, American Psychiatric Press, 1988, Traduction française : F. LELORD, Paris, Masson, 1991, 274 p.

(15) LIBERMAN R.P., *Psychosocial treatments for schizophrenia*, Psychiatry, 1994, vol 57, pp 104-114.

### LIVRES

#### Corpus de gériatrie

Tome 1

Edition 2000, 2M2 Editions

Le Collège national des enseignants de gériatrie, dirigé par le Pr Francis Kuntzmann (CHU de Strasbourg) a décidé de mettre à la disposition des étudiants un manuel traitant des thèmes essentiels de la gériatrie pour favoriser un enseignement homogène de qualité dans toutes les UFR médicales. En effet, l'enseignement de la gériatrie obligatoire depuis 1997 ne bénéficie pas partout de la même attention. Coordonné par Alain Franco (CHU de Grenoble), l'ouvrage traite de questions générales : vieillissement humain, épidémiologie, aspects socio-économiques et démographiques, personne âgée malade, autonomie et dépendance, polyopathologies et médicaments, iatropathologie, et organisation gérontologique. Il évoque, également, la prise en charge médicale des troubles les plus fréquents de la personne âgée : chutes, nutrition, confusions et démences, états dépressifs, douleur et malades en fin de vie. Muni d'un index, d'abréviations, de schémas et de tableaux, l'ouvrage, qui compte 13 chapitres, devrait être complété prochainement d'un deuxième tome, traitant des autres thèmes importants de la gériatrie.

#### Eduquer avec les parents L'action éducative en milieu ouvert : une pédagogie pour la parentalité ?

Jean Lavoué

Préface de Michel CHauvière

L'Harmattan

Née de la critique de l'internat éducatif, mais aussi d'une recherche de protection dans l'intérêt de l'enfant, l'AEMO qu'elle soit judiciaire ou administrative, occupe une place à part. Jean Lavoué en aborde la configuration complexe, qui met en rapport des prescripteurs, des services d'intervention, des professionnels en chair et en os, des familles situées in fine des enfants ou des adolescents en souffrance (en danger ou en risque de danger).

## LIVRES

**L'intégration scolaire des enfants à besoins spécifiques Des intentions aux actes**Pierre Bonjour et Michèle Lapeyre  
Erès

On parle beaucoup d'intégration en France depuis les années 80. Cependant sur le terrain, les expériences restent timorées et tâtonnantes même si les associations de parents se mobilisent et les responsables, au plus haut niveau de l'Etat, multiplient les déclarations. Et l'intégration scolaire des enfants à besoins spécifiques reste aujourd'hui encore une option controversée et difficile à traduire en actes. Dans cet ouvrage, les auteurs analysent la complexité du problème et présentent un outil original, le sémaphore, qui permet de concevoir, de mettre en œuvre et d'évaluer les projets individuels pour les enfants en difficulté.

**La fonction psychologique du travail**Yves Clot  
PUF

Cet ouvrage rassemble les résultats de recherche obtenus grâce à une clinique de l'activité qui vise à situer le travail entre genre professionnel et style d'action. Il s'appuie sur les données de nombreuses enquêtes, une définition de la fonction psychologique du travail qui tire les conséquences d'un choix théorique explicite grâce à Bakhtine et Vygotski.

**Le vampire dans la littérature du XIX<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècle**Sabine Jarrot  
L'Harmattan

Cette recherche sur le vampire dans la littérature propose une comparaison entre certaines caractéristiques du personnage littéraire de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle (narration, statut social, apparence physique, moyens de protection et de destruction) avec celles du XX<sup>e</sup> siècle. La comparaison révèle que, sur cette période, le vampire s'humanise. Une analyse sociologique de l'évolution des caractéristiques du vampire illustre que littérature et société évoluent dans le même sens. Un texte d'une époque s'imprègne effectivement de l'état d'esprit et des faits majeurs de cette époque. L'humanisation du vampire avec l'identification concomitante du lecteur pose deux questions : la société accepte-t-elle mieux aujourd'hui les différences ? l'homme moderne est-il devenu monstrueux ?

**Alain Corbin****Historien du sensible**Entretiens avec Gilles Heuré  
La Découverte

Alain Corbin est un historien dont les recherches l'ont conduit à étudier des thèmes comme la misère sexuelle et la prostitution du XIX<sup>e</sup> siècle, l'odorat et l'imaginaire social au XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles, le désir du rive, le paysage sonore et la culture sensible dans les campagnes du XIX<sup>e</sup> siècle, le déchaînement de violence survenu à Haute-faye en 1870, l'avènement des loisirs entre 1850 et 1960, ou encore le « monde retrouvé » de Louis-Fernand Pinagot, biographie d'un sabotier normand du XIX<sup>e</sup> siècle. Tous ces livres restituent à l'imaginaire et au sensible l'importance, pour comprendre les sociétés passées, que leur avait refusée l'histoire politique, sociale ou économique traditionnelle.

