

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° 8 - Tome XIII -
 Novembre 2000

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

A en perdre son latin : Henri Corneille Agrippa, opérateur de merveilles

Christian Bétron

LIVRES

Usure dans l'institution

2^{ème} édition

Daniel Brandého

Éditions de l'École Nationale
 de la Santé Publique

Daniel Brandého a été infirmier en psychiatrie. Il dirige actuellement une maison d'accueil spécialisée à Saint-Etienne. Edité pour la première fois en 1991, son livre a été remanié, notamment parce que du fait des redéploiements ou de créations, le nombre de maisons d'accueil spécialisées (MAS) n'a cessé d'augmenter. Depuis 1986, les foyers à double tarification (FDT) sont venus renforcer le dispositif d'accueil des personnes lourdement handicapées. De telle sorte que les MAS et les FDT sont aujourd'hui devenus une réalité forte dans le champ médico-social. Il propose donc un état des lieux, portant à la connaissance du lecteur le nombre des structures, leur capacité, les classes d'âge de leurs résidents, la qualification des personnels, insistant sur les compétences et les qualités d'une nouvelle catégorie professionnelle : les aides médico-psychologiques. Cette seconde édition, comme la précédente, témoigne des difficultés de la vie quotidienne en institution. Il faut toujours, lors de la première rencontre avec une personne lourdement handicapée, surmonter sa crainte. Les soignants et les éducateurs doivent rester vigilants pour gérer les troubles du comportement. Il leur faut un calme imperturbable, une empathie profonde, la conviction que la personne handicapée n'agit pas de façon incohérente pour lui empoisonner l'existence, mais parce que ses pensées sont chaotiques et dispersées.

L'usure guette. Il y a dix ans l'auteur présentait qu'on pouvait lutter contre elle par des méthodes de management appropriées. Il sait aujourd'hui, et explique, que le personnel est motivé si son action s'intègre dans un cadre cohérent, devenant alors acteur et se sentant concerné par son travail. Participent à la lutte contre l'usure du personnel, en même temps que du soin des résidents, des disciplines et des activités particulières. C'est pourquoi la parole a été donnée à un animateur d'atelier d'expression picturale, à un psychologue et référent de groupe de communication ainsi qu'à un architecte. Daniel Brandého montre que c'est d'abord en gérant au mieux les actes fondamentaux de la vie quotidienne que la personne handicapée peut se sentir en sécurité. Il nous invite à partager son expérience comme ses doutes et ses limites.

G. Massé

Parmi les lettrés et les savants de la Renaissance, Henri Corneille Agrippa de Nettesheim apparaît quelque peu négligé par les historiens. Cette personnalité marquante du début du XVI^{ème} siècle, possède pourtant quelques titres à figurer en bonne place dans une histoire intellectuelle. Vivant sujet de contradiction, Agrippa, qui fut soldat, enseignant, juriste, astrologue et médecin, est l'auteur d'une œuvre abondante, elle-même contradictoire, dont les textes les plus célèbres sont une apologie du sexe féminin, un traité de philosophie occulte et un essai sur l'incertitude et l'abus des sciences, qui présentent un point commun, par-delà leurs divergences, celui de jouer avec le sens commun de l'époque. Si sa renommée fut grande, elle lui valut souvent de subir l'ironie la plus cinglante comme les rumeurs les plus ignobles ; véritable feu follet, sans doute plus par nécessité que par nature, Agrippa dut sans cesse parcourir l'Europe, cherchant un asile ou une protection, fuyant la censure, la persécution et la prison. Alors que Rabelais le brocardait sur un mode mineur mais efficace⁽¹⁾, les jésuites se chargeront vite de lui tailler un habit à sa démesure : Agrippa était un magicien, autrement dit un sorcier, un suppôt du diable ; mieux, il était le diable lui-même⁽²⁾. Mais n'était-ce pas faire là l'éloge de son extraordinaire vivacité de pensée ? Agilité de l'esprit qui déroutera tant la postérité qu'elle préfère retenir d'Agrippa ce qu'elle voulut bien y trouver. Alors que l'occultisme tel qu'il se constitue au cours du XIX^{ème} siècle, en réaction à la modernité, l'installe dans sa généalogie, le courant rationaliste voit en lui un précurseur, en dépit de ses divagations astrologiques et hermétistes, tandis que le mouvement dit féministe le considère quelquefois comme un jalon essentiel dans la réflexion sur la différence des sexes et leur rôle dans la société. La recherche récente, tout en restant parfois tributaire de ce partage du sens au sein de l'œuvre, a choisi d'étudier son libertinisme et son scepticisme, et s'est interrogée sur l'originalité de son hermétisme, pour conclure à son caractère de transition entre Moyen-Age et Renaissance. Borgès suggérait dans *l'Immortel*, qu'à force d'être tout, Agrippa finissait par n'être rien⁽³⁾. Ne serait-il pas judicieux de se demander s'il n'est pas plus qu'un prête-nom, revêtu d'un manteau aux couleurs certes éclatantes mais disparates ?

Le mouvement perpétuel

La vie de Cornelius Agrippa de Nettesheim épouse très exactement les vicissitudes politiques et la géographie intellectuelle de son temps dont les centres ne sont plus uniquement les universités et les monastères mais

encore les académies et les cours princières. Il faut ajouter que cette biographie hors du commun s'incarne dans quelques-unes des grandes figures qui traduisent à la Renaissance l'émergence croisée du pouvoir désacralisé et de l'individu moderne : Agrippa sera guerrier, agent secret, diplomate, érudit humaniste, courtisan, astrologue, ingénieur et médecin. Il n'est certes pas indifférent qu'il soit né en Allemagne dans une de ces villes rhénanes en pleine ébullition et devenues les foyers des idées nouvelles. On appréciera mieux le sens et la portée de l'œuvre d'Agrippa si l'on prend bien garde qu'il est l'exact contemporain d'Erasmus, de Lefèvre d'Étaples, de Paracelse, de Zwingli, de Calvin, de Luther et de Copernic. Cologne, où il est né en 1486 dans un milieu de petite noblesse sans grand avenir, était une ville d'Empire, siège



H. Corneille Agrippa

d'une solide université où le souvenir d'Albert le Grand restait viv. On ne sait rien de son enfance et peut-être est-il significatif qu'il apparaisse à notre mémoire sur les bancs des universités, Paris et Cologne. Les biographes semblent hésiter sur les dates et sur la nature des études entreprises par Agrippa qui a toujours affirmé avoir obtenu les doctorats de droit et de médecine en 1507-1508. A partir de cette date, ce génie précoce ne connaîtra plus que l'errance à travers l'Europe : dans tous les domaines, il tentera le sort, s'appuyant sur ses prodigieuses connaissances pour obtenir une charge des Grands et des Rois. Mais toujours son indépendance d'esprit et son comportement hétérodoxe l'empêcheront de trouver stabilité et sécurité matérielle. Génie précoce il le fut indéniablement : c'est très tôt en effet, qu'il se plongea dans la lecture des Anciens et des textes fondamentaux de l'hermétisme et qu'il s'initia au grec et à l'hébreu. Jeune étudiant, il appartenait à une société savante avant la lettre, comme il y en avait tant alors (les sodalitates), dont faisaient aussi partie Charles de

Bovelles, Symphorien Champier, Germain de Banay qui tous se passionnaient pour les nouvelles tendances, autrement dit pour l'érudition, le retour à l'antiquité, les sciences sacrées et une lecture attentive des textes bibliques. C'est au sein de ce regroupement affinitaire de haut niveau, qu'Agrippa échafauda une malencontreuse équipée militaire en Espagne qui lui apparut plus tard comme la scène primitive de sa destinée : révélation magique d'un souterrain par lequel il parvint à s'échapper, rencontre avec un philosophe sarrazin, retour par le Midi et la Bourgogne, rien ne manque à cette entrée en matière de l'opérateur de merveilles. Après cet épisode fondateur, Agrippa se fixera à Dôle où il obtint un poste de lecteur au collège de la ville, ayant su s'attirer les bonnes grâces de la fille de Maximilien, Marguerite d'Autriche, qui gouvernait la ville. A peine entré en fonction, il s'inséra dans la polémique naissante à propos des thèses de Jean Reuchlin et commenta le *Verbo mirifico* que les Dominicains de Cologne tentaient de faire interdire. En guise d'introduction à ce cours, Agrippa fit l'éloge de Marguerite, présentée comme la plus exemplaire des femmes. Cette apologie, transformée, sera publiée vingt ans plus tard. Soupçonné d'hérésie, Agrippa dut s'enfuir à Londres, y travailla à commenter Saint Paul, regagna sa ville natale, rencontra Trithème qui le considéra dès lors comme son disciple - il lui légua, d'ailleurs, ses manuscrits. La rencontre avec Trithème est déterminante dans la biographie intellectuelle d'Agrippa. Trithème a joué un grand rôle dans la diffusion des thèses concernant la Kabbale et la magie naturelle ainsi que dans le développement du goût pour les écritures secrètes⁽⁴⁾. C'est à lui qu'Agrippa soumit le manuscrit de la *Philosophie occulte* et il n'est pas outré d'affirmer que sans Trithème, Agrippa n'existerait pas ou, du moins, n'aurait pas la même physionomie que nous lui connaissons.

Après un bref passage au service impérial des mines, à Cologne, Agrippa a tenté fortune en Italie où il participa à la campagne contre Venise pendant laquelle il sera fait chevalier. Cette action militaire ouvrit une longue période italienne, qui se termina en 1517 et s'avère importante dans son cheminement intellectuel. Devenu enseignant à Pise, Turin puis Pavie, il commenta Saint Paul, Platon et le Poimandres, le plus célèbre des écrits hermétiques, poursuit ses réflexions sur le sexe féminin, a des contacts avec les milieux kabbalisants et néoplatoniciens. Il sera même théologien le temps d'un concile ! Mais l'Italie de Machiavel est un continué champ de rivalités, de guerres, de misères. Avant et après bien d'autres, Agrippa, qui aura beaucoup appris du vivier italien, se ré-

LIVRES

Penser la psychiatrie et son histoire

Cahiers de l'Association pour la Fondation Henri Ey
Numéro 1 printemps 2000

La première partie de ce premier numéro regroupe des commentaires de Th. Trémine, P. Belzeaux, E.T. Mahieu, S. Chebili et R.M. Palem concernant les travaux sur les paradigmes de la psychiatrie contemporaine de G. Lantéri-Laura. Ensuite, M. Balat aborde le pragmatisme de Peirce, pragmatisme souvent évoqué pour justifier le DSM III. Enfin, les critiques sévères de Henri Ey de la conception américaine des classifications sont rappelées, appuyées par la réédition de trois textes devenus difficiles d'accès. R.M. Palem présente des documents d'archives inédits illustrant l'impossible diffusion du Manuel de Ey, Bernard et Brisset aux USA et rendant compte d'une distance incommensurable et d'un jugement de condamnation symétrique et réciproque.

L'état et la psychose

Philippe Rappard
L'Harmattan

Pour Philippe Rappard, ce n'est pas un hasard si l'Etat et la Folie ont le même statut juridique, celui de l'irresponsabilité pénale, d'où sa question : quel est le sens de cette irresponsabilité ? Les discours qui se tiennent sur les psychoses et leur traitement rejoignent ceux tenus sur les Etats et la politique : relations des Etats entre eux, droit des peuples à disposer d'eux-mêmes, droits de l'homme, droit d'ingérence... Si l'Etat et la psychose se rangent du côté du narcissisme ajuridique, la société civile se rangerait du côté juridique de la relation conflictuelle et du transfert, au sens psychanalytique du terme. Nous passons d'une psychiatrie de l'Etat à une psychiatrie de la société civile, déségrégative et sociale. Mais qu'est-ce que le social, si ce n'est l'âme de chacun ! La thérapeutique consiste alors, dans la vie quotidienne, à humaniser une relation « Je-Tu », et non à absolutiser une relation « Je-Il », à fonctionnement quasi hallucinatoire.

**Sept familles à abattre
Essai sur le jeu des sept familles**

Claude de la Genardière
Seuil

L'auteur nous invite à nous laisser reprendre au jeu des sept familles, avec ses générations de parents, d'enfants et de grands-parents, jeu auquel beaucoup d'enfants continuent de jouer et de parents avec eux. Il s'est imposé à elle comme outil ludique de travail sur les questions liées aux représentations psychiques de la famille, grâce à l'existence du Musée français de la carte à jouer et à la complicité de son équipe qui a bien voulu ouvrir l'accès à sa collection, d'où une très belle iconographie. En analysant la composition de la famille au sein du jeu, Claude de la Genardière observe que la branche maternelle en est curieusement absente, et qu'à travers la caricature des noms familiaux ou des professions sont exprimés les préjugés sociaux dominants de chaque époque (pétainisme, propagande coloniale, revendications identitaires d'aujourd'hui). A l'échelle d'une partie, le rapport des partenaires à la parenté est ainsi mis en jeu à travers leur rivalité : chacun doit compléter les familles des autres pour compléter la sienne et gagner alors le droit d'abattre sa famille.

BIOGRAPHIE (suite)

solu à partir pour Metz. Durant deux ans, il y occupera un poste de juriste, jouant là un rôle décisif de médiateur des conflits privés et de négociateur dans les affaires extérieures de la cité. Ses prises de position en faveur des supposées sorcières, des travaux de théologie bien téméraires, provoquèrent de si vives résistances qu'il dut s'enfuir. Il vécut de la médecine à Berne, Fribourg, Cologne et Genève. La faveur semble alors venir du royaume de France : Louise de Savoie, mère de François 1^{er}, l'appelle à son service à titre de médecin et astrologue mais il a le tort, simple naïveté ? jeu maladroit avec les différentes factions?, de se commettre avec le connétable de Bourbon... Il dut quitter Lyon pour Anvers, où il exerça la médecine jusqu'en 1530. A la même date, pourvu d'un office impérial à Malines, et malgré cette nouvelle fonction, il fut emprisonné pour dettes. La publication de ses œuvres, qui circulaient jusqu'alors par la copie, provoqua les attaques grandissantes des théologiens de la faculté de Louvain. Le soutien du légat du pape, de l'évêque de Liège et de l'archevêque de Cologne, auprès duquel il finira par se réfugier, lui permirent d'échapper à l'inquisition et à la persécution. Est-ce pour se soustraire à cette hostilité croissante des milieux germaniques, et dans l'espoir de retrouver la faveur de la cour de France, toujours est-il qu'on le retrouve à Grenoble, en 1535, où il mourra la même année. Il laissait une œuvre abondante qui atteste de son esprit universel et que charpentent les traités de la philosophie occulte, de la prééminence du sexe féminin, de l'incertitude et de l'abus des sciences auxquels il faut ajouter de nombreux mémoires de défense, écrits polémiques, textes théologiques et même des traités de l'exploitation des mines et des feux de guerre⁽⁵⁾. Ce petit homme infatigable et pugnace aura par ailleurs tissé un large réseau d'amitiés et d'échanges dont il reste une assez volumineuse correspondance⁽⁶⁾, véritable biographie intellectuelle en acte, qui rend compte aussi de la profonde humanité de celui qui a pu écrire à propos de sa troisième et dernière épouse : « elle est morte, morte, et avec elle tout est mort en moi »⁽⁷⁾.

La femme ou le miroir du ciel

Le traité de *La noblesse et de la prééminence du sexe féminin* s'inscrit dans un courant littéraire en vogue au début du XVI^{ème} siècle et peut être considéré comme l'expression la plus achevée et sans doute la plus radicale d'un discours sur la femme apparu à la fin du Moyen-Age. Ce texte se présente comme une dissertation, un exercice d'école, dont les conditions d'écriture et d'élaboration prévalent peut-être sur l'argumentation développée. Rédigé en 1509, dans le but d'attirer les faveurs de Marguerite d'Autriche, il évoque avant tout ces interminables joutes oratoires, héritières de la dispute médiévale, au cours desquelles les universitaires gagnaient ou perdaient une réputation et où ce qui importait était moins le contenu même de la discussion que la capacité à développer de façon cohérente une argumentation contraire à celle de l'adversaire. Dans un tel cadre, il n'est pas étonnant de voir la notion de paradoxe, et les figures rhétoriques qui l'accompagnent, prendre une place telle qu'on peut l'ériger en genre littéraire particulier. On peut certes dire qu'Agrippa a fait l'éloge de la femme comme Erasme a pu faire celui de la folie. Mais comme dans le cas d'Erasme et de nombreux auteurs « paradoxaux », le procédé rhétorique renoue ici avec la fonction de recherche philosophique de la vérité que lui accordait l'Antiquité et permet la libre expression d'une pensée critique des croyances

communes. La question des sexes a toujours joué un rôle déterminant dans le dogme religieux et la formation des orthodoxies, et plus généralement dans toute conception de l'homme et du monde. Ce n'est donc pas un hasard si Agrippa a choisi de débiter dans l'enseignement par une discussion approfondie de cette redoutable question. L'intérêt de ce traité, et ce ne fut d'ailleurs pas le seul écrit qu'il consacra au sexe féminin, est de rassembler en peu de pages l'ensemble des arguments développés par les champions des femmes depuis le début du XVI^{ème} siècle⁽⁸⁾. Mais s'il se rattache à ce courant féministe au demeurant très composite, c'est pour mieux lui donner la cohérence qu'il n'avait pas jusqu'alors. Agrippa unifie en effet des discours disparates aux origines diverses, tant sur le plan doctrinal que sur le plan du contexte sociologique. Il joue là pleinement son rôle d'auteur hermétique qui s'attache à dégager l'esprit, la quintessence, d'une matière confuse. En conclusion de ce traité, il rappelle qu'il « a montré la prééminence du sexe féminin d'après son nom, le lieu, et la matière de sa création, et quelle dignité supérieure à l'homme elle a reçu de Dieu », en s'appuyant « sur la nature, les lois humaines, diverses autorités, divers raisonnements, divers exemples ». C'était rappeler le plan suivi dans ce texte méthodique où sont tour à tour convoqués l'étymologie, les arguments d'autorité - à travers les Ecritures, Saint Paul et Saint Augustin, mais aussi Plin, Galien, Avicenne - et les explications naturelles et historiques. « La femme fut le dernier ouvrage de Dieu qui l'introduisit dans notre monde comme la reine d'un royaume déjà préparé pour elle ». Cette affirmation des premières pages rend fidèlement le ton général de l'ouvrage et montre combien Agrippa accordait un statut exceptionnel à la femme qu'il considérait comme un signe du Divin sur terre et presque comme une preuve incarnée de l'existence de Dieu. Cette thèse suppose d'avoir préalablement écarté la conception théologique dominante pour laquelle une malédiction s'attache au sexe féminin pensé comme second dans le dessein de Dieu, comme inférieure physiquement et intellectuellement à l'homme, et comme indissociablement liée au péché originel. Conçue avec les anges au Paradis, alors qu'Adam est issu du limon de la terre et associé à tout phénomène de corruption, Eve, dont le nom signifie vie, ne lui est pas inférieure dans l'ordre de la Création. Assurant la reproduction de l'espèce, elle incarne bien au contraire le dynamisme et la vitalité. Agrippa exprime à ce propos des positions originales, en insistant sur la responsabilité première de la femme dans la génération. Prenant appui sur Galien et Avicenne, il minimise la part de l'homme en la réduisant à n'être « qu'un accident de la sub-

stance ». Mieux, il n'exclut pas la possibilité d'une parthénogenèse de l'espèce humaine, rapporte avec complaisance l'existence d'îles où les femmes conçoivent sous l'effet du vent, et se risque à donner comme exemple le cas si particulier de la Vierge Marie. Cette hypothèse de la parthénogenèse vise à légitimer l'analogie de la femme avec le divin sous-jacente à tout le traité, et à la disculper définitivement du péché originel. Le péché de naissance est avant tout associé au désir sexuel dont Agrippa a tendance à exempter la femme. Adam est d'ailleurs le seul responsable de la chute puisqu'il aura péché en connaissance de cause, au contraire de sa compagne qui aura agi en toute ignorance. Véritable miroir du ciel, la femme se voit ainsi investie d'une cohérence absolue tant sur le plan physique que sur le plan moral. Agrippa loue avec insistance la beauté corporelle, quasi-géométrique, l'harmonie et la finesse des traits des femmes qui s'avèrent encore supérieures aux hommes quant aux vertus : elles sont plus courageuses, pieuses, tempérantes et sont capables de sacrifice. Elles possèdent un pouvoir de guérison (par le lait maternel, par le sang menstruel) dont sont dépourvus les hommes, ont inventé par ailleurs les arts libéraux et maîtrisent mieux que leurs compagnons ce trait d'union entre l'humanité et son Créateur que constitue la parole. Le discours d'Agrippa prend une tonalité critique lorsqu'il déplore l'exclusion sociale des femmes et les injustices qu'elles subissent et notamment l'étrange éducation qui sert à reproduire cette inégalité et à les rendre soumises : « à peine née, en effet, la femme, est maintenue oisive à la maison dès ses premières années, et comme si elle était incapable de fonction plus importante, elle n'a pas d'autre perspective que les aiguilles et le fil ». Tombé du jardin d'Eden, l'homme a en effet dû créer des lois, lois humaines, temporelles et accidentelles, qui ont leur origine dans son orgueil. Il n'est pas surprenant de voir que la femme, qui obéit aux lois naturelles et divines, en soit la première victime. La réversibilité de l'argumentation en faveur de la suprématie féminine favorise une forte cohérence du discours mais contient ses propres limites : le paradoxe ne permet pas de sortir d'une conception hiérarchisée des sexes et du cercle attirance/répulsion. Reste, comme le remarque R. Antonioli qu'Agrippa représente un cas exemplaire de cette vision « féministe » qui se retrouvera bien plus, tard chez les romantiques puis chez les surréalistes⁽⁹⁾.

