

LE JOURNAL DE NERVURE

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

Supplément à NERVURE
 Journal de Psychiatrie
 n° 3 - Tome XIV - Avril 2001

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

J.M. Wirotius*

Gabriel Bidou (1878-1959): l'origine des soins des personnes handicapées dans le champ sanitaire

LIVRES

La mégalomanie de Freud

Israël Rosenfeld
 Éditions du Seuil

Israël Rosenfeld, médecin et philosophe, professeur d'histoire des idées à la City University de New-York nous livre ici un « manuscrit inédit » de Freud qui lui serait parvenu en d'étranges circonstances : par le biais d'une « petite fille », de Freud, dont la mère aurait été le fruit d'une liaison clandestine et inconnue jusqu'à ce jour du maître viennois que nous croyions si puritain. Voilà déjà de quoi nous allécher ! Mais l'étonnement de cette découverte cède rapidement à l'effarement lorsque nous lisons ce « manuscrit » posthume, dernière œuvre que Freud aurait écrite en 1938 après le « Moïse ». Freud en effet y met en pièces toute son œuvre, fondée sur la culpabilité et le complexe d'Oedipe. Il vient en effet de découvrir une nouvelle pulsion, bien plus fondamentale : « l'auto-tromperie » (ou la mégalomanie).

« Ce que je nomme auto-tromperie se trouve à la racine même de la société, mais tellement transformée que nous ne l'identifions pas(...). Et pourtant, si nous pensons un instant à ces personnalités de premier rang que sont les chefs d'Etat, scientifiques de renom, grandes fortunes ou intellectuelles en vue, nous savons tous que leur réputation dépasse de loin leurs qualités propres. A vrai dire nous savons mais n'osons pas le dire que la valeur d'un homme, sa réputation, tiennent le plus souvent à son imposture, à sa faculté de tricher ». Donc tout le monde bluffe, à commencer par Freud qui se serait et nous aurait ainsi totalement dupé avec la psychanalyse. Mais les neuroscientifiques font de même, et Moïse et ses tables de la Loi et tous les grands chefs religieux ou charismatiques... Toute théorie globalisante est par définition auto-tromperie et duperie de soi et des autres. La seule façon de s'en sortir ? L'humour probablement...

M. Goutal

Génétique et psychiatrie

Psychiatrie Française

L'association française de psychiatrie consacre le dernier numéro de *Psychiatrie Française* au thème *Génétique et psychiatrie*. L'analyse des liens entre la génétique médicale et la psychiatrie montre l'évolution des pratiques des psychiatres en fonction des progrès de la génétique. Leur rôle dans le dépistage et la prise en charge des maladies génétiques est également abordé.

Le champ du handicap dans le registre sanitaire est souvent méconnu au profit du secteur médico-social qui concrétise l'organisation des lieux de vie que notre société veut bien attribuer à ceux d'entre nous qui sont les plus dépendants. Pourtant cette enclave sanitaire du monde du handicap est importante sur le plan des savoirs, des compétences, de la culture. Elle représente un champ de compétence universitaire partagé au niveau national, européen et international et est mal différenciée du reste du monde sanitaire toujours très globalisé.

Gabriel Bidou a créé à l'Hôpital de la Salpêtrière le premier service de « Récupération Fonctionnelle » des Hôpitaux de Paris, en 1924. Ce travail de terrain va s'accompagner d'une réflexion sur l'organisation des soins pour les « impotents ». Des concepts seront proposés, celui d'« orthopédie instrumentale », de « récupération fonctionnelle », d'« énergamétrie », d'« arthromoteur », de « thérapie mécanique », de « travail humain », de muscle artificiel, ...