## ANNONCES EN BREF

**16 et 17 juin 2000.** Saint-Alban. 15<sup>èmes</sup> Rencontres de psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban sur le thème : « *La détresse* ». *Détresse des temps, misère de l'institution*. Renseignements et inscriptions : Association Culturelle du personnel du Centre hospitalier François Tosquelles, 48120 Saint-Alban. Tél. : 04 66 42 55 55. Fax : 04 66 31 56 50.

**29 juin 2000.** Paris. Journée organisée par l'Institut de Recherches Hospitalières sur le thème : *L'éthique de l'information médicale des patients hospitalisés*. Renseignements et inscriptions : secrétariat de l'IRH/APDHES, « La Médoquine, Chemin de Pomerol », 253 Cours du Maréchal Galliéni, 33000 Bordeaux. Tél. : 05 56 24 49 39. Fax : 05 56 98 90 92.

**14 et 15 septembre 2000.** Limoges. X<sup>e</sup> Congrès International de Psychogériatrie, XVI<sup>e</sup> Congrès de la Société de Psychogériatrie de Langue Française avec le concours de la section de gérontopsychiatrie de l'Association Européenne de Psychiatrie sur le thème : *Les nouveaux concepts cliniques en psychiatrie du sujet âgé*. Conférences. Communications orales. Posters. Programme infirmier. Renseignements et inscriptions : Association Gilbert et Ballet Congrès, 8 rue Justin Ninard, 87000 Limoges. Tél. : 06 03 31 21 14. E-mail : mc@caducee.net.

**16 et 17 septembre 2000.** Paris. Colloque organisé par le Journal Français de Psychiatrie sur le thème : *Faut-il juger et punir les malades mentaux criminels ?* Renseignements : Dominique Platier-Zeitoun. Tél. : 01 42 33 13 18. Fax : 01 47 05 23 26.

**18 et 19 septembre 2000.** Paris. XII<sup>ème</sup> Congrès de l'Organisation Hospitalière sur le thème : *Quelle organisation de l'hôpital autour du patient ?* Sous l'égide de la conférence des directeurs généraux de CHRU et de la conférence nationale des directeurs des centres hospitaliers. Renseignements : Florence Boudoussier-Aniorh, Hôpital de la Charité, Bât. A, CHU de Saint Etienne, 42055 Saint Etienne Cedex 2. Tél. : 04 77 12 74 97. Fax : 04 77 12 71 85.

**18 au 20 septembre 2000.** Biarritz. 49<sup>èmes</sup> Journées Nationales de Formation Continue organisées par la Fédération d'aide à la Santé Mentale Croix Marine en partenariat avec l'Union Départementale d'Aide à la Santé Mentale sur le thème : *Le temps de soigner, le temps de revivre*. Renseignements et inscriptions : 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.

**21 septembre 2000.** Douai. V<sup>èmes</sup> Rencontres de l'Unité de Soins et d'Information sur les drogues du Centre Hospitalier de Douai sur le thème : *Toxicomanies et parentalités*. Renseignements : USID, 91 rue du Président Wagon, 59500 Douai. Tél. : 03 27 97 67 94. Fax : 03 27 98 01 71.

**5 et 6 octobre 2000.** Lyon. Journées d'information et de formation organisée par Les Cahiers de l'Enfance et de l'Adolescence sur le thème : *Les traumatismes psychologiques de l'enfant et de l'adolescent, agressions sexuelles, séparation, deuil, guerre, mort*. Renseignements et inscriptions : Les Cahiers de l'Enfance et de l'Adolescence, 33 rue de la Chapelle, 75018 Paris. Tél. : 01 42 09 99 18. Fax : 01 40 38 01 08.

**21 et 22 octobre 2000.** Paris. XXIX<sup>e</sup> Journées d'Etudes de l'Ecole de la Cause Freudienne sur le thème : *Quand les semblants vacillent... Incidences du réel dans la clinique psychanalytique*. Inscriptions et renseignements : ECF-Journées, 1 rue Huysmans, 75006 Paris. Tél. : 01 45 19 02 68. Fax : 01 42 84 29 76. E-mail : ecf@amp-ecf.org.