La théorie magique ou le nombre d'or

On doit, incontestablement, rattacher Agrippa à ce vaste mouvement intellectuel qui ne se

(suite p.11)

DÉCOUVERTES RÉCENTES EN PSYCHOPATHOLOGIE FAMILIALE

Cycle de conférences organisé par la
Société de Thérapie Familiale Psychanalytique d'Ile-de-France

11/10/2000 : Jean-Pierre Dumont, *S'approprier un enfant : PMA, clonage, thérapies génétiques*. Discutant : Gérard Huber

08/11/2000 : Philippe Mazet, *Le syndrome de Munchhausen par procuration*. Discutant : Gérard Decherf.

13/12/2000 : Jean-Claude Maes, *Famille et sectes*. Discutant : Alberto Eiguier.

10/01/2001 : Claude de la Genardière, *Sept familles à abattre : du jeu de cartes au fantasme*. Discutant : Serge Tisseron.

14/03/2001 : Sylvie Faure-Pragier, *Demande de procréation assistée par des femmes célibataires et homosexuelles*. Discutante : Florence Baruch.

Cycle complet : étudiants, internes, membres de la Société : 180F. Formation professionnelle : 500F. Autres : 250F. Conférence : 60F.

Renseignements : STFPIF : 7 rue Ernest Cresson, 75014 Paris, Tél. : 01 45 40 08 10. Fax : 01 46 61 68 21.

La prévention de la transmission du VIH parmi les patients suivis en psychiatrie (1ère partie)

Cette synthèse vise à rendre compte d'un travail, initié en 1995 par un groupe de médecins psychiatres praticiens hospitaliers⁽¹⁾, qui avait pour objectif de faire un état des lieux de la prévention de la transmission sexuelle du VIH parmi les patients suivis en psychiatrie, de recueillir les représentations des différents professionnels et d'identifier des problématiques rencontrées par les patients. Un deuxième objectif poursuivi par le groupe de travail était, au travers de la participation répétée des services ainsi que des comptes-rendus régulièrement restitués aux équipes, de soutenir une mobilisation et une sensibilisation des équipes sur la question de la prévention.

Méthodologie

L'enquête, à laquelle ont participé 5 établissements psychiatriques⁽²⁾ (4 en Ile-de-France et 1 dans la région PACA), a comporté quatre volets successifs :

- deux questionnaires fermés proposés à tous les intervenants des 5 établissements, le premier en intra-hospitalier (n = 1067), le second en extra-hospitalier (n = 1020). Les items portaient sur les actions de prévention et leur évaluation, le rôle des professionnels, la sexualité à l'hôpital et la position des équipes sur le sujet, la perception ou non d'une vulnérabilité particulière des patients. Ces questionnaires ont fait l'objet d'un traitement statistique y compris un certain nombre d'analyses par croisement de variables.

- deux enquêtes au moyen d'entretiens semi-directifs : la première, avec 34 patients, comportait des items sur l'évaluation des connaissances et la représentation du VIH, le vécu de la sexualité, la perception du risque de contamination pour eux-mêmes et leurs difficultés en matière de prévention ; la seconde avec 39 soignants (médecins psychiatres chefs de service, cadres infirmiers(ères), infirmiers(ères)), portait sur la représentation de leur rôle en matière de prévention, les actions mises en œuvre dans les services, leur évaluation et les difficultés rencontrées. Ces entretiens ont fait l'objet d'une transcription et d'une analyse longitudinale. Les propos recueillis ont été isolés en unités d'information, classées par thèmes eux-mêmes définis à partir des objectifs de l'enquête. L'ensemble de l'analyse a ici été centrée sur les contenus, avec les limites qui en découlent à sa-

voir, par exemple, la seule prise en compte du discours manifeste, l'isolation du discours de son contexte de production... Ces résultats donnent, cependant, des éléments suffisants pour élaborer une politique de prévention en institution psychiatrique et ce, même s'il serait intéressant à terme de reprendre l'ensemble des entretiens pour en faire une analyse structurelle.

Tous les services ont été confrontés à la prise en charge de patients séropositifs, asymptomatiques ou malades, parfois en phase terminale, ce que confirment les questionnaires. En effet, 69,3 % des répondants ont été en contact, professionnellement, avec une personne séropositive et 41 % avec un patient malade. Par ailleurs, tous les services rencontrés avaient dans leur file active, au jour de l'entretien, plusieurs personnes séropositives. On peut faire l'hypothèse que ce résultat est en relation avec le fait que les sites choisis pour l'enquête étaient situés pour quatre d'entre eux dans des zones de recrutement ayant la plus forte prévalence pour le VIH.

Il est nécessaire, aussi, de ne pas oublier que des contaminations par le VIH entre patients ont eu lieu dans le cadre des institutions ayant participé à l'enquête, mais pas seulement dans ces dernières⁽³⁾, ce dont témoignent à la fois des professionnels et des patients.

Il a été fait le choix de se centrer ici sur la prévention primaire de la transmission sexuelle du VIH parmi les patients relevant de l'institution psychiatrique, les questions ouvertes par le suivi des patients séropositifs ne seront donc pas développées ici.

La sexualité des patients

Il a été un moment implicitement admis que l'institution psychiatrique protégeait les patients des risques de transmission du fait même des règles de fonctionnement interdisant la plupart du temps la sexualité. Les questionnaires montrent les limites de cette interdiction : 74,4 % du personnel dit avoir connaissance de relations sexuelles entre patients dans l'établissement même lorsqu'il est fait état d'une interdiction⁽⁴⁾. Des réponses un peu différentes recueillies au niveau des services (61 %) rendent peut-être compte d'une plus grande observance de cette « règle ». Les patients hospitalisés connaissent tous cette « interdiction » même si elle n'est

jamais explicitement énoncée. Un certain nombre d'entre eux témoignent de la construction de « stratégies de contournement » comme l'utilisation d'un lieu isolé dans le parc, l'observation des habitudes de surveillance des soignants... L'objectif du contournement de l'interdit n'est pas dans la transgression en elle-même mais plutôt dans la recherche d'une intimité évitant de placer l'autre en position de voyeur et soi-même en position d'exhibitionniste. Lorsqu'un patient dit n'avoir pas eu de relations sexuelles à l'hôpital, ce n'est jamais en référence à cette interdiction mais c'est par absence de désir (les médicaments sont alors évoqués), absence de partenaire, l'existence d'un(e) partenaire à l'extérieur, refus de le faire « entre malades ». Enfin, certains témoignages évoquent, clairement, le fait que ces relations sexuelles ne sont pas toujours entre deux personnes consentantes ou que le consentement de l'une est soumis parfois à de pressantes demandes matérielles. Par ailleurs, pratiquement tous les patients rencontrés ont témoigné d'une sexualité active, ponctuelle ou régulière, dans l'établissement ou à l'extérieur, et les deux tiers évoquent plusieurs relations sexuelles « non protégées » ces dernières années.

L'information dont disposent les patients

Un des objectifs des entretiens était l'évaluation des connaissances des patients sur la nature et la gravité de la pathologie, les modes de contamination et les moyens de prévention, le test de dépistage, l'hypothèse étant que ces informations seraient incontournables pour pouvoir intégrer la prévention dans ses relations sexuelles.

Les représentations du sida les plus fréquentes (plus des 2/3 des réponses) sont celles d'une maladie mortelle, à la fois rapidement et inéluctablement. Ces représentations sont exprimées par des personnes souffrant d'une autre pathologie. C'est dire qu'elles vont se positionner différemment du « tout venant » face à une pathologie grave. Pour eux, il s'agira d'une autre pathologie, voire d'une pathologie supplémentaire. On peut, ainsi, repérer les positions suivantes qui seraient à prendre en compte dans un travail de prévention auprès des patients hospitalisés en psychiatrie :

*Le sida c'est comme la maladie mentale
Parce que j'ai la maladie mentale, j'ai le sida*

Parce que j'ai la maladie mentale, je ne peux pas avoir le sida

Si j'avais le sida, j'aurais moins de maladie mentale

On retrouve ainsi cette difficulté à associer maladie mentale et infection par le VIH chez les professionnels, comme en témoigne B. Patin : « *La méthode associative a mis en évidence la difficulté pour les infirmiers(ères) à associer maladie mentale et infection par le VIH. Cette difficulté atteste que le double contexte de morbidité ne s'inscrit pas dans leur univers de référence... Cependant pour « rendre le familier insolite et l'insolite familier » (Moscovici) on compare la maladie mentale à l'infection à VIH et l'infection à VIH aux autres maladies connues* ».

C'est aussi « une maladie qui se voit » au travers, en particulier, de l'amaigrissement, des altérations de la peau... Cette représentation prédominante joue un rôle important dans la prévention, notamment dans les critères de choix du partenaire mais aussi dans la perception de son exposition au risque (« *je sais que je ne suis pas contaminé parce que l'image de mon corps n'est pas altérée, il n'est donc pas nécessaire de faire un test* »).

En ce qui concerne les modes de transmission, les 34 patients rencontrés connaissent

LIVRES

Du démon de Socrate Spécimen d'une application de la Science Psychologique à celle de l'histoire

Louis Francisque Lélut
L'Harmattan

Louis Francisque Lélut (1804-1879) a été médecin à Bicêtre puis à la Salpêtrière et à la Prison de la Roquette. Membre de l'Institut (Sciences morales et politiques) et Académicien de médecine, il fut à la fois un aliéniste célèbre et un politique, chargé de hautes fonctions pour l'hygiène publique et l'éducation. Il a publié, en 1836, ses *Introductions sur la valeur de l'altération de l'encéphale* et s'est employé à réfuter « *l'organologie phrénologique* » de Gall. En 1846, il poursuivit ses études de psychopathologie biographique et « historique » avec *L'amulette de Pascal*. En écrivant *Du démon de Socrate*, il n'avait pas l'intention, comme on l'a trop longtemps cru, de « réduire » le génie à la folie, mais celle de « démocratiser » l'Aliénation et, sous ce couvert, la Société. Il relativise ainsi en se servant de la « science psychologique », le mythe du Maître, maître penseur ou politique et récuse « l'inaliénabilité » naturelle des privilèges jusque dans le domaine de l'Esprit. Ce livre progressiste, au style incisif, a pu passer la censure grâce au statut affiché de conformiste catholique et de partisan de Louis-Napoléon de son auteur.

Construction de soi et handicap mental

Sous la direction de
Gérard Zribi et Jacques Sarfaty
Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique

Cet ouvrage définit les meilleures conditions possibles d'acquisition d'une autonomie psychique, d'une indépendance sociale optimum et d'une bonne qualité de vie. L'élaboration de relations triangulaires (familles, institutions, handicapés) réfléchies et évolutives, ainsi qu'une solidarité collective clairement exprimée, en sont très certainement des paramètres essentiels. Le traitement de plusieurs thèmes - l'annonce du handicap aux parents, l'éducation précoce, les relations des jeunes et adultes handicapés avec leur environnement familial et institutionnel, l'accompagnement des transitions liées à l'âge (l'adolescence, l'âge adulte) et des passages d'une forme de vie à une autre, l'emploi protégé et l'habitat, la sexualité, le vieillissement... - indique les conditions et les caractéristiques d'une vie sociale adaptée.

Dans la continuité de la mise en place d'une politique sociale du handicap puis d'une diversification accrue des services offerts, se profile aujourd'hui le temps du positionnement des usagers dans la définition des prestations, institutionnelles ou non, et du bénéfice de nouveaux droits (encore trop virtuels), comme celui d'exprimer sa personnalité et de disposer de choix d'existence. Au travers des différentes contributions (articles théoriques, témoignages, expériences) qui mettent en évidence les difficultés, les souffrances, mais aussi les potentialités et les évolutions individuelles et environnementales, sont dégagées des opportunités favorisant, de l'enfance à la vieillesse, l'élaboration d'identités personnelles et d'itinéraires qui soient propres à chacun.

Société Psychanalytique de Paris • Institut de Psychanalyse de Paris La psychanalyse de l'enfant

Conférences du mercredi

« LE MODE FREUDIEN DE LA SEXUALITÉ INFANTILE, AUJOURD'HUI »

18/10/2000 : *L'objet combiné, son rôle dans la sexualité féminine*, Cléopâtre Athanassiou

06/12/2000 : *Développement et troubles de l'identité sexuée*, Colette Chiland

17/01/2001 : *Mélanie Klein ou la matricide comme douleur et créativité*, Julia Kristeva

28/02/2001 : *La sexualité infantile et la causalité psychique*, Bernard Brusset

14/03/2001 : *De l'infantile à la névrose infantile*, Florence Guignard

30/05/2001 : *Sexualité orale et constitution du moi corporel*, Geneviève Haag

Université René Descartes • Un mercredi par mois à 21h15 • Conférences ouvertes à tout public : 12 rue de l'Ecole de Médecine, 75006 Paris.

Renseignements : Institut de psychanalyse, 187 rue Saint-Jacques, 75005 Paris. Tél. : 01 43 29 66 70 du lundi au jeudi de 10h à 12h et de 14h à 17h. Inscriptions : secrétariat de l'Institut uniquement pour le cycle complet ou sur place, le soir de la conférence pour les conférences à l'unité ou le cycle complet. Cycle complet des conférences du mercredi : 600F, à l'unité : 100F, formation permanente : 1 000F.

LIVRES

La greffe humaine**(In)certitudes éthiques : du don de soi à la tolérance de l'autre****Dialogue pluridisciplinaire sur****« La greffe, le don et la société »**

Sous la direction de Robert Carvais et Marilyne Sasportes

PUF

Dès la création de l'Etablissement français des Greffes, alors que les lois de bioéthique venaient d'être promulguées, la décision s'est imposée qu'une réflexion collective, avec des intervenants d'horizons divers, était nécessaire autour des interrogations que pose la greffe, dès lors que l'on veut bien dépasser sa dimension immédiatement médicale et technique. Pour ceux que la greffe concerne directement, les malades, leur famille, les médecins et les infirmières, et tous ceux qui, de près ou de loin, y prêtent attention, une tierce personne s'interpose, celui ou celle, vivant ou mort, dont un élément du corps devra contribuer à cette thérapeutique et venir s'insérer dans la relation que le médecin établit avec le malade. Cette insertion a nécessité un cadre juridique, une forme d'autorisation. Si l'on accepte de reconnaître que la greffe quitte ainsi le champ bien délimité de la dimension purement thérapeutique, ce livre dévoile beaucoup des visages que revêt ce recours à une tierce personne. Des éclairages inédits sont apparus sur le don, le refus, la justice distributive, le deuil, le consentement. Autour du malade, du médecin et du greffon, se dévoilent des univers, des fils tendus, et, peu à peu, le lien de la greffe avec le monde se construit, la rendant moins isolée et certainement mieux connue. Les textes présentés dans ce livre, ainsi que les résultats inattendus de la première enquête nationale sur le don d'organes constituent le point le plus complet à ce jour sur le sujet du prélèvement et de la greffe.

Atlas des fractures françaises**Les fractures françaises dans la recomposition sociale et territoriale**

Christophe Guillery

L'Harmattan

Loin de se résumer à la crise de certains quartiers populaires, les fractures sociales et territoriales structurent l'espace français au rythme des mutations socio-économiques et urbaines. Les fractures françaises ne se réduisent pas à la vision caricaturale d'une société divisée entre des « inclus » et des « exclus », entre des quartiers populaires à la dérive et des quartiers huppés en voie de désolidarisation. L'Atlas des fractures françaises souligne les limites d'une thématique de l'exclusion qui occulte en partie la question sociale ; le bilan mitigé de la politique de la ville n'étant que le reflet de cette impasse politique. L'ouvrage suggère, au contraire, la proximité sociale, et parfois territoriale, des classes populaires et moyennes qui subissent prioritairement les nouvelles mutations socio-économiques et l'insécurité sociale qui en résulte, tandis que les couches supérieures creusent l'écart en bénéficiant fortement de la nouvelle organisation de la société. La recomposition sociale et territoriale se réalise donc aujourd'hui plus par un accroissement des inégalités entre des catégories supérieures tentées par des pratiques d'évitement que par le décrochage des plus démunis et la dérive de quartiers dits sensibles. Cette recomposition sociale est renforcée par une accentuation des disparités territoriales qui favorise prioritairement les métropoles.

la contamination sexuelle et 24 d'entre eux la contamination par voie sanguine (transfusion ou échange de seringues). Tous connaissent l'intérêt du préservatif masculin comme mode de prévention mais les lieux d'acquisition restent, sauf la pharmacie, mal connus y compris lorsqu'ils sont mis à disposition dans les institutions. Cependant la fiabilité du préservatif laisse à désirer pour bon nombre de patients. Un tiers d'entre eux évoquent la possibilité d'un « claquage » et un lien est fait avec le lieu d'acquisition : la qualité est perçue comme meilleure lorsqu'ils sont achetés en pharmacie.