G. Bidou a insisté, dans ses ouvrages (une quinzaine), sur l'importance de la démarche scientifique dans ce registre des soins et a développé de nombreux outils de mesure. L'auteur centre tous ses propos sur la nécessité de structurer la « récupération fonctionnelle » sur des bases scientifiques : « En créant ce courant médical scientifique dans l'opinion public, le praticien parviendra peu à peu à le détourner de l'attrait publicitaire que les empiriques exercent trop facilement sur sa crédulité ». Un vaste programme.

Cette vie médicale, consacrée aux personnes handicapées, apparaît pionnière, mais est restée une entreprise individuelle isolée et mal comprise⁽¹⁾. La méthode de récupération fonctionnelle apparaissait en phase avec son époque, tant pour la technologie mécanique que pour les références sociales du monde du travail. Elle était alors regardée avec curiosité par le reste du monde médicale.

Il faudra attendre mars 1968 pour que la première chaire (et dernière, ... car en mai de la même année, l'université se transformera,...) de Rééducation Fonctionnelle confiée au Professeur André Grossiord soit créée à la Faculté de Médecine de Paris⁽²⁾. Aux USA, la spécialité a été fondée en 1947 sous le nom de « Médecine Physique (Physical Medicine) », est devenue « Médecine Physique et de Réadaptation » (« Physical Medicine and Rehabilitation »), sous l'impulsion d'H.A. Rusk⁽³⁾ en 1951. Le mot « réhabilitation » est alors accolé à celui de médecine physique pour rendre compte des aspects émotionnels, sociaux, éducationnels et professionnels des programmes de soins. Ceci se fera dans un

climat houleux. L'interlocuteur de H.A. Rusk lui dira « je veux juste vous dire cela, si vos programmes de soins ont quelque chose à voir avec la psychiatrie alors vous me perdrez ». Des débats difficiles suivront. H.A. Rusk argumente alors auprès de ses tutelles : « Si un patient vient me voir avec une amputation de jambe et qu'il souffre de troubles émotionnels et anxieux, si je ne prêtai pas

de médecine physique ; c'était un concept total pour rencontrer les besoins totaux de la personne handicapée ».

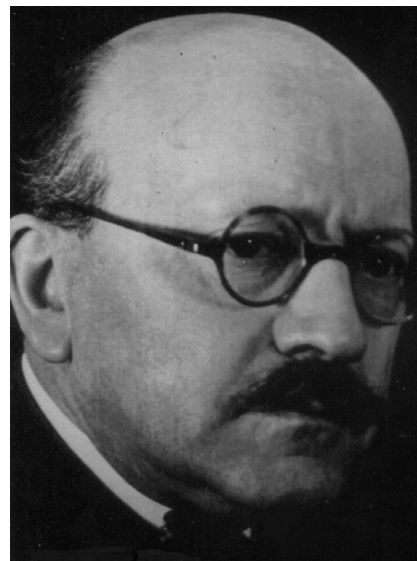
Enfin son interlocuteur sera convaincu pour répondre : « D'accord, je comprends maintenant ce que vous ressentez. Je vois mieux les besoins dont vous me parlez et je ne rediscuterai pas de ces points, ... ». Ainsi allait s'ouvrir aux USA et dans le monde ce champ médical culturel lié à la connaissance et à la compréhension de l'homme blessé, confronté à une nouvelle physiologie, à de nouvelles références fonctionnelles.

LA VIE PROFESSIONNELLE DE GABRIEL BIDOU

G. Bidou est né le 10 mai 1878 à Givet dans les Ardennes. Il fait ses études de médecine à Lille et jusqu'en 1906, travaille à l'Institut orthopédique de Berck dans le service du Docteur Calot, où il exerce les fonctions de directeur du service de mécanothérapie. A cette époque, à Berck, on s'occupait surtout des conséquences de la tuberculose avec toutes ses invalidités secondaires (raideurs de hanches, maladie de Pott, scoliose...). De 1906 à 1920 G. Bidou a été le directeur de l'institut de physiothérapie de Grenoble. Il y avait un atelier et un ou deux ouvriers qui réalisaient, sur ses consignes et d'après mou-
 lage, les appareils et corsets nécessaires.