**28 octobre au 1<sup>er</sup> novembre 2000.** Prague. 10<sup>th</sup> Congress of the Association of European Psychiatrists (AEP 2000) sur le thème : *European psychiatry : growing together in diversity*. Renseignements : Association of European Psychiatrists (AEP), Clinique Psychiatrique, 1 place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg Cedex. Tél. : 03 88 11 54 06 / 03 88 11 54 24. Fax : 03 88 11 61 89. E-mail : aep.strasbourg@wanadoo.fr.

**8 au 10 novembre 2000.** Annecy. 1<sup>ère</sup> Rencontre Nationale des Centres Médico-Psychologiques Infanto-Juveniles sur le thème : *Le CMP, carrefour de l'intime et du social. Héritages et perspectives*. Renseignements et inscriptions : ERAP, 196 ave. Jean Jaurès, 75019 Paris. Tél. : 01 40 03 90 43. Fax : 01 40 03 06 05.

**17 et 18 novembre 2000.** Cannes. Conférence organisée par l'Association Métamorphoses sur le thème : *Quoi de neuf en thérapie ?* avec Giorgio Nardone, François Roustang et Claude Séron. Renseignements et inscriptions : Association Métamorphoses, 360 bd des Horizons, 06220 Vallauris. Tél./Fax : 04 93 63 04 63. E-mail : metamorphoses.asoc@wanadoo.fr. ou visitez notre site : www.metamorphoses.assoc.fr.

**25 et 26 novembre 2000.** Paris. Colloque ouvert de la Société Psychanalytique de Paris sur le thème : *La vie amoureuse*. Renseignements : Mailex, 53 avenue de Secrétan, 75019 Paris. Tél./Fax : 01 42 02 37 70.

**30 novembre et 1<sup>er</sup> décembre 2000.** Paris. 10<sup>èmes</sup> Journées d'Etude Européennes organisées par l'AFEDI, Association Francophone

Européenne des Diagnosticiens Infirmiers sur le thème : *Diagnosticiens infirmiers et interdisciplinarité*. Renseignements : AFEDI, Secrétariat des 10<sup>èmes</sup> JEE, Rue du Marais 100, B-1000 Bruxelles. Tél. : (32) 27 62 68 03 ou (32) 26 33 41 18 ou (32) 22 18 74 35. Fax : (32) 27 62 68 03 ou (32) 22 23 18 17. E-mail : jms.bvb@skynet.be. Site AFEDI : www.afedi.com.

**7 décembre 2000.** Paris. 6<sup>e</sup> Journée d'Erasmus. Renseignements : Dr Ch Paradas, Centre Médico-Psychologique, Equipe d'Accueil, 79 rue Prosper Le Gouté, 92160 Antony. Tél. : 01 46 74 33 71. Fax 01 46 74 33 72.

**8 décembre 2000.** Paris. Colloque de la revue *Enfances & Psy* sur le thème : *Graines de violence*. Avec L. Azais, V. Courtecuisse, M. Diawara et B. Fleurance, Ch. Dejours, P. Huerre, D. Lauri, J.-L. Le Run, J.-J. Rassial, Ph. Ratineau, L. Renard, C. Rey, M. Ruffo (pressenti), D. Salas (pressenti), B. Toboul, J.-D. Vincent. Renseignements et inscriptions : Marie-Odile Gayrard, 121 bis avenue Général Leclerc, 92340 Bourg-la-Reine. Tél. : 01 46 74 31 61.

**9 décembre 2000.** Poitiers. Deuxième Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent organisée par le SUPEA sur le thème : *Grossesse et adolescence*. Renseignements et inscription : Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre hospitalier Henri Laborit, BP 587, 86021 Poitiers. Tél. : 05 49 44 57 59. Fax : 05 49 44 57 51.

**14 et 15 décembre 2000.** Paris. Colloque organisé par la Ligue Française pour la Santé Mentale, département « *Mission Enfant Martyrs* » (MEM) sur le thème : *Violence, maltraitance : les métamorphoses des traumatismes. « Comprendre, traiter, prévenir »*. Coordination administrative : Natalie Alessandrini, Emmanuelle Bouche, Stéphanie Lesieur. Tél. : 01 42 66 20 70. Fax : 01 42 66 44 89.

**Vieillesse et société : le rendez-vous manqué La dépendance des personnes âgées en question**

Hervé Marciat

Préface d'Anne-Marie Guillemard  
Erès

Pour l'auteur, la loi de janvier 1997 sur la « dépendance des personnes âgées » vient confirmer une hésitation entre une possible amélioration des conditions de vie du grand âge et la gestion plus rationnelle des aides déjà proposées antérieurement à cette population. Il présente les enjeux qui ont présidé à l'élaboration de la loi et tente de préciser les stratégies mises en œuvre par les différents acteurs gérontologiques pour porter des décisions inéluctables.

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