Toutes les personnes rencontrées évoquent soit le test de dépistage lui-même, soit la possibilité de faire un examen sanguin. Vingt-trois patients disent avoir fait au moins un test, parfois plusieurs, soit à partir d'une démarche personnelle, soit qu'il ait été fait à l'occasion d'un autre examen biologique, soit qu'ils pensent qu'il ait été fait lors du bilan biologique d'admission à l'hôpital.

Un certain nombre de patients ont fait une démarche personnelle et ont demandé un dépistage dans un contexte qu'on pourrait définir comme « adapté », c'est-à-dire soit comme bilan à la suite d'une relation sexuelle non protégée, soit dans une démarche conjointe des deux partenaires avec l'objectif de retirer le préservatif. On peut ainsi observer un lien très net entre le fait d'avoir intégré les informations et une utilisation « correcte » ou « adaptée » de la demande de sérologie de l'infection à VIH. On peut noter, enfin, que le fait d'être en « bonne santé » et, en particulier, de ne présenter aucun des symptômes liés à la représentation qu'on a de la maladie peut être un frein à la démarche de test. Il est par ailleurs préoccupant de constater que plus de la moitié des patients pensent que le test de dépistage des anticorps anti VIH est fait systématiquement à l'admission à l'hôpital et l'absence de résultats est interprétée comme un résultat négatif.

Toutes les informations dont disposent les patients viennent des médias et, en premier lieu, de la télévision. Les personnes rencontrées ont le sentiment d'être bien informées, ne sont pas globalement désireuses d'approfondir cette question et très majoritairement ne choisiraient pas un interlocuteur à l'intérieur de l'institution mais privilégieraient, pour aborder le sujet, un médecin généraliste en ville.

Les réponses aux questions posées sur ces thèmes étant dans la moyenne des réponses recueillies dans d'autres cadres⁽⁵⁾, on pourrait estimer, à un premier niveau, que maintenir ces dispositifs informatifs de prévention serait sans objet, mais les études KABP (études sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida) montrent, dans la population générale, une perte de la précision des informations au fil du temps. Il semble, aussi, nécessaire d'en reprendre certaines comme l'absence de contamination dans la vie quotidienne, le fait que l'hôpital ne pratique pas une sérologie systématique à l'admission, etc... En outre, les informations dont disposent, actuellement, les patients se révèlent souvent non opérationnelles, notamment lors de l'évaluation par les patients des risques pris pour eux-mêmes. Ici, il ne s'agit plus à proprement parler de renforcer le dispositif informatif mais plutôt de travailler sur les liens que les patients peuvent établir entre des informations d'une part et leur protection d'autre part.

Par ailleurs, au cours d'un certain nombre d'entretiens où des patients ont évoqué de façon précise les modes de transmission, l'existence du préservatif et du test de dépistage, il est apparu que quelques-uns parmi ces derniers se comportaient comme si ces informations restaient, en quelque sorte, complètement extérieures à eux-mêmes. Ceci a

permis de distinguer d'une part des patients pour lesquels il est possible de dire que l'information est « intégrée », elle est apparemment devenue une règle qu'ils peuvent s'imposer ou transgresser, d'autre part des patients pour lesquels il est au contraire plus plausible de poser l'hypothèse d'une « non-intégration » de cette information. Pour ces derniers, il s'agit d'une contrainte extérieure, un savoir extérieur. Ils n'ont pas incorporé l'information au sens de pouvoir « se le dire » (culpabilité, décision du test). Faut-il préciser que ceci n'est pas systématiquement en lien avec la nature des troubles psychiatriques dont souffre le patient ? Il faut souligner par ailleurs que le fait d'avoir « intégré » ou non les informations ne garantit en aucun cas la capacité de la personne à adopter des comportements de prévention mais qu'il s'agit peut-être d'une condition nécessaire à minima.

Enfin, il est peut-être important de rappeler « qu'un besoin de prévention n'est pas à tout coup traduit par une demande de prévention. Et cela n'est pas moins vrai quand le besoin est ressenti par le patient... il y a des attentes fortes qu'on risque de ne pas percevoir car elles restent muettes, il y a des demandes qui demandent à être devinées. N'oublions pas que, comme tout un chacun, les patients sont souvent loin d'avoir clairement conscience de leurs besoins⁽⁶⁾... ».

Les patients et la prévention de l'infection par le VIH

L'analyse des entretiens a permis de recueillir un certain nombre d'éléments, en lien avec l'utilisation du préservatif, qui vont participer aux difficultés de prévention. On peut ainsi faire une distinction entre des éléments qui relèveraient plus de l'utilisation du préservatif au sens « technique » en quelque sorte (le mode d'emploi, une érection rendue difficile...) et des éléments qui relèveraient plutôt de « l'usage », c'est-à-dire de tout l'imaginaire que le préservatif vient convoquer dans la relation comme, par exemple, le sentiment d'une séparation entre soi et l'autre qui rencontre le fantasme de « ne faire qu'un » dans la relation amoureuse.

On peut noter que malgré l'information sur le préservatif, et au-delà des difficultés liées à son utilisation, la question de sa fiabilité reste ouverte et son emploi n'apporte pas un réel sentiment de sécurité. Par ailleurs, parler de l'efficacité du préservatif n'est quasi jamais spontanément compris dans une relation avec un partenaire séropositif. En effet, pour la majorité des patients, comme dans la

population générale, ce cas de figure amène le plus souvent à exclure d'emblée les possibilités de rapports sexuels, le préservatif apparaissant dans ce cas-là comme une barrière dérisoire. Cette stratégie d'évitement des relations sexuelles en lien avec le sentiment que le préservatif n'est pas quelque chose de vraiment fiable amène certains patients à mettre en place des logiques de prévention telles que :

*Je ne peux pas m'éprouver dangereux pour l'autre**Je suis séronégatif parce que je suis en bonne santé**Donc je n'ai pas besoin de préservatif pour protéger l'autre**Si l'autre est séropositif, il doit mettre un préservatif pour me protéger**S'il met un préservatif, c'est qu'il est séropositif**Donc je n'ai pas de relations sexuelles avec lui**Si l'autre est séropositif, il doit mettre un préservatif pour me protéger**Mais s'il ne met pas de préservatif, c'est qu'il est séronégatif**Donc il n'est pas nécessaire de me protéger*

Les propos recueillis ont permis d'identifier d'autres paramètres intervenant dans la prévention et qui sont en lien direct avec ce qui a motivé l'hospitalisation des patients et/ou avec le fait de vivre dans une institution. En effet, certains patients peuvent se saisir de la possibilité d'une contamination comme modalité de mise en acte d'un désir de mort ou investir le fait d'être contaminé d'un caractère positif. Le fait aussi d'être atteint d'une maladie psychique peut être interprété comme fermant la possibilité de contracter une autre pathologie (somatique en l'occurrence). L'hospitalisation peut protéger provisoirement de l'exposition à un risque (par exemple, refuser des relations sexuelles avec des personnes hospitalisées ou parce qu'on est malade) ou favoriser, au contraire, une plus grande exposition au risque « *car si quelqu'un était contaminé cela se saurait, entre nous il n'y a pas de danger*⁽⁷⁾... ».

L'ensemble des entretiens témoigne, s'il en est besoin, que la prévention ne peut, en aucun cas, être réduite à un comportement individuel, voire volontariste, mais que sa possibilité de mise en acte présuppose l'existence de nombreux éléments, tant conscients qu'inconscients, et passe nécessairement par une négociation (plus ou moins explicite) dans la relation avec le (la) partenaire, voire par une délégation au partenaire. Elle ne peut donc jamais être considérée comme un comportement définitivement « acquis » : les connaissances de la personne, son état psychique, le

Société Psychanalytique de Paris • Institut de Psychanalyse de Paris**Conférences du jeudi****« LE FACE À FACE PSYCHANALYTIQUE »**12/10/2000 : *Le travail du psychanalyste : du cadre de la cure à ses variations, modifications, extensions*, André Green23/11/2000 : *Psychanalyse et psychothérapie psychanalytique : de l'interspersonnel à l'intrapersonnel*, Alain Gibeault14/12/2000 : *Trauma et psychothérapie trop brève*, Jean Cornut18/01/2001 : *Face à face, corps à corps*, Marília Aisenstein08/02/2001 : *L'emprise thérapeutique et la psychanalyse*, Paul Denis03/05/2001 : *Du psychodrame psychanalytique au face à face*, Paul Israel14/06/2001 : *Trois repères pour la psychothérapie psychanalytique en face à face*, René Roussillon

Université René Descartes • Un jeudi par mois à 21h15 • Conférences ouvertes à tout public : 12 rue de l'Ecole de Médecine, 75006 Paris.

Renseignements : Institut de psychanalyse, 187 rue Saint-Jacques, 75005 Paris. Tél. : 01 43 29 66 70 du lundi au jeudi de 10h à 12h et de 14h à 17h. Inscriptions : secrétariat de l'Institut uniquement pour le cycle complet ou sur place, le soir de la conférence pour les conférences à l'unité ou le cycle complet. Cycle complet des conférences du mercredi : 600F, à l'unité : 100F, formation permanente : 1 000F.

SÉMINAIRE DE PSYCHIATRIE BIOLOGIQUE 2000-2001

Organisé dans le cadre du DES de Psychiatrie, ce séminaire sous la direction de :
H. Léo (Paris), A. Gérard (Paris) et J.P. Olié (Paris) a lieu le

Jeudi à 14 heures

Salle de Conférence Pierre Deniker du Service Hospitalo-Universitaire de Santé
Mentale et de Thérapeutique (rez-de-chaussé haut),

Hôpital Sainte-Anne, 7 rue Cabanis, 75014 Paris. Inscriptions : tél. : 01 45 65 81 56.
Il est ouvert à tous les spécialistes intéressés. Le thème de cette année est consacré aux

Troubles du comportement

- 23/11/2000 : *Les déterminants comportementaux*, O. Guillin, J.P. Olié
30/11/2000 : *L'agitation*, F. Petitjean
07/12/2000 : *L'inhibition*, D. Sechter
14/12/2000 : *Impulsivité et agressivité*, F. Bayle
21/12/2000 : *Troubles du comportement et pathologie bipolaire*, C. Gay
01/01/2001 : *Troubles du comportement et pathologie schizophrénique*, V. Kapsambelis
11/01/2001 : *Troubles psychocomportementaux des sujets âgés*, Ph. Robert
18/01/2001 : *Troubles du comportement chez l'enfant*, N. Godart
25/01/2001 : *Troubles du comportement et abus de substances psycho-actives*, H.J. Aubin
01/02/2001 : *Troubles des conduites alimentaires*, C. Foulon
08/02/2001 : *Jeux pathologiques*, M. Lejoyeux
01/03/2001 : *Troubles ds conduites sociales*, A. Gut
08/03/2001 : *Les phobies sociales*, C. André
15/03/2001 : *Les rituels comportementaux*, B. Millet
22/03/2001 : *Troubles comportementaux et épilepsie*, C. Digé

moment de sa relation avec une personne, sa rencontre avec une autre, etc... sont autant de paramètres déterminants dans cette négociation qui va se rejouer non seulement avec chaque nouveau partenaire mais aussi lors de chaque nouveau rapport sexuel avec le même partenaire. Au travers des propos recueillis, on peut noter que ce qui va fonder les modalités de mise en œuvre de la prévention est, au-delà des informations minimum requises, très différent d'une personne à l'autre.

Les professionnels et la prévention de l'infection à VIH

La question de la prévention auprès des patients ne peut se poser que si les professionnels ont le sentiment que leurs patients sont exposés, voire plus que la population générale, au risque de contamination par le VIH. Si les patients suivis en ambulatoire sont le plus souvent comparés à la population générale au regard de la contamination, les patients hospitalisés sont eux souvent considérés comme plus exposés à une transmission sexuelle du VIH. Compte-tenu du peu de publications sur le sujet, il n'est pas possible actuellement de se prononcer sur cette question⁽⁸⁾ mais on ne saurait méconnaître la surmortalité⁽⁹⁾ des malades mentaux et la place que pourrait y jouer le sida. Par ailleurs, les questionnaires ne font pas apparaître de lien direct entre la reconnaissance de l'existence de relations sexuelles dans l'établissement et le sentiment que les patients sont exposés ou plus exposés que d'autres à la transmission du VIH.

La prévention est majoritairement considérée comme faisant partie du rôle professionnel des personnes enquêtées (87 %) et c'est notamment le cas pour 96 % des médecins, cadres infirmiers(ères) et infirmiers(ères). La plupart des répondants (85 % en intra-hospitalier et 94 % en extra) affirment que la prévention n'est pas uniquement l'affaire du patient et les trois quarts considèrent que leurs interventions peuvent conduire les patients à modifier un comportement à risque. Une autre recherche portant sur les représentations des infirmiers(ères) de secteur psychiatrique rapporte des résultats proches : 10 % seulement des personnes interrogées ne considèrent pas comme pertinente la mise en œuvre de la prévention⁽¹⁰⁾. Cependant si, au travers des questionnaires, l'intérêt de l'exercice d'une

prévention auprès des patients semble fédérer l'ensemble des intervenants en psychiatrie, les entretiens montrent que ces réponses doivent être interprétées de façon beaucoup plus différenciée, notamment en fonction des rôles professionnels : en effet, les médecins psychiatres se positionnent globalement de façon plus institutionnelle (la prévention est nécessaire dans l'institution mais ne relève pas directement de leur rôle) là où les infirmiers(ères) perçoivent la prévention, au même titre que le soin, comme partie intégrante de leur rôle professionnel. Ce type de positionnement favorise, s'il en était besoin, un désinvestissement des médecins évoqué par presque toutes les équipes et la délégation de responsabilité vers les infirmiers(ères). Ces éléments ne sont pas propres aux établissements concernés par ce travail mais ont été identifiés au cours d'autres recherches, en particulier celle de Bertille Patin⁽¹¹⁾ : « Pour autant, la prévention n'a fait l'objet d'aucune consigne médicale, ce qui laisserait sous-entendre qu'elle s'inscrit dans le rôle sur prescription de l'infirmier... Elle est alors interprétée comme le résultat de la volonté infirmière, s'opposant au manque d'intérêt des médecins ».

Les médecins perçoivent différemment leurs responsabilités lorsque le patient est hospitalisé (sentiment de responsabilité maximum) ou lorsqu'il est suivi en ambulatoire (la responsabilité est déléguée du fait de l'impossibilité d'une surveillance hors institution et éventuellement déléguée aux parents ou aux tuteurs). Il faut noter que les infirmiers(ères) n'évoqueront jamais cette différence.

Les acteurs de prévention évoqués, au niveau institutionnel, sont les comités sida à qui est déléguée la réflexion de fond sur l'infection à VIH, et les référents des différents services qui sont le plus souvent des infirmiers(ères) volontaires. Le choix d'un « référent » a pour avantage de faciliter les liens entre les équipes et les activités du comité sida mais favorise aussi dans les services une sorte de délégation des problèmes liés au VIH uniquement vers le référent qui devient, en quelque sorte, « le spécialiste ». La prévention, en étant déléguée à la responsabilité, aux représentations des rôles professionnels et au bon vouloir de chacun, permet de faire l'économie d'un travail d'équipe qui, d'une part, offrirait un cadre et un soutien aux soignants, et d'autre part, permettrait une appropriation progressive d'une sorte de « culture » de prévention à l'intérieur de l'institution psychiatrique, qui de

l'infection par le VIH pourrait s'étendre à d'autres problématiques.

Les actions de prévention en direction des patients

Globalement, trois types d'actions de prévention sont développées en direction des patients. L'interdiction des relations sexuelles à l'intérieur des établissements est sûrement la première même si elle n'est jamais citée comme telle et si elle a été mise en place pour d'autres motifs avant l'émergence de l'infection par le VIH. Les informations recueillies auprès des professionnels et des patients permettent d'en percevoir, au-delà des questions éthiques rarement posées, très rapidement les limites.

Le deuxième axe est représenté par la mise à disposition de préservatifs masculins. Si les questionnaires recueillaient 87 % d'avis favorables à cette mise à disposition en extra-hospitalier et 90,8 % en intra-hospitalier (en déclarant 64 % de mise à disposition effective dans les services), les entretiens font apparaître une réalité bien différente. Des préservatifs sont à disposition dans tous les établissements rencontrés mais, signes probables d'une résistance, les lieux ne sont pas souvent identifiés ni par les soignants ni par les patients, le réapprovisionnement est très loin d'être régulier et systématique. Enfin, les modalités de distribution sont extrêmement variables d'un service à l'autre, voire à l'intérieur d'un même service (à disposition libre et anonyme, nécessité de demander, distributeur...).

Les autres actions de prévention sont peu nombreuses, quasi uniquement à l'initiative des infirmiers(ères) et favorisent le cadre d'une relation duelle (62 % des personnels disent parler de prévention, avec les patients), entretien où il s'agirait essentiellement de rappeler les informations et de passer un message de rappel sur un mode exhortatif de type : « il faut faire attention, mettez un préservatif ». Ces interventions se fondent sur un certain nombre de postulats qui sous-tendent les actions de prévention et qui auraient besoin d'être interrogés plus avant, comme par exemple : « l'information amène un changement de comportement », « personne ne souhaite être contaminé », « la prévention est du domaine de la maîtrise donc du conscient »... Par ailleurs, ce choix de la relation duelle pourrait ouvrir la possibilité d'une personnalisation de l'approche de la prévention en fonction des difficultés rencontrées par le patient mais il a pour inconvénient d'être entièrement laissé à l'appréciation des soignants et présuppose implicitement pour eux une capacité à parler de sexualité. Or, permettre cette parole est ressenti, par les professionnels, comme se placer en contradiction avec l'interdiction des relations sexuelles dans l'institution. Parler de sexualité, ou de pratiques sexuelles, est aussi le plus souvent ressenti comme une possibilité de faire effraction dans l'intimité du patient et de modifier la nature de la relation soignant-soigné en intégrant des éléments vécus comme potentiellement provocateurs ou séducteurs difficilement intégrables dans cette relation.

Parmi les autres difficultés rencontrées par les infirmiers(ères), mais aussi largement partagée par les autres professionnels, on identifie la difficulté en soi d'aborder le thème des relations sexuelles, l'absence de discours possible en équipe sur la sexualité, l'absence de formation sur le sujet, les représentations qu'ont les personnels de la sexualité des « malades mentaux », représentations qui oscillent entre « les images de la prostituée, de l'innocent ou de l'animal ». ■

Christiane Charmasson, Dominique Rolland et Dominique Velche

(1) Constaté par Ch. Charmasson, responsable de la recherche-action, A. Georgieff, coordinateur, F. Arnaud, C. Barral, P. Beau, M. Duroussy, P. Eche, T. Gream, Bl. Guigue, L. Lemoigne, D. Rolland, Cl. Veil, D. Velche.