A partir de 1920 et jusqu'en 1959, année de sa mort, il a vécu à Paris. C'est à la Salpêtrière, en 1924, que sera officiellement créé le premier Service de Récupération Fonctionnelle des Hôpitaux de Paris.

Service de Médecine Physique et de Réadaptation, Hôpital de Brive, 19100 Brive. Tél. 05 55 92 60 05, fax : 05 55 92 62 46, jmw@infonie.fr



attention à ses troubles affectifs, je ne serais pas un bon médecin. Si la réadaptation doit ignorer les problèmes émotionnels des personnes handicapées, alors je retournerais à la médecine interne qui fut mon premier amour, ... ». Il relève plus loin, « nous avons eu une longue discussion ou j'expliquais de nouveau que la réadaptation n'était ni un pur concept psychiatrique, ni un pur concept

Extrait de l'abrégé des principes fondamentaux de récupération fonctionnelle, G. Bidou, 1958

« Le 13 mars 1919 nous présentions à l'Académie de Médecine une méthode d'appareillage des impotents. Elle reposait sur les principes de la physiologie du mouvement, adaptée à la déficience motrice de la machine humaine.

Nous démontrions, à l'aide d'une maquette articulée, comment il était possible de faire « ouvrir » les différents segments humains parétiques, sans le secours de béquilles ou de fauteuils mécaniques.

L'appellation, sous laquelle nous décrivions cette méthode était celle d'« Orthopédie instrumentale ».

En quittant la salle des séances, M. le Professeur JALAGUIER qui avait bien voulu s'intéresser à notre communication, nous fit aimablement la critique de la dénomination que nous avions adoptée et nous proposa de la remplacer par celle de la « Récupération fonctionnelle ».

Cette suggestion nous parut fort judicieuse et nous l'acceptâmes avec gratitude.

Le terme de « Récupération fonctionnelle » sous lequel nous désirons préciser une méthode de secours de la fonction humaine amoindrie ou perdue, date donc de 1919. »

LIVRES

Douleurs et souffrances*Champ psychosomatique*

La revue *Champ Psychosomatique* se propose de depuis 1958 de publier des articles scientifiques, médicaux, analytiques et philosophiques, dont le fil conducteur est ce que Freud considérerait comme le « saut mystérieux du corporel au psychique », à savoir le vaste domaine de la psychosomatique. Ce numéro, *Douleurs et souffrances*, nous propose plusieurs grilles de lectures de ces notions familières à nos pratiques quotidiennes, puisqu'elles constituent des éléments séméiologiques indispensables à repérer dans tout entretien. Le point de vue biopsychosocial est abordé par F. Bourreau, qui présente le modèle multidimensionnel de la douleur. Il n'existe pas une, mais des douleurs, dont il présente les divers mécanismes, en insistant sur le fait que nombres de douleurs chroniques résultent de l'intrication de facteurs organiques et psychosociaux. M. Enriquez, distingue le registre de la souffrance de celui de la douleur et aborde la problématique masochiste d'un plaisir érogène qui trouve son origine dans la douleur et permet au moi de se reconstruire. P. Attigui, traite de la douleur dans son rapport au traumatisme et à la haine, la douleur étant le symptôme d'une crypte au sens où l'entendent N. Abraham et M. Torok, à savoir une enclave rigoureusement séparée des autres lieux psychiques. D. Cupa, nous parle de la douleur de mourir et des atteintes narcissiques que la douleur et les souffrances infligent lentement et inexorablement au patient atteint d'un mal incurable.