(2) EPS Ville-Evrard, EPS Maison Blanche, EPS Montpellier, EPS Perray-Vaucluse, Institut Marcel Rivière (MGEN).

(3) PATIN Bertille, *Maladie mentale et infection à VIH : représentations et comportements en milieu psychiatrique*, Paris, EHESS, Laboratoire de psychologie sociale (ANRS 1998).

(4) CHARMASSON, *Psychiatrie et VIH*, In Annales de Médecine Interne, 1991, 142, n° 4, pp. 259-296.

(5) GREMY Isabelle, BELTZER Nathalie, ECHEVIN Damien, *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en Ile-de-France*, Evolutions 1992 - 1994 - 1998 - ORS Ile-de-France, avril 1999.

(6) VEIL Claude, *Identification des besoins de prévention*, Journée sur la prévention du VIH en psychiatrie, juin 1997.

(7) Témoignage d'un patient

(8) DROUIN MJ, Le sida dans les populations psychiatriques, In : Cohen H, Levy I : Le sida : perspectives contemporaines et enjeux, Montréal, Editions du Méridien, 1997.

LINARD F, BEAU P, SILVESTRE D., Psychiatrie et infection à VIH chez l'adulte, Paris : Encycl. Méd., Chir., Psychiatrie, 1995, 37-750-A-20.

(9) CASADEBAIG B. (Dir), *Accès aux soins somatiques, morbidité physique et mortalité de patients schizophrènes*, INSERM unité 302 : Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique.

CASADEBAIG B. (Dir), *Accès aux soins somatiques et morbidité physique de patients schizophrènes*, INSERM unité 302 : Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique

(10) PATIN Bertille, *Maladie mentale et infection à VIH : représentations et comportements en milieu psychiatrique*, Paris, EHESS : Laboratoire de psychologie sociale (ANRS 1998)

(11) Idem

LIVRES

Handicap et fonction publique Apports de la jurisprudence aux droits des personnes handicapées

Rémy Fontier
L'Harmattan

Cet ouvrage reprend le parcours qu'une personne handicapée doit emprunter pour devenir fonctionnaire et exercer. Sont d'abord résumés et commentés les jugements concernant les diverses commissions avec lesquelles devra se familiariser le candidat. Les droits des agents publics, et leurs limites, sont ensuite précisés, en matière de concours, de titularisation et de déroulement de carrière. Ce livre contient deux cent quarante références jurisprudentielles.

Commentaire du statut de la fonction publique hospitalière

Albert Faure en collaboration avec
Danielle Vilchien
Editions Berger-Levrault

Albert Faure, administrateur civil honoraire du ministère de l'intérieur et directeur honoraire de centres hospitaliers, vient de publier, en collaboration avec Danielle Vilchien, la 7ème édition du *Commentaire du statut de la fonction publique hospitalière* qui concerne environ 700.000 agents. L'ouvrage fait le point sur l'évolution des textes et de la jurisprudence relative au statut, en tenant compte, en particulier, des nombreuses modifications mises en œuvre depuis l'édition précédente de 1998. Ainsi, plus d'une centaine de nouvelles décisions de jurisprudence sont commentées s'ajoutant à celles déjà présentées.

LIVRES

Les usagers du système de soins

Sous la direction de Geneviève Cresson et François-Xavier Schweyer
Editions de l'École Nationale de la Santé Publique

Le terme d'usager est devenu le synonyme commode de malade patient, client et citoyen, tous concernés par la santé. L'usager serait le centre même du système de santé, celui pour lequel les investissements sont consentis, les professionnels formés et les équipements renouvelés...

Cet ouvrage propose quelques clés pour comprendre les transformations récentes de la question de l'usager du système de soins, dont le traitement engage les décennies à venir. Il est le fruit de la rencontre, au sein du Comité de recherche « Sociologie de la santé » de l'Association internationale des sociologues de langue française (AISLF), d'une vingtaine de chercheurs (sociologues, démographes, anthropologues, économistes) et de médecins. Les principaux thèmes abordés sont : la place de l'usager dans les récents dispositifs de santé publique ou dans les dernières lois hospitalières, les regards des professionnels sur le « bon » usager, leurs pratiques de tri, de définition et d'évaluation des différents types d'usagers, l'usager comme acteur à part entière du système, producteur de soins, de connaissances profanes, d'évaluation des professionnels...

La qualité des soins en France

Jean de Kervasdoué
La Mutualité française et Ed. de l'Atelier

Alors que, depuis 10 ans, le thème de la qualité des soins est au cœur des réflexions pour l'amélioration de notre système de santé, Jean de Kervasdoué, professeur d'économie et de gestion des services de santé au Conservatoire national des arts et métiers, fait le point sur ce sujet. Ce livre est un plaidoyer pour la mise en œuvre des procédures de qualité. Il met en garde contre une certaine conception des politiques de qualité des soins qui pourrait mener à une bureaucratisation et une déshumanisation des pratiques médicales. Enfin, il propose des mesures opérationnelles susceptibles d'être développées rapidement tant en médecine de ville qu'hospitalière.

Toxicomanies

Pierre Angel, Denis Richard et Marc Valleur
Masson

Cet ouvrage, très complet, sur les différents aspects des toxicomanies est un dernier né de la collection des *Abrégés de Médecine* des éditions Masson. Il est le résultat de la collaboration de divers professionnels de santé (psychiatres, médecins généralistes, pharmacologues, épidémiologistes, psychologues), chacun apportant un regard particulier sur la question de la toxicomanie. Pierre Angel s'est entouré de l'équipe du Centre Marmottan, spécialisée dans la prise en charge des toxicomanies. Les aspects socio-économiques y sont abordés, puis chaque toxique fait l'objet d'un chapitre complet, les différentes théories des addictions sont exposées. Les auteurs consacrent une large partie aux thérapeutiques actuelles. Ce livre, par son exhaustivité et sa clarté, paraît utile à toutes les personnes désireuses d'une source d'information et de référence sur le sujet.

C. Jallade

Du dispensaire au centre d'accueil médico-psychologique

Quimper est une ville de 60 000 habitants aujourd'hui, qui dispose depuis très longtemps d'un gros hôpital psychiatrique qui accueillait les hommes du Finistère, les femmes allant à Morlaix dans le Finistère nord (à 80km de là). Ces deux hôpitaux furent créés avant 1838, c'est-à-dire avant qu'Esquirol et quelques autres ne décident que l'institution psychiatrique se devait d'être à la campagne, instituant la grande relégation des fous hors de la ville. L'Hôpital psychiatrique de Quimper est situé sur une colline en plein centre ville: c'est au moins un avantage qui a, de façon sûre, facilité son évolution. Séparation des hommes et des femmes, éloignement de la plupart d'entre eux de leur « pays d'origine ». Tout ceci appartient au passé proche puisque c'est en 1974 seulement que le découpage sectoriel et la mixité qui en découlait ont été imposés aux chefs de service.

En 1979, l'hôpital Gourmelen de Quimper comptait une population de 1300 malades (ce fut la plus forte densité depuis sa création en 1826). Quelques consultations externes se faisaient en Dispensaire d'hygiène mentale (DHM) à Quimper et dans quelques communes plus rurales... C'est l'époque de la première visite à domicile infirmière... La préhistoire est toujours très proche en psychiatrie. En effet, en 2000 l'hôpital dispose de 170 lits plus 150 lits environ d'unités intersectorielles et d'un redéploiement vaste de dispositifs sectoriels. Progression spectaculaire mais à peu près conforme à celle de tous les autres secteurs et régions mais, rappelons-le, toujours, initiée et défendue par un ensemble d'acteurs qu'animait l'élan extraordinaire de la mise en place de la politique de secteur. On serait maintenant à la croisée des chemins, du secteur vers l'inter-secteur, de l'hôpital psychiatrique vers l'hôpital général, du secteur encore vers le réseau... déchirés que nous sommes entre des réalités budgétaires toujours à la baisse et des demandes croissantes, de nouvelles missions à définir.

Le CMP, un dispositif souple

Je propose, au travers d'un des dispositifs les plus souples, le CMP, d'opérer un recul critique sur son évolution et ses fonctionnements suivant le statut qu'on lui assigne. Cette lecture, on ne peut à mon avis la faire qu'à partir d'un axe allant de l'hôpital vers le secteur dans sa définition d'origine, c'est à dire une population définie avec sa culture, ses activités, ses traditions.

1- Donc dans l'option défendue de l'hospitalocentrisme on trouve :

Une première organisation très centrée par l'hôpital, héritière de l'hôpital-village, cette illusion humaniste de l'après-guerre. On y trouve, outre les pavillons d'hospitalisation, les bureaux de consultations externes, parfois un centre social, au moins une cafétéria, des animations possibles et le point de départ des activités infirmières de VAD. L'hôpital est revendiqué comme le lieu d'expression privilégié d'expression de la folie donc le lieu de la clinique et d'une spécificité professionnelle. Dans cette option, les CMP sont réduits à de petits centres de consultations souvent éloignés, donc souvent en milieu rural, ouverts quelques 1/2 journées par semaine et garantissant à des patients « qui ne peuvent pas se rendre à l'hôpital » une certaine continuité de soins. Ce dispositif est directement issu de l'ancien DHM dont la fon-

ction était axée sur la prévention tertiaire : éviter des rechutes, des retours prématurés à l'hôpital d'une population la plupart du temps psychotique et ayant connu l'hospitalisation.

Un deuxième type d'organisation est maintenant beaucoup plus développé

et permet à la plupart des secteurs d'énumérer dans leur dispositif les lieux cités dans l'arrêté de mars 86 : CMP, hôpital de jour, appartements thérapeutiques etc... Le CMP est souvent ouvert tous les jours avec une permanence infirmière de 9h à 17h et quelques consultations médicales et psychologiques. L'hôpital est décentré sur le secteur avec de multiples prolongements qu'on appelle parfois des antennes mais que l'hôpital soit menacé, problème d'effectifs médicaux ou infirmiers, il ramène bien vite ses antennes. C'est l'hospitalier qui prime. Bien sûr que l'extension en ville des offres de soins est positive et permet des interfaces minimum, mais, à l'occasion d'une « audit » organisée par la ville de Quimper cette année sur le « secteur social-secteur psychiatrique », on a bien été obligé d'entendre que la psychiatrie publique était toujours vécue comme une totalisation centrée par l'hôpital, trop souvent incompréhensible et inaccessible, cristallisant les ambivalences de l'usager vis-à-vis de la psychiatrie et, paradoxalement, apparaissant comme toute puissante dans ses moyens : « ne disposez-vous pas de vos unités hospitalières à temps plein, de vos hôpitaux de jour, de vos propres appartements dans la ville, de vos structures d'animation et de loisirs (les CATT) ? ». Repérage d'une population stigmatisée « appartenant à l'hôpital » et devant se suffire de son dispositif et en même temps flou quant à l'accessibilité de nos services par une autre population dite nouvelle.

Un recul critique

Loin de moi l'idée de dénier l'importance des représentations liées à la santé mentale mais ne pouvons-nous pas faire un recul critique sur ces fonctionnements, sur nos fonctionnements ?

- Un CMP dont les coordonnées sont illisibles ou inexistantes dans un annuaire, inconnues de nos collaborateurs, seulement disponibles auprès des secrétariats des CHS est-il accessible ?

- Un CMP ouvert « aux heures de bureau » c'est à dire fermé à 17 heures et le week-end peut-il accueillir les usagers qui travaillent ?

- Un CMP offrant des possibilités de rendez-vous avec un psychiatre à un mois peut-il répondre à l'urgence et/ou aux situations de crise ?

- Un CMP établissant que tout patient doit d'abord être reçu par un psychiatre répond-il au « psychologique » contenu dans son appellation, aux demandes de psychothérapies ou de consultations psychologiques formulées directement ?

- Un CMP fonctionnant dans les locaux de l'hôpital peut-il répondre aux besoins des personnes résolument en défiance par rapport à l'hospitalisation ?

2- Bien sûr, l'option que je voudrais défendre ici est celle d'un CMP de secteur, établi comme son pivot à partir duquel s'organise le reste du dispositif.

Le secteur : tentons d'en retrouver son sens, son origine. C'est G. Baillon⁽¹⁾ qui nous le rappelle : « la politique de secteur a basé son hypothèse de travail sur l'application de deux idées : l'une reprenait l'enseignement des générations précédentes sur la longue durée des troubles psychiques, mais en soulignant la nécessité que la suite des soins soit élaborée par les mêmes soignants, c'était l'idée de la continuité des soins, l'autre était nouvelle pour la psychiatrie, c'était l'idée de la contextualité, c'est à dire d'un soin s'appuyant sur « le monde proche » du patient, le monde où vit la personne, en valorisant de façon ferme les liens de la personne avec les membres de son entourage ». La politique de secteur s'est développée ainsi comme critique radicale de l'hospitalisation en tant que moyen prévalent ou exclusif du soin. Les alternatives à l'hospitalisation se sont développées, fonctionnent et établissent l'hôpital comme un des lieux du dispositif, en articulation avec les autres, grâce au CMP.

Cela suppose que le CMP soit clairement situé en dehors, pas seulement concrètement mais dans les signes et le style d'accueil qui y est proposé :

- sur les signes une anecdote : il a fallu beaucoup d'énergie pour obtenir des arrêtés de travail vierges, non pré-imprimés à l'ordre de l'hôpital Gourmelen, beaucoup d'énergie encore pour conserver des ordonnances à entête du CMP dans la préparation actuelle des ordonnances sécurisées où revenaient les ordonnances uniques à entête de l'hôpital. Et que dire de la charte du patient hospitalisé affichée dans les CMP ?

- sur le style : l'accessibilité du lieu, sa souplesse de fonctionnement fondée sa capacité d'accueil et de rencontre.

C'est-à-dire qu'on se situe clairement non pas comme un service de suite ou de suivi par rapport à l'hospitalisation mais comme proposition d'accès direct aux soins.

LE CONGRÈS DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE

La prochaine session du Congrès se tiendra à Beyrouth du 22 au 27 avril 2001. Le comité d'organisation est composé de D. Hachem et J. Hafez de Beyrouth et de S. Tawil de Paris.

Les trois rapports seront axés sur les thèmes suivants :

• Rapport de Psychiatrie : « Les troubles psychiques de la gravido-puerpéralité et de la périnatalité », M. Goudemand (Lille).

• Rapport de Neurologie : « Epilepsie et psychose », B. De Toffol (Tours).

• Rapport de Thérapeutique : « 1951-2001 ou 50 ans d'histoire, des neuroleptiques aux antipsychotiques : bilan, enjeux, perspectives », B. Lachaux (Lyon), E. Lombertie (Limoges), P.A. Lambert (Chambéry), J.P. Chabannes (St Egrève).

De nombreux symposiums parallèles et réunions de sociétés scientifiques diverses auront également lieu pendant cette session.

Le bureau est constitué ainsi : les Présidents seront les Professeurs G. Briole et A. Boustani, le Vice-Président, le Professeur P. Moron, le Secrétaire Général, le Docteur J.P. Chabannes et le Trésorier, le Docteur M. de Boucaud.

Pour tous renseignements complémentaires, contacter le Docteur Joël Burgonse, CHS de la Savoie, BP 1126, 73011 Chambéry Cédex.

Tél. : 04 79 60 30 36. Fax : 04 79 60 31 88.

B.L.

La fonction d'accueil du CMP

Dans le CMP où je travaille, nous disons, aux gens : « vous pouvez venir en prenant rendez-vous mais aussi vous présenter sans rendez-vous, quand ça va mal ou quand vous en ressentez le besoin ». Nous sommes plusieurs à Quimper, en effet, à défendre l'idée qu'une fonction d'accueil est possible en CMP et à avoir proposé cette appellation de CAMP, sorte de condensation entre CAP (centre d'accueil permanent surtout développé en région parisienne et comprenant un certain nombre de lits) et CMP. La fonction d'accueil permet la rencontre et l'évaluation de ce qui est en jeu dans l'adresse qu'on vient nous faire. Un temps hebdomadaire (insuffisant) pluri-disciplinaire (psychiatre, psychologue, assistante sociale, infirmiers) permet de réfléchir et de proposer :

- parfois la poursuite du temps d'accueil quelquefois lui-même pluri-professionnel (infirmier psychiatre ou infirmier psychologue),
- parfois la proposition d'une prise en charge d'emblée : visite à domicile, hospitalisation à domicile, proposition de rencontre avec l'hôpital de jour, consultation médicale ou psychologique, entretien infirmier...

Quelques mots sur l'HAD qu'on a beaucoup développée. C'est une alternative claire à l'hospitalisation qui permet de proposer à la personne un cadre de prise en charge suffisamment contenant puisqu'il s'appuie sur les mêmes personnes (infirmières) qui effectuent de façon programmée au moins 3 visites infirmières (la plupart du temps une visite par jour). Une consultation médicale au moins hebdomadaire permet de faire le point avec l'ensemble des personnes impliquées : le patient, sa famille, l'entourage en général et les soignants. Les médicaments sont apportés par les infirmiers donc par l'hôpital qui honore une ordonnance pouvant être réévaluée au jour le jour. Il n'y a pas d'indication particulière ou plutôt pas de contre-indication, sinon évidemment le refus de la personne ou de son entourage trop en crise lui-même ou trop excluant.

Se situer du côté de l'alternative à l'hospitalisation n'entraîne pas qu'on situe l'hôpital comme une mauvaise proposition mais encore une fois comme modalité particulière de soins parmi d'autres, à laquelle l'accueil en CMP, voire l'HAD peut aussi préparer, une fois que le lien et le soin ne sont plus menaçants.

Le fonctionnement institutionnel valorise la compétence infirmière et son initiative, permet de ne pas buter sur des carnets de rendez-vous remplis : une VAD se déplace, un rendez-vous de consultation peut se reporter...

L'accueil permet d'éviter la plupart du temps l'urgence, en donnant une réponse même si les modalités concrètes de la réponse sont plus ou moins éloignées en temps. Si nous attachons une importance particulière « aux premiers accueils » c'est que nous savons, depuis longtemps que l'entrée en soin détermine largement la poursuite et l'allure future d'une prise en charge. Mais la fonction d'accueil, nous rappelle Oury, est à poursuivre tout au long du suivi, notamment auprès de ces patients souffrant « au long cours » pour repenser avec eux leur circulation dans le dispositif sectoriel. « *Un jeu d'alternance présence/absence, garant d'une continuité de la relation de soin, au sein d'une discontinuité de la présence soignante* » dit Muldworf⁽²⁾.

Beaucoup de « temps pour comprendre », beaucoup de temps de coordination (par ex. une fois par semaine avec les admissions, une fois par semaine avec l'équipe de l'hébergement thérapeutique, une fois par mois avec l'équipe de l'accueil familial, etc...) et pas beaucoup de temps, mais la conviction de préserver davantage de confiance, de dé-

dramatiser, pour le patient et son entourage, la question du soin psychiatrique et de nouer une possible alliance thérapeutique. Rien d'idéal pourtant, les CMP de Quimper restent encore trop peu accessibles, non suffisamment repérables et repérés.

Je reviens sur cette « audit » réalisé à Quimper sur les relations entre secteur social et secteur psy.

Cinq groupes de problèmes ont été dégagés : - problème quant à l'évaluation insuffisante par la psy du danger dans certaines situations, notamment familiales,

- problème de la fameuse absence de demande de l'usager énoncée par les acteurs de la psy alors qu'un besoin d'intervenir est reconnu par le secteur social,

- problème des liens insuffisants entre professionnels « pour relayer la prise en charge hospitalière »,

- problème de la discontinuité des actions des professionnels dans le temps : hospitalisations répétées et prise en charge sociale,

- problème de la répartition des rôles dans le cadre d'une prise en charge simultanée. C'est le problème de la synergie des actions.

On retrouve donc certaines des représentations liées à la santé mentale, quand elle est encore très identifiée à la pratique hospitalière, elle-même repérée comme repliée sur elle-même.

Le CMP comme lieu d'accueil individuel

Grosse demande du secteur social souvent exprimée autour de la notion de danger et souvent formulée en terme de demande d'hospitalisation. Grosse défiance du secteur psy par rapport au risque ressenti d'une psychiatrie abusive des problèmes sociaux et repérée dans cette question « de la demande ou non demande ». On pourrait poser la question en ces termes : *qui demande ?*

R. Castel⁽³⁾ dans son ouvrage, *Les métamorphoses de la question sociale*, parle de l'individualisation croissante des comportements, même au travail, avec un effacement des grandes identités collectives, des repères qui valent pour tous, etc...

Cela donne, dit-il, beaucoup d'effets positifs : la recherche d'expressions plus personnelles et tout ce qui a fondé « la culture de l'individu » comprenant l'intérêt pour la psychanalyse et la psy en général. Mais ce gain pour l'individualité vaut surtout pour les personnes en situation de sécurité et d'indépendance. Cela transforme, aussi, les demandes de soins en CMP avec ces fameuses demandes personnelles souvent de psychothérapie auxquelles il nous faut répondre.

Mais cet individualisme nouveau par défaut de cadres et de liens produit, aussi, chez les personnes en situation de plus grand précarité, cette culture du « sans lendemain », du sans projet, « culture de l'aléatoire » dit R. Castel. Toutes ces modalités flottantes d'existence, chez les jeunes, notamment, ont à voir, me semble-t-il, avec ces nouvelles pathologies centrées sur les passages à l'acte et les conduites addictives comme métaphore du refus de la satisfaction différée. Et souvent, effectivement, là où il n'y a pas de demande de soins.

Dans un article d'un ouvrage collectif sur l'adolescence, M. Botbol, psychiatre, et Anne Jamet, psychologue,⁽⁴⁾ évoquent le traitement de la non-demande des adolescents en souffrance.

Pour accéder aux soins psychiques, disent-ils, il faut :

- la capacité de percevoir sa souffrance,
- la capacité d'exprimer une demande d'aide,
- la possibilité de supporter l'instauration d'un lien psychique investi.

Hors, chez les adolescents, mais aussi pour des raisons différentes chez les personnes en

situation de grande précarité, comme l'évoque R. Castel, ou M. Sassolas pour les personnes en situation de grande exclusion, chez ces personnes qu'on dit « états-limites », l'omniprésence de la question des limites de soi et l'exacerbation narcissique diminuent « les possibilités de traiter de façon nuancée les rapprochés et les séparations qui deviennent menaçants ». Dans ces cas, la demande n'est possible qu'à l'incitation d'un tiers participant, disent ces auteurs, à « *l'espace psychique élargi* », c'est-à-dire d'un médiateur social, qui exerce, je cite encore « *la fonction supplétive de reconnaître la souffrance et demander les soins* ». On passe du dipôle classique, patient-professionnel de la santé mentale, à un tripôle incluant ce médiateur social qui exerce, je cite encore, « *la fonction supplétive de reconnaître la souffrance et demander des soins* ».

On a tous fait l'expérience au CAMP qu'il est toujours intéressant de proposer au travailleur social, à l'infirmière du lycée, au proche en général, d'accompagner le jeune ou l'adulte. Bien sûr, il faut du temps et ce n'est pas facile mais l'enjeu est de taille : celui de prévenir l'aggravation de la souffrance psychique, du désarroi et de l'inquiétude de l'entourage qui peuvent entraîner ces fameuses situations de danger ou le recours à la psychiatrie se fait alors vers une psychiatrie d'exclusion forcément mal vécue.

Le CMP lieu du collectif inscrit dans le réseau

Nouvelles souffrances, nouvelles demandes qui nécessitent, d'une part, la rencontre et l'accueil individuel, avec ou sans ces médiateurs dont je parlais, mais aussi beaucoup de rencontres et de réflexions partagées avec d'autres partenaires, d'autres institutions des milieux sociaux, éducatifs, scolaires, judiciaires etc... C'est toute la dimension du travail en réseau avec le collectif ou la nécessaire désillusion réciproque (ne pas s'illusionner sur le pouvoir de l'autre) qui peut entraîner une réelle connaissance de l'autre, et une collaboration possible. Les liens entre professionnels, entre les partenaires permettent aussi ces synergies d'action dont parlait l'enquête de la ville de Quimper.

Rappelons-nous le livre de Goffman, *Asiles*, décrivant l'institution psychiatrique comme totalisante parce qu'elle prétendait s'occuper de toute la vie des malades : les soins, l'hébergement, la nourriture, la vêture, la gestion de l'argent, du travail ou du moins de l'occupationnel... Nous n'en sommes plus là, mais la tentation est toujours forte, d'hôpital de jour en CATTP, de proposer soins, loisirs, vacances, activités culturelles... Même si les auteurs et acteurs de la psychothérapie institutionnelle nous ont appris combien le travail du soin auprès des psychotiques exige de réaliser du lien avec toutes les médiations possibles, pour autant échappons-nous toujours à l'effervescence occupationnelle d'ailleurs induite par cette pathologie du lien et du faire qui entrave la vie des psychotiques ?

Un exemple d'une toute autre proposition à Quimper nous a bien intéressés.

Le CCAS a, en effet, développé pour toute personne en difficulté d'insertion et disposant forcément de faibles revenus des Ateliers intitulés « mieux dans... » :

- mieux dans ... la ville : ateliers culturels, ateliers informatique,
- mieux dans... la vie quotidienne : atelier cuisine, atelier bricolage, jardinage,
- mieux dans... son corps : ateliers relaxation, gymnastique, esthétique etc...

Beaucoup de nos patients y participent et n'y sont évidemment pas accueillis comme malades mais comme des personnes à faibles

revenus (souvent l'AAH en l'occurrence) et en difficultés d'insertion. Des fréquentations nouvelles se développent, facteurs d'insertion dans de nouveaux collectifs, certes fluctuants, mais souvent inventifs.

Travail d'accueil au CAMP, travail en réseau témoignant de la propre insertion des CMP dans un collectif, de cela nous ne pouvons évoquer que des ébauches intéressantes à Quimper mais aussi de crispations liées, par exemple, au projet imminent de transfert de toutes les urgences psychiatriques à l'hôpital général dans un service d'urgence bien sûr très renforcé.

Ce projet, évidemment intéressant, risque toutefois de remédicaliser l'accès aux soins en psychiatrie sur le mode de l'urgence si les CMP ne renforcent pas leur place et leur rôle prévalent dans l'accès aux soins et le suivi des patients.

Pour finir, je voudrais évoquer une enquête menée à Montpellier sur « *représentations sociales, images du psychiatre et de la psychiatrie* »⁽⁵⁾, celle menée à Armentières sur « *images et communication en santé mentale* »⁽⁶⁾ en 96 qui insistent sur, je cite J.-C. Penochet, « *l'image de la psychiatrie pourrait bien s'améliorer très progressivement puisqu'elle contient des éléments très forts qui poussent dans ce sens. L'impact le plus fort demeure au niveau des pratiques, notamment extra-hospitalières* ».

Malgré toutes les inquiétudes légitimes, parmi lesquelles la question dramatique de la démographie médicale et aussi infirmière, les rationalisations scientifiques autour d'offres de soins morcelées ou hypertechnicisées, le maintien et le développement des CMP, facteurs puissants de mise en réseau et incluant une fonction d'accueil, peuvent être des instruments simples pour garantir l'ouverture et l'humanité de nos pratiques. ■

Docteur Annie Bleas*

*Praticien Hospitalier, CAMP, 13 Bd Kerguelen, 29000 Quimper, Secteur 29 G 08 de psychiatrie.

Bibliographie

- (1) BAILLON G., *Evolution des Centres de Crises*, L'information psychiatrique, 2000, 76, 5, 549-564.
- (2) MULDWORF L., *La dépendance des sujets psychotiques*, Synapse, 1999, numéro spécial, 6-7.
- (3) CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995.
- (4) BOTBOL M., JAMET A., *Traiter la non demande des adolescents*, in Soigner-Protéger-Punir, Paris, Bayard, 1999.
- (5) PENOCHET J.C., GUIMELLI CH., *Représentations sociales, image du psychiatre et de la psychiatrie*, Nervure, 1996, 9, 9, 28-37.
- (6) ROELANDT J.L., SELOD S., *La mariée était pourtant belle*, Nervure, 1996, 9, 9, 43-51.

Sanofi-Synthelabo met à disposition une nouvelle forme galénique d'amisulpride : **SOLIAN® solution buvable**, dosée à 100 mg/ml, flacon de 60 ml, qui vient compléter la gamme actuelle : comprimés sécables à 100, 200 et 400 mg et forme injectable à 200 mg/4ml. **SOLIAN® solution buvable** dispose de l'ensemble des indications de la gamme : traitement des psychoses, en particulier troubles schizophréniques aigus ou chroniques, caractérisés par des symptômes positifs (par exemple délire, hallucinations, troubles de la pensée) et/ou des symptômes négatifs (par exemple émotivité affectif, retrait émotionnel et social), y compris lorsque les symptômes sont prédominants. La présence d'une pipette-doseuse graduée en mg (une pipette pleine correspond à 400 mg d'amisulpride) facilite l'administration.

LIVRES

La fin de la plainteF. Roustang
Editions Odile Jacob

Les travaux de François Roustang ont essayé, de longue date, de sortir des sentiers battus de la psychanalyse dont ils étaient issus (cf : *Un destin si funeste, Elle ne le lâche plus, Comment faire rire un paranoïaque*). Ce recueil de textes est encore plus radical. Selon l'auteur, la psychanalyse a démontré ses limites en laissant les patients se vautrer dans la fange interminable de la plainte. Ils adressent au psychanalyste à la fois une demande d'amour insondable et une demande que rien ne change. L'auteur utilise des références culturelles non occidentales qu'il adapte, en particulier en provenance d'Extrême Orient, pour inciter tout travail thérapeutique à se tourner vers le monde et l'action, et non vers l'intérieur de soi. Les critiques sont acerbes et largement reprises de diverses manières face à la théorie freudienne. Par exemple, la dichotomie conscient/inconscient est vilipendée avec la description de processus habituellement pourtant bien définis sous le terme de préconscient. L'hypnose est particulièrement détaillée, surtout dans son retour en France par le biais des auteurs américains. Ce livre est, pour sûr, le témoin de questionnements actuels en psychanalyse où les anciennes rigidités, sous couvert de cadre, de neutralité..., ont fait place à l'efflorescence des techniques actives, mal soutenues théoriquement, s'appuyant tantôt sur l'implication et le désir du thérapeute singulier, tantôt sur des emprunts à telle ou telle philosophie du monde. Les éditions Odile Jacob témoignent, une nouvelle fois, de leur temps et sont, en cela, particulièrement intéressantes à suivre.

M.J. Guedj

Graines de violence

Enfances & Psy, n°11/2000

Ce numéro a, entre autres, pour intérêt d'aborder les initiatives actuelles concernant la prévention de la violence qui sont beaucoup plus nombreuses qu'on ne le croit. L'éducation nationale tente, actuellement, de désamorcer les conduites violentes en travaillant auprès des élèves dans les cours de récréation, les cantines scolaires et le temps réservé à la vie scolaire (Ségolène Royal). Les enseignants sont fortement incités à travailler en équipe et à réfléchir au sens des sanctions données aux élèves pour prévenir l'agressivité et les incivilités en milieu scolaire (André Hussenet, Michèle Leblanc). Des démarches pédagogiques visant à responsabiliser les victimes indirectes, c'est-à-dire les témoins d'actes de violence, se développent parallèlement (Laurence Azaïs). En milieu scolaire, un exemple de recherche et de mise en œuvre d'un plan de pacification des relations entre adolescents d'une part, et entre adolescents et enseignants d'autre part, indique une voie féconde de prévention (Michel Zorman). Des initiatives locales confient à des adultes, par exemple dans les bus scolaires, directement impliqués dans des programmes de prévention, le soin de développer un esprit civique chez des jeunes (Mamadou Diawara, Bernard Fleurance). D'autres cherchent à soutenir les actions visant à une meilleure, intégration des familles dans la cité (Valérie Lanctuit). Les « grands frères », parenté parallèle de substitution au niveau des quartiers, jouent un rôle dans la cohésion sociale (Laurent Visier, Geneviève Zoïa). Une analyse des comportements violents suggère d'utiliser les sports de combat pour canaliser l'agressivité et prévenir la violence (Thierry Bénavidès).

L'éducation sexuelle de l'enfant dans la culture arabo-musulmane

L'éducation sexuelle de l'enfant ne constitue pas, encore, un sujet d'actualité dans les pays arabo-musulmans. En témoigne son absence, aussi bien dans les publications que dans les manifestations scientifiques, éducatives, et sociales. Toutefois, des débats sont lancés ici et là, sans pour autant réussir à conclure. Ceci nécessiterait un effort considérable pour faire face à des tabous attribués souvent à la religion. Pourtant celle-ci ne comporte guère d'interdictions au sujet de l'information des enfants sur les aspects sexuels.

Nous tenterons de dégager les véritables points de vues de l'Islam concernant l'éducation sexuelle de l'enfant à travers les textes religieux (Coran et Sunna : propos et tradition du prophète), avant d'analyser les différentes conduites culturelles des musulmans se rapportant à ce sujet.

Islam et éducation sexuelle de l'enfant

*Amour... Sexualité...
Complémentarité des sexes*

L'éducation sexuelle de l'enfant n'est pas mentionnée comme étant bien individualisée. Néanmoins les « *Hadiths* » (propos du prophète), et les textes coraniques destinés à tous les musulmans quels que soient leur âge, y compris les enfants qui l'apprennent dès l'âge préscolaire au « *kotteb* » (lieu d'apprentissage préscolaire traditionnel) ou à la mosquée, ne font que préparer l'enfant à l'amour humain.

Ainsi, le coran aborde-t-il la genèse de la vie, fondée sur l'amour physique en versets, qui illustrent le propre de la prière et de l'amour de Dieu. « *Elles sont un vêtement pour vous et vous êtes un vêtement pour elles... Cohabitez avec elles et cherchez ce qu'Allah a prescrit pour vous* » (la génisse, II, 183-187)². C'est de là que ressort l'idée fondamentale de la complémentarité entre la femme et l'homme. La copulation, déclare le Coran, est dans le monde une loi universelle. « *De toute chose nous avons créé un couple* » (qui éparpillent, 49)². « *C'est lui qui vous a créés (à partir) d'une personne (nafis) unique dont il a tiré son épouse afin que cette personne, se trouve en sécurité, auprès d'elle* » (Coran les A'raf VII, 189)².

Adam et Eve^(7,10) constituent donc la dyade originelle dont la rencontre mutuelle crée la sécurité « *la sakina* » et l'amour, qui est un prélude à toute procréation. « *Et il est de ses signes d'avoir créé de vous pour vous, des épouses, pour que vous habitiez près d'elles, et il assigne entre vous amour et miséricorde...* » (Les Byzantins, 21)⁶. Telle est la mission du mariage (ou de la sexualité) qu'apprend le musulman dès le jeune âge, propager la vie, multiplier l'existence, par le biais du plaisir et du bien être.

Mariage

Cette préparation de l'enfant à l'amour est d'emblée institutionnalisée. Elle n'est envisagée que dans le cadre du mariage, qui est valorisé en tant que moyen de préserver l'humanité et de renforcer le peuple islamique comme en témoigne le « *hadith* » du prophète : « *coïtez, procréez* ». Mais, toujours est-il que la religion musulmane, recommande

dans le saint Coran, à maintes reprises, le recours à la tendresse, à l'intimité et à l'amour, « *la Sakina* », qui rapproche les deux mariés, et pourtant cette recommandation n'a pas droit de cité dans la vie des musulmans. L'introduction du thème de l'amour, comme raison du mariage, a un effet sécurisant pour l'enfant. En effet, ceci lui permet de fantasmer sur son avenir propre de mariage en tant que procédé de sécurisation, de réalisation de l'amour, plus qu'un moyen de reproduction, amenant à investir sérieusement ce projet à plus tard afin de réunir dans les limites du possible les critères propres à assurer des fins nobles dont l'amour est le centre d'intérêt.

L'enfant musulman apprend et se rend compte que toute relation d'amour physique entre femme et homme est reliée au mariage. « *Et qui préservent leurs sexes, sauf pour leurs épouses ou pour les esclaves, que leurs mains possèdent, car là vraiment, ils sont hors du blâme* » (les croyants 5-6)⁶. Tout rapprochement suspect d'un adulte ou d'un aimé de même sexe ou de sexe différent, devrait susciter alors chez l'enfant, un sentiment de malaise, une suspicion, un refus, une fuite ou une demande d'aide.

Conception du bébé

Les enfants qui apprennent le Coran apprennent aussi dès le jeune âge, que le bébé, fruit de l'amour de ses parents, est créé progressivement dans un sac fait de trois enveloppes dans le ventre de sa mère sur une période longue faite d'étapes successives. « *Il vous crée dans le sein de vos mères création après création, dans trois ténèbres* » (les groupes, 6)(2). Ces enveloppes sont : le ventre de la mère, l'utérus et le placenta^(7,10). Ce bébé provient d'une graine ou d'un sperme « *Nofta* » « *Sperme, nous le déposons dans un lieu sûr. Nous le transformons en sang coagulé, ce sang en fœtus dont nous formons les os recouverts de chair. Nous accomplissons notre création en l'animant. Béni soit le Dieu créateur* » (Les croyants, 13-4)².

Pudeur, inceste, exhibition

Pudeur

Quant à la pudeur, concept général régnant dans tous les textes religieux, elle n'épargne pas l'enfant. D'un côté, le Coran précise que les femmes ne doivent pas se couvrir devant les enfants, ceux-ci sont encore innocents. « *Et dis aux croyantes... et qu'elles ne montrent leurs parures qu'à leur mari... ou aux garçons qui n'ont pas encore puissance sur les parties cachées des femmes...* » (la lumière, 31)⁶. Ce sont des enfants et non des pré-pubères⁽⁷⁾. Les femmes doivent cependant respecter la « *Aoura* » : la partie comprise entre le nombril et les genoux. Les hommes doivent aussi cacher leur « *Aoura* »⁽¹⁰⁾. Cette notion de « *Aoura* » est réservée pour les adultes et les pubères⁽¹⁰⁾. Néanmoins, il est recommandé que les filles pré-pubères, qui peuvent solliciter le plaisir, se couvrent afin de les protéger du risque de séduction et donc d'abus sexuel.