S. Missonnier, nous présente, à travers les douleurs et l'angoisse maternelle périnatale, la réactualisation au cours de cette période, des conflits de séparation, des plus archaïques aux plus élaborés. Le point de vue social et culturel de la douleur est abordé à travers deux textes, celui de A. Sirota, qui traite de la souffrance sociale des enseignants face à la violence aveugle pratiquée dans les collèges, et celui de T. Ferradji, qui nous retrace la douleur du migrant. La dimension philosophique est abordée avec deux articles, celui de B. Vergely, qui nous propose une réflexion sur le droit et le sens de l'euthanasie, et celui de G. Morin, sur un abord physiologique de l'esprit et sur ses liens avec les structures cérébrales. Cet ouvrage s'adresse à un public de psychanalystes, psychiatres, psychologues, médecins et plus largement à tous les professionnels concernés par les multiples aspects de la problématique psychosomatique.

Françoise Le Coz

Guide du secteur social et médico-social

4ème édition

Marcel Jaeger

Dunod

Mise à jour et enrichie de nouvelles entrées, cette quatrième édition traduit un véritable succès pour un guide qui propose une synthèse des principaux dispositifs et concepts clés de l'aide à l'action sociale.

En une centaine d'entrées, sont fournis les points de repère essentiels pur la connaissance des terminologies. Chacun des termes traités comporte : une définition précises, une explication détaillée retraçant l'histoire, les principales références administratives et juridiques et une bibliographie. L'intérêt majeur est de dessiner clairement et méthodologiquement les contours et les dispositifs d'un secteur devenu foisonnant et complexe au fil des années.

BIOGRAPHIE (suite)

Sa présentation professionnelle dans « Travail humain et récupération fonctionnelle », 1939

Docteur Gabriel Bidou
 Chef du Centre de Récupération
 Fonctionnelle des Hôpitaux de Paris
 Médecin en chef de l'Hôpital Sainte-
 Isabelle
 (Fondation E. Martinez de Hoz)
 Médecin expert près le tribunal
 de la Seine
 Membre de la Société des Ingénieurs
 civils de France

En 1927, les documents des archives de l'Assistance Publique rapportent la prévision de la construction d'un service de récupération fonctionnelle que l'on propose de situer à l'extrémité de la division Pariset. Une surface de 160 m² est prévue. Il s'agissait d'un service rattaché à la clinique neurologique. Les contacts avec les services de neurologie étaient peu nombreux. Son fils, Stéphane Bidou, médecin pneumologue, rapporte qu'ayant été externe chez le Professeur Guillain, il n'a jamais vu son père venir dans le service.

La construction de ce service de rééducation dans lequel G. Bidou restera jusqu'à sa retraite sera achevée en 1928 ou 1929 (nous n'avons pas la date précise). Il s'agissait, selon sa terminologie, d'un « service spécial et complet de récupération fonctionnelle ». Ce service ne disparaîtra pas et sera relayé en 1956 par ce qui deviendra le service de rééducation fonctionnelle du Professeur J-P Held et de ses successeurs (actuel Service de Médecine Physique et de Réadaptation, Professeur Michel Perrigot).

Georges Guillain écrit dans la préface du livre de G. Bidou⁽⁴⁾ :

« Lorsqu'après la guerre, la Faculté de Médecine de Paris me confia la chaire de Clinique des Maladies du système nerveux, il m'apparut que la collaboration de M le Docteur Bidou serait d'une importance primordiale pour le traitement des malades de la Salpêtrière. Je lui ai demandé de m'apporter son aide et M le Docteur Mourier, Directeur général de l'Assistance Publique de Paris, a bien voulu créer dans notre clinique un petit service pour la récupération fonctionnelle de nos malades. Avec un dévouement inlassable, M le Docteur Bidou nous a donné son temps, son travail, sa science. Les résultats ont été remarquables. Des malades hospitalisés depuis de longues années, confinés au lit, ont été récupérés pour la société; les résultats acquis ont été si utiles et si frappants que Monsieur le directeur de l'Assistance Publique a pris des dispositions pour construire dans un avenir prochain pour Monsieur le Docteur Bidou un service spécial et complet de récupération fonctionnelle ».