Si la vie commune intra-familiale n'oblige aucune séparation entre les différents membres de la famille, elle impose pourtant des mesures « *Edèb* » infligées aux enfants afin qu'ils demandent la permission d'être auprès de leurs parents à des moments précis de la jour-

née, comme le précise le Coran « *Oh ! les croyants ! Qu'ils vous demandent la permission avant d'entrer, les esclaves que vos mains possèdent : et aussi ceux des vôtres qui n'ont pas encore atteint la puberté à trois moments : avant l'office de l'aube, et à midi quand vous déposez vos vêtements, ainsi qu'après l'office de la nuit, trois occasions, pour vous, de nudité. Hors de là, nul grief à vous ni à eux de faire des tours chez vous, les uns chez les autres...* » (la lumière, 58)⁶. L'accès à la chambre parentale n'est pas interdit, il ne s'agit pas vraiment de « *la boîte secrète* », mais pas avant de demander la permission aux trois moments, et lorsque l'enfant est suffisamment grand pour pouvoir demander la permission, afin d'éviter tout incident de nudité parentale^(7,10) et de dévoilement de scènes érotiques⁽⁷⁾. Pour l'enfant plus jeune, il n'existe pas de texte abordant le sujet de l'éviction du lit de l'enfant de la chambre parentale, mais le texte venant d'être cité serait plus en faveur d'une éviction précoce. Se conformer à ce concept de pudeur dans l'Islam, avec les parents et les aînés, va de pair avec la prohibition de l'inceste. Car il est de nature à limiter l'exposition à de tels risques.

Inceste

L'enfant devrait connaître les relations incestueuses interdites « *Vous sont interdites vos mères, filles, sœurs, tantes paternelles et tantes maternelles, filles d'un frère et filles d'une sœur...* » (les femmes, 23)⁶. Tout comportement séducteur d'un parent devrait être rapidement repéré et refusé.

Exhibition entre enfants

La rencontre des enfants de sexes différents est tolérée avant la puberté, sans aucune obligation concernant leur habillement avant l'âge de quatre ans. Ce qui permet la découverte mutuelle des corps de sexes différents. Il est recommandé, après cet âge et avant la puberté, de couvrir les zones génitales. Cependant, selon le prophète, les musulmans doivent séparer leurs enfants, lors du coucher, à partir de l'âge de dix ans⁽¹¹⁾ ce qui permet de prévenir l'homosexualité au même titre que les conduites hétéro sexuelles précoces, qui s'annoncent menaçantes à la période prépubertaire pour le futur bien être de ces jeunes.

Enfants musulmans et éducation sexuelle

L'éducation sexuelle de l'enfant n'occasionne pas assez d'intérêt pour les musulmans, en témoigne l'omission d'en parler dans les traités d'érotisme ou de santé. Citons « *Le jardin parfumé* » de Cheikh Nefzaoui, manuel d'érotologie arabe du XVI^e siècle, qui omet toute référence à l'enfant et aux expériences qu'il peut avoir avec le monde de la sexualité⁽¹²⁾. Alors que l'analyse des différents écrits occidentaux, à travers les époques et à partir du XV^e siècle, montre l'importance qu'accordent les médecins et les pédagogues à ce sujet. Elle permet de noter des attitudes et des conceptions différentes, voire opposées, selon les époques, et qui étaient permissives au moyen âge (Van Ussel, 1972 in 8), puis informatives⁽¹⁾ découlant de la vision d'une asexualité de l'enfant et de son innocence, qui, sont à préserver, voire répressives, telles que recommandées par Tissot (1760) (in 8, 13), en association à des mesures préventives de valorisation de la pudeur et de la morale qui régnaient pendant le XVIII^e et le XIX^e siècles. L'éducation sexuelle proprement dite et positive a émergé à l'avènement de la psychanalyse après la découverte de la sexualité infantile (Rossier 1938, Faiberg 1973 in 8).

Notre analyse de l'éducation sexuelle de l'enfant musulman, repose essentiellement sur l'approche des différentes pratiques culturelles régnantes dans nos contrées.

Au Hammam

Les musulmans (comme les romains), se vantent de leurs civilisations des hammams ou bains maures qui sont conçus pour la purification rituelle⁽⁴⁾: « la propreté fait partie de la foi ». Le prophète n'encourageait pas la fréquentation de ces hammams. Certains des « Foukahas » posent des conditions vigoureuses de respect de la « Aoura ». C'est que le problème de la nudité est au cœur du problème.

Cependant, la fréquentation du bain maure est devenue de plus en plus recherchée et persiste de nos jours. Quand il est ouvert aux femmes, certes, aucun homme n'est admis, mais les garçons le sont jusqu'à la puberté. Le spectacle de grands enfants, de pré-adolescents côtoyant, dans leur nudité, celle des femmes de tous âges presque nues, n'est pas rare⁽⁴⁾.

Le hammam, pour les garçons, est le lieu où l'on découvre l'anatomie de l'autre et dont on est chassé une fois la découverte réalisée. Selon Sefraoui, nous naissons enfants au hammam, et devenus adultes nous le peuplons de nos souvenirs d'enfance, de nos fantasmes et de nos rêves. « C'est là que l'enfant peut, à loisir, contempler, détailler et comparer les sexes féminins ; d'où l'ambivalence des souvenirs du hammam quant à la splendeur et la misère du sexe de nos femmes »⁽⁴⁾. C'est le complexe du hammam, tout un pan de la vie sexuelle s'organise en effet autour de lui, et l'initiation s'y intègre.

La puberté est l'occasion pour le garçon de découvrir, désormais, le monde des hommes, après la rupture avec le hammam des femmes ; c'est une confirmation d'une appartenance au monde des hommes, mais teintée, non seulement de puissance, mais aussi d'érotisme « rien d'étonnant dès lors que le hammam soit un lieu avéré de l'homosexualité masculine mais aussi féminine que l'enfant aura à découvrir et peut être à s'y initier »⁽⁴⁾.

PRIX YVES PELICIER

En hommage au Professeur Yves Pélicier, SB a créé en 1997 le « Prix Yves Pélicier ».

Ce prix est remis chaque année à des internes en psychiatrie ou des psychiatres, pour récompenser les deux meilleurs travaux (thèses ou mémoires) traitant des concepts cliniques et/ou de l'évolution de ces concepts.

Deux prix, dotés respectivement de 15 000 et 10 000 Francs chacun, ont été ainsi décernés dans le cadre du Jubilé de la Psychiatrie qui s'est tenu à Paris les 26 et 28 juin derniers.

Placé sous la présidence du Professeur Quentin Debray (CHU Laënnec, Paris), le jury se compose des Professeurs Daniel Bailly (CITD, CHRU, Lille), Laurent Schmitt (Hôpital Purpan, Toulouse) et du Dr Philippe Brenot (Editions l'Esprit du Temps). C'est à Marc Labourdette, Chef de Projet Environnement SNC des Laboratoires SmithKline Beecham, qu'est revenu l'honneur de remettre le 1^{er} prix à Jean-Pierre Salvarelli (Lyon) pour sa thèse « Une histoire de la Psychiatrie : de sa naissance à sa médicalisation » et le 2^{ème} prix à Nicolas Lacoste (Hôpital Charles Perrens, Bordeaux) pour sa thèse « Continuité-Normal Pathologique des Symptômes Psychotiques : étude à propos de 139 contrôles et psychiatres ». ■

P.C.

La Circoncision

Etant un acte « Sunna », c'est-à-dire fortement recommandé par l'Islam, elle est pratiquée dans tous les pays musulmans. En Tunisie, elle est fêtée par une cérémonie comparable à celle de la nuit qui précède la nuit de noces. Rapportons le proverbe tunisien cité par K'Hmiri : « la circoncision est une cachotterie, le mariage est une fête »⁽⁹⁾. Bouhdiba en déduit une signification sexuelle. « Ne s'agit-il pas de préparer au coït, de sensibiliser à l'activité génésique, de valoriser en un sens le phallus qui est ainsi à son tour purifié et mis en réserve ». Ainsi, notre proverbe vient appuyer ces propos « le voilà, circoncis et guéri, il ne lui manque qu'une femme »⁽⁹⁾. Un deuxième proverbe fait apparaître le mariage des parents comme anticipé par la circoncision de l'enfant « anticipant sa mère, démasquant son père, leur nuit de noces, ils l'ont circoncis »⁽⁹⁾. La cérémonie est une double fête, une consolidation des liens amoureux des parents, et l'annonce de l'imminence de la vie sexuelle de l'enfant.

Voilà la ritournelle traditionnelle qu'on chante en Tunisie à cette occasion : « Tu débutes en circoncision et tu finis en mariage, et toujours ton cheval hennit dans la forêt. Tu débutes en circoncision et tu finis en jeunesse, et toujours ton cheval hennit parmi les célibataires. Qu'on appelle vite sa mère, qu'on appelle vite sa tante, qu'elle vienne vite jeter de l'argent sur sa verge procréatrice »⁽⁴⁾. C'est le potentiel procréateur qui est annoncé par la circoncision. Celle-ci va permettre l'accomplissement de la mission sacrée de reproduction, qui est glorifiée dans la religion musulmane, comme l'a recommandé le prophète « coïtez et procréez ». La circoncision est à la fois une promesse et une garantie d'une future vie génésique qu'on veut aussi ample, aussi grande, aussi durable que l'amour.

Tout est orienté donc pour que la circoncision soit perçue autrement qu'une castration. Y arrive-t-on, devant la contradiction du vécu de l'enfant ? Valorisation symbolique du phallus, crainte obsessionnelle de le perdre, fierté de le montrer devant la foule et honte de le découvrir, de l'exhiber dans la souffrance du corps, et dans le sang, surtout que cet acte était pratiqué dans la grande enfance ; l'enfant étant bien sensibilisé au privilège que confère le phallus à l'homme. Actuellement, les Tunisiens tendent à circonscrire leurs enfants plus précocement, avant l'âge préscolaire.

Puberté - Virginité

Puberté

Dans notre culture, la puberté est liée, aux yeux des parents, à l'obligation de jeûner. L'enfant pré-pubère fait plusieurs tentatives de jeûner pour prouver à lui-même, et à son entourage, qu'il a grandi et a mûri. D'autre part, les sécrétions des menstruations chez la fille sont considérées comme des saletés « Najassa » dont l'élimination permet de purifier le corps. Bien que le produit de l'éjaculation (le sperme) soit considéré dans la vision islamique comme un fait de la « Janaba » c'est à dire la nécessité de se laver pour s'en débarrasser, il ne prend pas le même degré péjoratif que le produit des règles dans notre vie quotidienne. Par ailleurs, la survenue des règles chez la fille est souvent comparée à la circoncision du garçon : « Dieu aurait voulu que le garçon souffre pour une seule fois et que la fille souffre pour plus longtemps ». Les propos qui circulent entre certaines femmes et filles qualifient les menstruations comme une « punition du ciel », une servitude féminine plutôt qu'une promotion.

Virginité

Entre la boîte à bijoux de Dora de Freud, et le secret, que sait garder la fille de Winnicott

« pour devenir enceinte », se construit la métaphore d'une boîte et de ce qu'elle recèle : le corps féminin... pénis... enfant... mais aussi de son fermoir à secret, l'hymen en est le mot savant. Il appartient au père, et la mère en est gardienne⁽⁵⁾.

La virginité est un élément essentiel de la vie érotique arabo-musulmane. Son importance trouve son origine dès l'époque du prophète qui avait conseillé les musulmans d'épouser une vierge, « Bikr » de préférence. D'ailleurs, la « Hourî » du paradis n'est-elle pas une vierge éternelle ?⁽⁴⁾ La fille arabe et musulmane doit réserver les prémices de sa chair, ce bien précieux cette « Bakara » à son premier mari. Le vécu de la virginité varie d'une fille à une autre, compte tenu de la nature de l'éducation reçue de la mère mais aussi du concept qui règne dans la communauté. Dans plusieurs régions de notre pays, la « Bakara » fait l'objet d'un examen public la nuit des noces⁽⁴⁾. Sa perte clandestine constitue une cruelle blessure qui engage à jamais la sexualité dans une vision négative. C'est à partir des mises en gardes maternelles, que les filles ruminent à propos du contact avec les hommes et du risque de perdre leur pureté : que naissent et se multiplient les craintes des jeunes, non seulement adolescentes, mais aussi des filles non encore pubères, de telles craintes pouvant déborder l'objectif voulu vers une véritable inhibition relationnelle et même intellectuelle. Tenir compte de la culture arabo-musulmane n'empêche, en rien, une simple information de l'existence d'une membrane extérieure génitale demeurant intacte avant un rapport sexuel avec un homme ; relativisant les émotions maternelles faites de craintes et d'inquiétudes, complétées pas l'attribution d'un rôle de « défloration » du futur mari.

Informations sexuelles

De nos jours les enfants musulmans ne sont plus confrontés à l'exigence d'apprendre les « Sourates » longues du coran, qui traitent des sujets faisant allusion au mariage, à l'amour et à la conception, mais plutôt à apprendre les « Sourates » courtes et des versets choisis selon des thèmes éducatifs et nécessaires pour les obligations de la foi et de la vie relationnelle : prière, prophètes, obéissance aux parents... C'est que l'éducation sexuelle de l'enfant ne constitue pas encore un pôle d'intérêt ; sans oublier l'aspect tabou qui pèse lourd à l'occasion de chaque tentative d'aborder le sujet de la sexualité en général.

Conclusion

Bien que la religion musulmane comporte plusieurs directives concernant l'éducation sexuelle de l'enfant, réalistes voire à l'avant garde, les enfants musulmans ne paraissent pas en profiter. La pudeur, concept fondamental de l'Islam, ne constitue pas une référence claire et stable dans les pratiques culturelles des musulmans. Elle est tantôt exigée, tantôt remplacée par une exhibition affichée et publique comme c'est le cas dans les hammams et lors de la circoncision. ■

Yousr. MOALLA, Farhat GHRIBI*

*Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, EPS Hédi Chaker, 3029. Sfax, Tunisie

Bibliographie

- (1) BERGE A., *L'éducation sexuelle chez l'enfant*, Presses universitaires de France, Paris, 1997.
- (2) BLACHERE R., *Traduction du Coran*, Maitis, Paris, 2ème Edit., 1957.
- (3) BONOMI C. et al., *Pourquoi avons-nous ignoré Freud le « pédiatre ? »*, Le Coq Héron, 1994, 134, 7-41.
- (4) BOUHDIBA A., *La sexualité en Islam*, Presses universitaires de France, Paris, 1996.

(5) COURNUT-JANIN M., *La boîte et son secret*, Revue française de psychanalyse, 1994, 1, 57-66.

(6) HAMIDULLAH M., *Le saint Coran : Traduction et commentaire*, Amana Corporation, Nouvelle Edition, 1989.

(7) IBN KATHIR D., *Commentaire du Coran saint*, Maison El-Fikr, Beyrouth, 1986.

(8) KARAMANIOLA A. et al., *Le discours sur la sexualité infantile*, Bulletin de Psychologie, 1992, 409, 46, 121-129.

(9) KH'MIRI T., *Extraits des proverbes tunisiens*, 2ème Edit., STD, 1981.

(10) KORTOBI M., *Al-jamâa li Ahqam Elquorân*.

(11) NAWAWI A. Z., *Fi Ryadh Essalihin*, Maison du livre Arabe, 1973.

(12) NIEFZAOUI CH., *Le Jardin parfumé*, Manuel d'érotologie Arabe (XVIème Siècle), Méditerranée, Paris, 1997.

(13) SOULE M., *On ne pose pas de questions, c'est mal poli ! ; Les questions incontournables des enfants et les réponses évasives des adultes*, Collection La vie de l'enfant, Edit. ESF, Paris, 1994.

LIVRES

Familles comoriennes face au collège Entre l'école et la tradition

Houssen Zakaria

L'Harmattan

La confrontation des familles comoriennes, à l'institution scolaire en France permet de comprendre : les conditions de vie, de travail de ces dernières, comment les parents envisagent l'éducation de leurs enfants à l'aune de leur propre héritage socio-culturel du pays d'origine, quelle représentation ces familles ont des savoirs scolaires, quels sont les rapports entretenus avec les pratiques les plus dominantes dans le pays d'accueil, comment est vécu par ces parents le travail d'acculturation que l'école exerce sur les enfants, enfin comment les parents se mobilisent pour répondre aux exigences scolaires des enfants et quelles sont les conséquences d'une telle mobilisation au sein de la configuration familiale.

L'éthique dans la pratique des sciences humaines : dilemme

Coordonné par Jacqueline Feldman et Ruth Canter-Kohn

L'Harmattan

A ce jour, l'éthique n'est plus le domaine réservé des philosophes mais s'étend aux sciences humaines. Cet ouvrage met l'accent sur de nouvelles formes de questionnement concernant une éthique pratique (par opposition à la conception philosophique plus abstraite). Celle-ci intervient dès lors qu'une démarche de recherche concerne des sujets humains, et permet une évolution vers le retour du sujet et une prise de responsabilité de chacun envers son propre sort et celui des autres. Les auteurs de cet ouvrage se placent dans cette perspective et s'interrogent sur leur conduite dans l'observation de leur position. Le choix de ce livre est d'exposer les conflits et les problèmes éthiques rencontrés lors des projets de connaissance relatifs aux êtres humains et à leurs sociétés, choix issu de la nécessité pour ces chercheurs en sciences humaines d'avoir un espace de réflexion non soumis aux règles de l'institution. Recueil de récits divers, d'articles variés allant de cas concrets à des exposés beaucoup plus théoriques, ce livre permet de nous sensibiliser aux principes éthiques susceptibles de guider le chercheur lors de sa rencontre avec des objets-sujets d'études et lors de la mise en forme finale du projet nécessitant un juste équilibre entre restitution et autocensure.

E. Deniau

LIVRES

Traiter la violence

La lettre du GRAPE, numéro 39
Èrès

Quid des « comportements cruels ou barbares, féroces et implacables » chez les jeunes ? Par delà l'agressivité qui maintient un lien à l'autre, la violence vise la destruction du lien avec l'objet, comme l'expliquait déjà Philippe Jeammet. Certes, elle est présente chez chacun, à un titre ou à un autre. Mais dans l'école ou dans les cités, elle prend des formes désarmantes qui interrogent les sociologues autant que les cliniciens. Dans le numéro de cette « revue de l'enfance et de l'adolescence », plusieurs analyses approfondies sont proposées, avec le souci de dépasser « la cristallisation sociale sur la violence des jeunes ». Des auteurs comme Françoise Petitot, Maryse Vailland, Maryvonne Barraband, Serge Boimare, Jacques Pain... tentent de cerner le couple désir de détruire / rage de vivre. Ils présentent aussi leur façon de concevoir des réponses ajustées, si tant est que l'on puisse « apprivoiser » la violence. En tous cas, ce numéro aide à faire avancer la réflexion.

M. Jaeger

Françoise Dolto, aujourd'hui présente**Dix ans après**

Actes du colloque de l'Unesco
14-17 janvier 1999
Gallimard

Psychanalystes, Médecins, Psychologues, Travailleurs Sociaux, Juristes, Pédagogues, qui se réfèrent à la pensée théorique de Françoise Dolto se réunissent et s'expriment en un imposant recueil.

La variété, la richesse et la qualité des actes de ce colloque puisent leur source à la créativité et au talent de celle qui a consacré une grande partie de sa vie à la cause des enfants, des adolescents et de leur environnement, dans un combat spontané et incessant contre le mal-être et la souffrance. On y comprend l'histoire de cette femme médecin d'exception, son évolution à travers le mouvement psychanalytique et ses vicissitudes de l'époque.

Une pléiade d'articles et de réflexions s'organisent selon les grandes orientations qui définissent l'action de Françoise Dolto :

- L'enfance, l'adolescence, le sujet en devenir saisi dans tous ses états y compris sa vie fœtale et les avatars de son développement.

- La création de la « Maison Verte » et des « Structures Dolto », « Espace de Liberté ordonnée à la parole et la rencontre ».

- Le concept d'« Image inconsciente du corps » avec ses implications dans la maternité, la sexualité, le développement et la pathologie.

Enfin la spiritualité dans sa dialectique avec la psychanalyse.

Dix ans après, Madame Dolto peut être rassurée ; elle est toujours bien présente et son œuvre ne demande qu'à essaimer. Les actes de ce colloque sont là pour le prouver.

Yves Contejean

Les comportements humains Ethologie humaine

Gérard Zwang
Masson

Conçu primitivement comme un Abrégé, ce livre a été enrichi, pour sa deuxième édition, d'exemples et de certaines mises à jour. Préférant le schéma à l'anecdote, il a pour objectif de mettre en ordre cohérent les no-

Les groupes d'entraide (self help groups)

« En réalité, puisqu'ils sont nombreux, chacun a une part de vertu et de sagesse »
Aristote, *Politique*, 111, 11

Il me semble utile de situer les activités d'entraide dans le contexte d'une évaluation des caractéristiques de la médecine occidentale à notre époque, que certaines philosophes définissent comme l'âge de la technique.

La médecine moderne a une attitude avant tout technique: la chirurgie, la pharmacologie, les examens de laboratoire, la génétique y tiennent une place de jour en jour plus importante ; beaucoup moins la clinique. J'entend la clinique dans le sens littéral d'« être près du lit du malade » (c'est-à-dire : « être auprès du malade », donc « écouter le malade »), dans une relation médecin-patient qui reste ouverte aux aspects relationnels. Tout ceci concerne également le domaine psychiatrique, où on donne toujours plus d'importance aux aspects biologiques de la maladie mentale plutôt qu'à la compréhension de la personne, de son existence, de sa vie perçue dans son ensemble.

La médecine moderne ne semble plus avoir, comme but premier, celui de soigner des citoyens, mais plutôt celui de réparer des machines biologiques défectueuses, dans le cadre d'un système où les paramètres économiques sont devenus les seuls à revêtir une importance. On délaisse, ainsi, deux facteurs que l'Organisation Mondiale de la Santé a défini comme importants pour le bien-être des patients : leur désir de guérison et leur participation active aux soins.

En effet, s'il est possible de soigner certaines maladies par un moyen technique (le médicament, l'intervention, l'hospitalisation...), il n'est absolument pas possible, avec ces instruments, de soigner la vie et l'existence. Pourtant, à côté des instruments techniques, dont l'importance n'est pas en question, demeure absolument nécessaire une relation

tions dont nous disposons actuellement pour ce qui concerne l'éthologie. La première partie expose les conceptions théoriques générales de l'éthologie. La deuxième montre comment l'espèce humaine, dotée de parole et de conscience, et développant une culture, a échappé partiellement aux déterminismes comportementaux stricts auxquels doivent obéir les animaux. La troisième partie est consacrée à la description de l'éthogramme humain, c'est-à-dire le répertoire des comportements, constant à travers l'histoire comme au sein de toutes les cultures. Enfin, la quatrième partie traite de la pathologie des comportements.

Politique et famille sous la III^e République

Véronique Antomarché
L'Harmattan

Entre 1870 et 1914, en France, les discours sur la famille abondent, prenant en compte l'évolution des mœurs, les préoccupations hygiénistes, le souci de garantir la paix sociale, la hantise de la dépopulation. Ce livre retrace l'œuvre législative de la III^e République triomphante sous l'angle familial et montre que se jouent alors les débuts d'une politique sociale de la famille centrée sur l'enfant. Il met en lumière les permanences et les changements rappelant certains débats parlementaires qui sont d'une actualité étonnante.

particulière médecin-patient, qu'on ne peut réduire à un pur facteur technique. De plus, si l'on veut soigner et non seulement réparer des pièces, il est très important d'apprendre à utiliser les forces et les capacités personnelles du patient, aussi minces et inadéquates soient-elles. Les activités d'entraide agissent dans cette optique.

Un groupe d'entraide (de l'anglais « self help group ») est un groupe restreint de personnes qui ont eu un problème commun, précisément celui qui constitue le thème auquel le groupe s'intéresse. Il est essentiel, dans ces groupes, d'avoir la disponibilité et le désir d'aider les autres quand ils ont besoin de l'être et de se faire aider des autres quand on a besoin d'aide. La gratification générée par le fait d'être utile aux autres et à soi-même est importante, surtout si les personnes ont une piètre estime d'eux mêmes, comme c'est l'habitude en psychiatrie.

Dans les groupes d'entraide tout le monde est « expert », soit au sens littéral d'avoir eu une expérience directe, soit au sens métaphorique de bien connaître la question. Les participants sont des gens qui ont eu des expériences semblables de vie ; chacun d'entre eux peut donc avoir une fonction d'écoute et de partage vis-à-vis de l'autre, dont il a vécu les problèmes qu'il connaît donc bien. De plus, ce qu'une personne a intégré de son expérience peut être utilisé par les autres, une certaine façon de réagir aux situations peut être utilisée par autrui.

Dans un groupe d'entraide il est très important d'apprendre à écouter les autres sans imposer son propre point de vue, mais d'accepter celui des autres avec participation et tolérance, dans une relation où on s'échange surtout des expériences de vie, toutes également valables, et non des jugements portés sur celui qui a raison ou tort. Cela signifie qu'on ne peut participer aux groupes que sur la base d'une parité totale et réciproque, sans suprématie.

Les groupes d'entraide sont des réalités extrêmement flexibles et, dans le domaine de la santé, il est possible de les utiliser dans presque toutes les pathologies chroniques : personnes âgées, alcooliques ou toxicomanes ; porteurs de pathologies rhumatisantes, cardiaques, pulmonaires, rénales ; malades du cancer, du diabète et d'hémophilie ; sourds, aveugles, paralysés, porteurs de handicap comme leurs parents.

Les groupes d'entraide sont particulièrement utiles en psychiatrie, mais avec des caractéristiques. Le problème principal est la présence des professionnels, ce qui pose des questions très complexes, autant sur le plan théorique que pratique.

Si le but d'un groupe est de favoriser l'esprit d'initiative des patients, la présence d'un professionnel a pour effet de les rendre plus passifs. Il y a donc une contradiction entre la présence d'un professionnel et les objectifs des groupes, mais il apparaît bien difficile qu'un groupe avec des patients psychiatriques graves puisse subsister sans la présence d'un professionnel qui sait comment faire face aux situations de crise. Le professionnel doit travailler en gardant son rôle, mais, en même temps, il doit savoir s'en dépouiller (le nier) en aidant le groupe à accentuer son autonomie, à avoir confiance en soi et dans ses capacités. C'est à l'intérieur de cette contradiction que se jouent le sens et l'esprit des groupes d'entraide, et de la psychiatrie elle-même, tout au moins en tant que pratique psychothérapeutique.

Sur ces bases, dans un sous-secteur psychiatrique près de Varese, au nord de Milan, depuis plus de six ans, nous animons un groupe de parents de patients psychotiques. Depuis deux ans nous avons un groupe d'une douzaine de patients porteurs de pathologies psychiatriques graves ou moins graves.

Depuis six mois nous avons mis en place un troisième groupe d'anorexiques-boulimiques. Le but de ces groupes n'est pas, évidemment, de guérir, mais de mettre 16 patients en condition de mieux pouvoir utiliser leurs capacités, briser leur solitude et leur isolement qui, pour tous, sont leur condition habituelle de vie. ■

Dr. Gian Piero Leoni

PAROXÉTINE ET TROUBLES ANXIEUX*

Inhibiteur sélectif de la sérotonine (IRS), la paroxétine (Deroxat®) a déjà fait ses preuves dans le traitement de plusieurs pathologies : la dépression, première cible de cette molécule, le trouble panique, le trouble obsessionnel-compulsif ou encore, la phobie sociale. Aujourd'hui, des données suggèrent son efficacité dans le traitement de deux autres pathologies appartenant au spectre des troubles anxieux : l'anxiété généralisée et l'état de stress post-traumatique (PTSD). Les résultats de plusieurs études présentées récemment dans le cadre du 13^{ème} Collège Européen de Neuropsychopharmacologie (European College of Neuropsychopharmacology, ECNP) de Munich vont dans ce sens.

Trois larges études randomisées ont évalué l'efficacité de la paroxétine versus placebo chez 1264 patients atteints d'anxiété généralisée. Après huit semaines, l'amélioration de la symptomatologie anxieuse, évaluée par le score global de l'échelle d'anxiété de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAM-A), a été significativement plus importante chez les patients traités par paroxétine que chez les sujets recevant du placebo. Cette amélioration concerne avant tout les principaux symptômes caractérisant l'anxiété généralisée, l'humeur anxieuse, l'inquiétude et la tension. Elle s'est traduite par une diminution significative des scores des deux items correspondants sur l'échelle HAM-A (items 1 et 2). Le traitement par paroxétine a, également, permis de limiter d'une façon significative l'impact fonctionnel de l'anxiété généralisée, ce qui a pu être mis en évidence en utilisant l'échelle Sheehan (Sheehan Disability Scale, SDS). Enfin, dans toutes ces études, la paroxétine a été bien tolérée.

Trois autres essais internationaux, randomisés et menés en double aveugle, ont porté sur 1180 sujets présentant un état de stress post-traumatique (PTSD). Ces études ont montré l'intérêt de la paroxétine dans le traitement de la PTSD. L'amélioration des symptômes a été significative chez les patients traités par rapport à ceux recevant du placebo. Ces résultats, obtenus en utilisant l'échelle CAPS-2, sont indépendants du type de traumatisme vécu. La paroxétine a vu récemment son AMM réactualisé dans plusieurs pays européens, afin d'y inclure deux indications : anxiété généralisée et état de stress post-traumatique. ■

G.M.

*Symposium satellite organisé par le Groupe SmithKline Beecham dans le cadre du 13^{ème} Collège Européen de Neuropsychopharmacologie (European College of Neuropsychopharmacology, ECNP), Munich, Allemagne, le 11 septembre 2000.

BIOGRAPHIE (suite)

satisfaisait plus de l'aristotélisme dominant et de la sclérose des institutions et des pratiques ecclésiastiques. Bien qu'il soit possible de mettre en lumière les liens étroits qu'il entretient avec l'humanisme évangélique, il est généralement tenu pour l'un des représentants du courant hermétique et magique au côté de Paracelse, de Cardan, de Porta, pour ne citer qu'eux⁽¹⁰⁾. Ce courant de pensée se distingue par l'ambition de prendre en compte la matière, sous la dénomination de nature, et de s'interroger sur la place de l'homme dans la Création. Il faudrait, certes, beaucoup de science et de savoir pour rendre le réel chatoïement et la complexité de la pensée magique d'Agrippa et de sa conception d'une unité dans la diversité. *Le Traité de la philosophie occulte* dans lequel il systématise sa doctrine, se présente apparemment comme une immense compilation, mais se révèle, à la lecture, moins artificiel qu'on ne l'a parfois prétendu. Faut-il répéter que la compilation était alors un genre très apprécié, ayant joué un rôle novateur de catalyseur et d'éclaircissement des idées nouvelles ? Conformément à la définition de Mauss selon laquelle la magie est avant tout une tentative d'appropriation du réel, Agrippa se fixe comme objectif de mesurer les possibilités laissées à l'homme de se connaître, de connaître le monde, par là même de maîtriser son destin. La définition de la magie, de son contenu et des pouvoirs qu'elle donne à l'homme, est en effet inséparable d'une vision du monde, des éléments qui le composent et des liens qui l'unissent au Dieu créateur. Cette représentation, qui s'inspire largement d'un néoplatonisme très en vogue depuis les travaux des humanistes italiens, au premier rang desquels il convient de citer Marcile Ficini, est fondamentalement tripartite. Agrippa distingue en effet trois mondes qui se superposent dans notre univers, le monde élémentaire, monde des formes et de la corporéité, le monde céleste, domaine du ciel, des étoiles et des rayons, le monde intellectuel enfin, celui des idées, des intelligences, de Dieu. Superposés, étroitement imbriqués les uns dans les autres, ces trois espaces sont composés d'éléments solidaires selon une loi de hiérarchisation où l'inférieur reçoit l'influence de l'immédiatement supérieur. Quant aux formes, toutes conçues à partir des quatre éléments de base de la physique aristotélicienne (feu, fer, eau, air), elles obéissent à une loi de composition selon leur degré de pureté et de combinaison entre elles. L'univers peut être comparé à une immense combinatoire dans laquelle chaque chose est déterminée par l'ensemble et possède par là même une finalité spirituelle. A l'apparence des choses répond, en effet, une signification religieuse : tout l'effort d'Agrippa consiste à spiritualiser la matière. La remarque de Koyré à propos de Valentin Weigel, « la nature, c'est Dieu explicative : elle le contient en tant qu'elle est son expression »⁽¹¹⁾, vaut pour *La philosophie occulte* qui explique qu'« un se rapporte à Dieu lequel étant un et innombrable crée cependant quantité de choses, et les contient en soi ». Participant de l'esprit divin, le monde possède une âme qui « est une certaine vie unique, qui remplit tout, qui nourrit tout, qui lie et tient toutes choses ensemble, de manière qu'elle ne fait qu'une machine de tout le monde ». Et c'est par l'intermédiaire des rayons des étoiles que cet esprit du monde infuse des propriétés occultes à l'ensemble des choses. Dans cette construction qui joue sans cesse du rapport entre le signifiant et le signifié et entre le symbole et la chose symbolisée, Agrippa multiplie les variations de l'esprit divin dans d'innombrables figures, de dieux secondaires, d'anges et d'intelligences, qui récupèrent la

tradition païenne et l'ésotérisme juif. Tout l'art du magicien consistera à attirer à lui les vertus occultes des trois mondes, par un ensemble de méthodes reposant sur les notions de purification, de sympathie et d'antipathie. Au monde élémentaire correspond la magie naturelle et la médecine, au monde céleste l'astrologie et la mathématique, au monde divin la magie cérémoniale ou théologie. Si Agrippa, dans un souci encyclopédique, rappelle les pouvoirs de la divination, de l'astrologie, des filtres, de l'alchimie et de bien d'autres opérations merveilleuses, il convient de noter qu'il accorde une place décisive à la Kabbale, dans la continuité de ce vaste courant de la kabbale chrétienne qui tente depuis Pic de la Mirandole d'y trouver à la fois la vérification du message évangélique et un moyen d'action sur le monde⁽¹²⁾. C'est en s'appuyant sur ce savoir kabbalistique qu'Agrippa développe une théorie du verbe et du nombre et de leur nécessaire adéquation : l'homme, image en petit de la nature et de Dieu, est à même d'acquiescer d'immenses pouvoirs (faire de l'or, prédire l'avenir, ressusciter les morts), en maîtrisant les nombres et les lettres. Cette théorie d'une mathématique qualitative, ouvrirait sans doute bien des perspectives : on conçoit aisément qu'elle ait été peu comprise par les théologiens de Louvain. Tolérant à l'égard des religions antiques, comme de toutes les religions, indiquant clairement qu'il se revendiquait aussi bien de la tradition hermétique que de la kabbale juive, l'auteur de la *Philosophie occulte* semblait friser le panthéisme ou du moins risquer un syncrétisme. Il n'en était pourtant rien. A de multiples reprises, Agrippa rappelait son attachement au dogme chrétien et aux Évangiles. Très proche des mystiques, il considère en effet l'amour, la foi et l'espérance comme les guides les plus sûrs pour atteindre la sagesse divine. Un magicien qui ne serait pas un sage, un ascète, un chrétien, ne disposerait d'aucun pouvoir. C'est d'ailleurs pourquoi, la magie, cette « science divine », n'est pas accessible à tous et se manifeste comme un ésotérisme. Initiation à Dieu et dans Dieu, à travers le grand livre de la nature, cette discipline présuppose la discrétion et le secret. Le Christ lui-même a prêché d'exemple en affectant ses paraboles d'un double sens, exotérique et ésotérique. Le monde, comme le magicien, sont des tiroirs à secrets. Reste qu'en visant à atteindre Dieu par la connaissance, la *Philosophie occulte* accorde un libre arbitre à l'homme et lui laisse la liberté de choisir le bien ou de s'abandonner au mal.

La critique des sciences

La critique des sciences à laquelle se livre Agrippa à la fin de sa vie a pu sembler un complet reniement de ses écrits antérieurs. N'allait-il pas jusqu'à malmenier sa *Philosophie occulte* et à décrire la kabbale comme un « amas de superstitions » qui détournait les juifs de la parole divine ? Rejoignant nombre de commentateurs, François Secret n'hésite pas à qualifier de palinodie le *Paradoxe sur l'incertitude, vanité et abus des sciences*. Sans vouloir remettre en cause un tel jugement, il convient peut-être de le tempérer, en dégagant les cohérences qui existent entre les dernières positions prises par Agrippa et celles qu'il avait tenues dans sa jeunesse. Il faut d'ailleurs tenir compte d'un contexte de publication qui incitait à la prudence : les temps étaient venus d'une cristallisation des conflits religieux et d'une division meurtrière de la catholicité. A un moment de crispation idéologique et de répression accrue, notre opérateur de merveilles a pu être tenté d'atténuer ses thèses les plus contestées. Le choix du genre paradoxal indique cependant qu'Agrippa est resté jus-

qu'au bout fidèle à l'un de ses principes fondamentaux, celui de heurter le sens commun. Certes, un des thèmes essentiels de son essai, la critique du pédantisme et de l'enfermement disciplinaire, est relativement banal à l'époque et commun à tout le courant humaniste. Reste, qu'en reliant, comme dans une ronde infernale, qui évoque à la fois Rabelais et Erasme, l'ensemble des corporations et des activités humaines, Agrippa rejoint tout un courant mystique de mise en garde contre les illusions et les prétentions misérables de l'homme. Il décrit en effet son combat contre les sciences comme un effort démesuré et herculéen contre des ennemis puissants. Des « grammairiens pouilleux » aux « historiens vendeurs de bourdes », en passant par les « mathématiciens athées », « les putains lubriques » et « les médecins mache merde », pour ne donner que quelques exemples parmi la multitude des corporations vitupérées, tous se dressent contre lui. Mais le principal défaut de ces puissances est d'être humaines et terrestres : il n'y a de science que d'opinion et toute science se trouve ipso facto inférieure à la Sainte Parole. L'ambition des sciences est en effet toute prométhéenne puisqu'elles visent à hisser les hommes au rang des Dieux. Fruit de l'orgueil humain, la science est, dès l'origine, liée à la tentation et au mal. Adam a été chassé du paradis parce qu'il a écouté le serpent qui lui a enseigné la connaissance du bien et du mal. Si Agrippa reconnaît avoir commis des erreurs dans son œuvre passée et émet des jugements négatifs sur la magie et la kabbale, c'est pour rappeler ce qui est pour lui une certitude de toujours, à savoir que la science ne pourra jamais atteindre le rayonnement de la foi et que la transcendance est par nature hors d'atteinte. Indice de l'orgueil incommensurable de l'homme, la science qui se veut à la fois procès de connaissance et de transformation, ne peut aboutir qu'à l'échec puisqu'elle s'enferme dans sa particularité. Ainsi la grammaire entend régir le bien dire, alors que celui-ci n'existe qu'à travers l'usage commun, pire, elle prétend à la censure des écrivains et de la langue. Mais ses œuvres parlent d'elles-mêmes : les interprétations diffèrent entre grammairiens et gangrèment la théologie. « Quelle noise a été esmuée entre l'Eglise Latine et la Grecque, par ces deux mots, ex et per, qui signifient de, et par, les latins affirmant que le Saint esprit procède du Père au Fils, et les Grecs soutenant qu'il ne procède point du Fils mais du Père par le Fils? ». La science est fondamentalement un facteur de division, comme en témoignent l'histoire dont l'écriture dépend d'intérêts multiples (desir de plaire aux Grands, fanatisme, « nationalisme »), ou la rhétorique, cet « art de mentir ». Autoproduitrice d'elle-même dans ses méthodes, par son invocation répétée de l'argument d'autorité, la science, lorsqu'elle tente d'évoluer, rencontre l'expérience et prête alors de l'importance aux sens. Illusions fondatrices qui fondent d'autres illusions : quoi de plus faux en effet que les principes et les sens ? « Il n'y a rien de plus périlleux que de folier par raison » souligne Agrippa comme en écho à Erasme et à l'humanisme⁽¹³⁾. Les pages du traité consacrées à la médecine possèdent à cet égard valeur d'exemple. Agrippa, qui eut à défendre sa qualité de médecin, et dont l'art de soigner, avant tout magique et astral, anticipe probablement sur la conception paracelsienne, accuse la médecine d'être un « art de meurtres et d'homicides et totalement meschannique ». Disqualifiant totalement sa dynamique d'expérimentation qui mène à refuser le passé et à élaborer une médecine composée, cette critique radicale entend montrer que la « médecine boutique » est irrémédiablement liée aux intérêts matériels et s'occupe plus de produire un jar-

gon incompréhensible qu'à guérir les malades. Qu'elle soit sophistique ou active, la médecine dépouille « les malades de santé, de vie et de renommée et d'argent ». En contestant la prétention des sciences à la vérité et à l'objectivité, le *Traité de l'incertitude* mène à la mise en cause des pseudo-miracles et autres impostures. Les libertins du XVII^{ème} siècle apprécieront chez Agrippa ce refus des « miracles », comme son attitude ferme en faveur d'une réelle tolérance entre les hommes. « Les cohérences aventureuses »⁽¹⁴⁾ de Corneille Agrippa auront donc participé à leur manière à ce vaste mouvement de libre discussion des doctrines et de recherche d'une relation plus personnelle à Dieu. Par ailleurs, sa diatribe contre les sciences, à condition d'en oublier les présupposés métaphysiques, a pu et pourrait être utilisée dans une critique des sciences et des techniques dans la modernité. Ce serait oublier, cependant, que cet esprit méthodique et rigoureux, cet éternel insatisfait des œuvres humaines, reste un mystique. Un mystique intellectualisé, il est vrai. ■

(1) RABELAIS, *le Tiers-livre* (essentiellement le chapitre XXV : Comment Panurge se conseille à Herr Trippa).

(2) « Sans sortir de chez lui et confiné souvent une semaine entière dans son cabinet, Agrippa savait, c'était chose notoire, ce qui se passait dans les contrées les plus éloignées. On attribuait ces merveilleuses informations à ses relations avec le démon » écrit le jésuite del Rio en 1599. Jean WIER, disciple d'Agrippa, s'est attaché à défendre son maître des calomnies dont il était l'objet.

(3) BORGÈS, *l'Immortel*, l'Aleph, Gallimard, 1967.

(4) Jean-Claude MARGOLIN, *Pouvoir occulte du langage et écritures secrètes aux 16^{ème} et 17^{ème} siècles : Tri-thème, Vigenère, Kircher*, dans : *Philosophies de la Renaissance*, Paradigme, 1998.

(5) Une bibliographie des œuvres d'Agrippa figure dans le solide travail d'Aug. Prost, *Les Sciences et les arts occultes au XVI^{ème} siècle. Corneille Agrippa, sa vie et ses œuvres*, deux volumes, Champion, 1881.

(6) Parmi les correspondants réguliers ou occasionnels d'Agrippa figurent Lefèvre d'Étaples, Sébastien Champier, Erasme et même Luther avec quelques lettres.

(7) E.L.G. CHARVET, *Lettres et documents pour servir à l'histoire du XVI^{ème} siècle et à celle d'Eustache CHAPUYS, ambassadeur de Charles Quint*, première partie : *correspondance avec Henri-Corneille Agrippa de Nettesheim*, 1875, 180 pages.

(8) Compte-rendu du livre de M. ANGENOT, *Les Champions des femmes, examen du discours sur la supériorité des femmes*, 1400-1800, par M. Cuénin, *Revue d'Histoire Littéraire de la France*, mars-avril 1980, n°2.

(9) Henri-Corneille AGRIPPA, *De Nobilitate et praecellentia foeminei sexus*, édition critique d'après le texte d'Anvers, 1529, préface de R. Antonioli, Droz, 1990, 133 pages.

(10) A notre connaissance, aucune étude n'a véritablement entrepris une comparaison systématique de leurs œuvres qui permettrait de dégager les points communs et les divergences et de mesurer ainsi leur originalité respective.

(11) Alexandre KOYRÉ, *Mystiques, spirituels, alchimistes du XVI^{ème} siècle allemand*, Idées-Gallimard, 1971, 184 pages.

(12) *Kabbalistes chrétiens*, Cahiers de l'Hermétisme, Albin Michel, 1979, 314 pages et notamment : Wolf-Dieter Müller-Jahnke, *Agrippa de Nettesheim et la Kabbale*. W.-D. Müller-Jahnke est l'auteur d'un ouvrage (en allemand) sur la conception de la magie d'Agrippa, paru en 1973. François Secret, *Les kabbalistes chrétiens de la Renaissance*, Arma Artis, 1985 (nouvelle édition), 395 pages.

(13) Christian Bétron, *Humanisme et folie*, dossier (professeur Fr. Billacois), 1977, 32 pages.

(14) Nous nous permettons de reprendre dans un contexte très différent la belle expression de Roger Caillou. Pour conclure, signalons le bel article de M. de Gandillac, *Les secrets d'Agrippa*, page 123 et suiv., dans : *Aspects du libertinisme au XVI^{ème} siècle*, Vrin, 1974, 241 pages.

LIVRES

Guide Annuaire Med'Hitech Santé

Le premier numéro de Med'Hitech Santé, guide annuaire de l'informatique et des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le secteur de la santé, vient de paraître. Mis à disposition des professionnels de santé libéraux et hospitaliers, il référence en particulier la majeure partie des industriels et prestataires du secteur. Ce guide est disponible gratuitement, hors frais de port (22 F pour la version papier ou 14 F pour la version CD Rom) à Med'Hitech, 199 avenue du Maine, 75014 Paris.

Penser à la qualité dans les institutions sanitaires et sociales

Philippe Ducalet et Michel Laforcade
Éditions Seli Arslan

Philippe Ducalet, responsable de la formation des cadres au sein de l'IRTS d'Aquitaine, et Michel Laforcade, directeur adjoint de DRASS et enseignant à l'Université de Bordeaux II, consacrent un ouvrage au « sens », aux « enjeux » et aux « méthodes » de la démarche qualité. Pour eux, la qualité dans une institution ne saurait se résumer à une recette nouvelle, notamment aux normes ISO ou à d'autres référentiels. Il s'agit plutôt d'un « cheminement, d'un état d'esprit dont la construction est quotidienne ». Après avoir exposé leur point de vue, les auteurs insistent sur la méthode, en particulier sur l'auto-évaluation et l'évaluation de la satisfaction et soulignent l'importance de la dimension managériale.

Les faire-semblant : jeu et identité

La Lettre du Grape - n° 40 - 2000

Les enfants de l'an 2000 jouent autant, sinon plus, avec les consoles, les jeux virtuels, les game-boy, qu'avec les traditionnels poupées ou trains. Mais qu'est-ce que jouer ? On sait que les jouets sont essentiels pour la construction psychique de l'enfant, non seulement parce qu'ils suscitent leur créativité et développent leur imaginaire mais parce qu'ils sont également une initiation à l'élaboration des situations, bref, qu'ils permettent la symbolisation. Mais tous les jeux sont-ils équivalents ? Au-delà des théories classiques du jeu (Freud, Melanie Klein, Winnicott...), des situations de jeu dans les lieux d'enfance, il est intéressant d'interroger les incidences des jeux modernes sur la subjectivité de l'enfant, notamment lorsque du faire-semblant du jeu on dérive vers le passage à l'acte pour, dans l'angoisse bien souvent, se maintenir comme sujet et échapper à la « menaçante imminence du réel ».

Les mesures de la qualité de vie

Alain Lepiège
Coll. Que sais-je ?
PUF

La notion de qualité de vie devient de plus en plus présente dans les études sur les stratégies thérapeutiques. Chercheur à l'INSERM, Alain Lepiège cherche à définir les typologies des instruments de mesure et l'élaboration des données de référence, notamment le développement international d'un questionnaire de qualité de vie. L'étude de la caractérisation des mesures obtenues et leur utilisation dans les protocoles de recherche conduisent l'auteur à envisager les enjeux éthiques en matière de recherche clinique, médecine clinique et santé publique.

Veufs - La vie sans elle.

Solange Roussier
Bayard

Jeune cadre et jeune père ayant récemment perdu sa femme dans un accident de la route, grand vieillard du milieu populaire veuf depuis trente ans... les situations sont diverses. Pourtant, certaines questions se posent à tous et ne recourent pas entièrement celles qui concernent les femmes veuves. Tenir une maison, avoir une vie sociale, élever ses enfants, savoir exprimer ses sentiments, se réintégrer dans la vie professionnelle, le livre explore les spécificités et les défis propres au veuvage masculin.

Tous va bien se passer ! Réponses à de jeunes parents

Julien Cohen-Solal
Bayard

Cet excellent livre de vulgarisation et donc de prévention, à travers un dialogue, a l'image d'une consultation, répond aux questions que l'on se pose à la naissance et pendant les premières années de la vie d'un enfant, des petites maladies aux différents aspects de l'éveil (jeu, marche, langage,...).

La Croix-Rouge pendant la guerre d'Espagne

Pierre Marquès
L'Harmattan

L'ouvrage de Pierre Marquès est la première publication parue en français sur l'action du Comité International de la Croix-Rouge (CICR) pendant la guerre d'Espagne. Ayant vécu une partie des événements qu'il décrit, l'auteur n'a pas cherché à livrer une analyse froide et impartiale. Souvent, il prend parti et est critique. Toutefois certaines activités ont été totalement nouvelles et elles ont connu d'importants développements au cours de conflits ultérieurs. C'est au cours de la guerre d'Espagne que le CICR a lancé, en février 1938, son premier appel pour condamner les bombardements indiscriminés. C'est en Espagne, également, qu'il a assuré la protection de dizaines de milliers de civils dans des zones neutralisées et protégées. C'est au cours de cette guerre, enfin, que des listes de prisonniers ont été communiquées pour la première fois par un service de radiodiffusion.

ANNONCES EN BREF

3 et 4 novembre 2000. La Vallette du Var. Colloque régional sur le thème : *Les réseaux de santé : une nouvelle réponse à la politique de santé*. Inscriptions et renseignements : Annie Puissant, Colloque Régional des Réseaux de Santé, Centre Hospitalier Henri Guérin, 83390 Pierrefeu du Var. Tél. : 06 10 10 72 74.

16 et 17 novembre 2000. Tour. Journées Nationales de l'Association Nationale et Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (ANECAMPS) sur le thème : *Enfant singulier, équipes plurielles*. Renseignements : Mme Guizonne, Association Nationale et Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (ANECAMPS), 10 rue Erard, 75012 Paris. Tél. : 01 43 42 09 10. Fax : 01 43 44 73 11.

17 novembre 2000. Paris. 3^{ème} Journée Broca Sainte-Anne sur le thème : *Imagerie fonctionnelle et système nerveux*. Inscriptions préalables et renseignements : Service Communication CHSA, 1 rue Cabanis, 75014 Paris. Tél. : 01 45 65 89 21. Fax : 01 45 65 89 86. E-mail : com@chsa.broca.inserm.fr.

18 novembre 2000. Nancy. Réunion d'automne de la Société de Psychiatrie de l'Est sur le thème : *La psychiatrie de liaison*. Renseignements : Société de Psychiatrie de l'Est, Clinique psychiatrique, CHU de Strasbourg, 67091 Strasbourg Cédex. Tél. : 03 88 11 62 12. Fax : 03 88 11 57 74.

25 novembre 2000. Paris. Journée du Groupe d'Etudes du nourrisson et de la périnatalité de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent sur le thème : *Regard du bébé, regard sur le bébé : la place du regard dans les interactions et le développement précoces*. Renseignements : Mme Finucci, Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SFPEA), Clinique Goerges Heuyer, Hôpital de la Salpêtrière, 47 Bd de l'Hôpital, 75651 Paris Cédex 13. Tél. : 01 42 16 23 51. Fax : 01 42 16 23 31.

2 et 3 décembre 2000. Paris. XXXIV^{èmes} Journées de travail du centre Alfred Binet sur le thème : *Hommage à l'œuvre de René Diatkine*. Renseignements : Centre Alfred Binet, 76 avenue Edison, 75013 Paris. Tél. : 01 40 77 43 18. Fax : 01 40 77 43 55.

5 décembre 2000. Paris/La Défense. Carrefour d'expériences et de réflexions organisé par l'Association « Vivre » sur le thème : *Pour une nouvelle dynamique d'insertion. Plusieurs voies possibles de « Désinstitutionnalisation »*. Renseignements : Association « Vivre », Claire Heintz, 2 square Lamartine, 94230 Cachan. Tél. : 01 45 46 33 61. Fax : 01 45 46 66 03.

9 décembre 2000. Paris. Colloque sur le thème : *Délinquants sexuels Loi du 17 juin 1998 et enjeux de l'application*. Renseignements et inscriptions : Mr. A. Javay (trésorier AFPPL), 22 rue de Châteaudun, 92250 La Garenne Colombes. Tél. : 01 46 49 16 41. Fax : 01 46 49 16 52.

1er février 2001. Limoges. Journée de formation continue de la Fédération d'Aide à la

Santé Mentale Croix-Marine sur le thème : *Les CATTP*. Renseignements : Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine, 31 rue d'Amsterdam, 75008 Paris. Tél. : 01 45 96 06 36. Fax : 01 45 96 06 05. Minitel : 3615 MENTALINFO. E-mail : croix-marine@wanadoo.fr.

10 mars 2001. Paris. Journée de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SFPEA). Renseignements : Mme Finucci, Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SFPEA), Clinique Goerges Heuyer, Hôpital de la Salpêtrière, 47 Bd de l'Hôpital, 75651 Paris Cédex 13. Tél. : 01 42 16 23 51. Fax : 01 42 16 23 31.

15 mars 2001. Versailles. Colloque sur le thème : *L'observation, quels enjeux pour le sujet ?* Renseignements et inscriptions : Buc Ressources, Dominique Besnard. Tél. : 01 39 20 19 82. Fax : 01 39 56 55 89. E-mail : buccress@club-internet.fr. ou Le Journal des Professionnels de l'Enfance, Marine Millon. Tél. : 01 53 38 46 48. Fax : 01 53 38 46 42.

16 et 17 mars 2001. Paris. 19^{èmes} Journées d'Etude du Groupe de Recherche sur l'Autisme et le Polyhandicap sur le thème : *La vie affective et sexuelle du jeune handicapé, autiste*. Renseignements : GRAP, Hôpital de Jour Georges Vacola (Fédération ANPEDA), 44 quai de Loire, 75016 Paris. Tél. : 01 42 02 19 19. Fax : 01 42 02 87 47.

17 mars 2001. Lille. 2^e Colloque de l'Association Lilloise pour l'Etude de la Psychanalyse et son Histoire. Renseignements : Dr Emmanuel Fleury, Association Lilloise pour l'Etude de la Psychanalyse et de son Histoire (ALEPH), 17 place Leclerc, 59800 Lille. Tél. : 03 20 92 58 42. Fax : 03 20 92 44 86. E-mail : eflleury@nordnet.fr.

29 mars 2001. Clermont-de-l'Oise. 10^{ème} Journée Scientifique organisée par l'Association Clermontoise de Recherche, d'Enseignement et de Formation en Psychiatrie et Psychologie sur le thème : *Paradoxes*. Pour toute information, contacter le secrétariat ACREFPF CHI, 2 rue des Finets, 60600 Clermont. Tél. : 03 44 77 50 05. Fax : 03 44 77 50 21.

26 et 27 avril 2001. Béziers. XI^e Rencontres nationales de périnatalité de Béziers sur le thème : *L'amour maternel : données contemporaines*. Renseignements et inscriptions : Maison Jean Gailhac, Mme Badiola. Tél. : 04 67 49 87 05. Fax : 04 67 09 02 36. Tous les après-midis du lundi au vendredi de 14h à 18h. Secrétariat Service de pédopsychiatrie : Mme Gayraud, tél. 04 67 30 85 05, Mme Bertrand, tél. 04 67 35 70 78.

31 mai au 2 juin 2001. Lisbonne. 3^{ème} Congrès Européen de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent sur le thème : *Psychopathologie et Parentalité(s)*. Inscriptions : TOP, Tour Congress Department, att. Mr. Vitor Alves, R. Luciano Cordeiro 116, 1050-140 Lisboa, Portugal. Tél. : (351) 21 3520028. Fax : (351) 21 3525285. Internet : http://paginas.teleweb.pt/~pedpsi/appia.htm. E-mail : congress@toptours.pt.

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