Parallèlement à la création de ce service à la Salpêtrière, G. Bidou a installé successivement deux cliniques privées dédiées aux seuls traitements de récupération fonctionnelle. D'abord à Paris, rue Ribera dans le 16ème arrondissement, puis à Neuilly avec la Clinique Sainte-Isabelle, fondation d'un Argentin, Martinez de Hoz. G. Bidou a exercé dans ces structures de soins jusqu'à sa retraite, pour se retirer ensuite à Champigny.

LA TERMINOLOGIE SPECIFIQUE

G. Bidou a eu pour souci principal d'appliquer la méthodologie scientifique à la rééducation fonctionnelle. Cela correspond à l'idéologie de son époque fort éprise de scientisme. Il a développé des concepts opératoire dans le champ du handicap et de la réadap-

tation, et travaillé sur l'évaluation et les mesures. Cette dimension scientifique, G. Bidou est allé la chercher dans la mécanique générale et la physique, où il a puisé bon nombre des développements. Divers thèmes concernent, la « déficience fonctionnelle », l'incapacité de travail, les raideurs articulaires, la valeur énergétique nécessaire suivant les différents métiers, la valeur énergétique des principaux groupes musculaires, le barème des taux de capacités de travail, etc... Il expose ses désaccords avec les stéréotypes culturels du moment, affirmant que⁽⁵⁾ :
 - « fortifier les muscles » n'est pas une mesure universelle à utiliser sans réflexion même si elle est une modalité bien souvent proposée ;

- « il ne faut pas se soumettre aux préjugés des ignorants et croire qu'un appareil retarde l'évolution d'une récupération musculaire ».

Ses publications s'échelonnent de 1903 à 1958, sur une période de 55 ans. De l'ensemble de cette œuvre, nous avons pu retrouver quinze livres édités.

Sur le plan culturel, il maintenait des liens privilégiés avec le monde des ingénieurs, et n'avait pas de fonction d'enseignement au niveau médical. Il ne semble pas avoir eu de disciples et il est resté assez isolé sur le plan professionnel. Les préface de ses livres sont signées : G. Guillain, J. Babinski, A. d'Arsonval, ...

La récupération fonctionnelle

Le début de ses travaux fait référence à la mécanothérapie avec l'idée que la thérapeutique par l'intermédiaire d'appareils dont on peut contrôler parfaitement le travail serait seule valable : « Dans les cas de réactions tendineuses, le médecin qui cherche à obtenir la récupération fonctionnelle de segments humains, ne songera pas à demander à des machines la rupture de ces freinages pathologiques et croira mieux faire en priant un infirmier, doté de muscles puissants, de « travailler » ces réactions, ... Mais, puisque la condamnation médicale doit être prononcée contre la « mécanothérapie », remplaçons définitivement cette dénomination par celle de thérapie mécanique⁽⁶⁾... ».

De 1914 à 1919, G. Bidou a utilisé le terme d'Orthopédie Instrumentale pour définir son domaine d'action. L'acte de naissance du terme de « récupération fonctionnelle » est très précis : 13 mars 1919, sous l'impulsion du professeur Jalaguier. Alors que l'ouvrage intitulé *Orthopédie Instrumentale* était présenté à l'Académie de médecine, le Professeur Jalaguier, qui assistait à la séance, propose le terme de *Récupération Fonctionnelle* pour définir la discipline que G. Bidou expose. Ce mot recouvre l'ensemble des principes thérapeutiques et théoriques que ce dernier proposait pour le traitement des sujets impotents. Il définissait la récupération fonctionnelle, selon ses propres termes, comme une « méthode de secours de la fonction humaine amoindrie ou perdue », comme « une méthode, essentiellement individuelle dans ses applications et basée sur les données de la pathologie, de la neuropathologie, et de la physiologie du mouvement ».

L'énergamétrie

Le second terme réclame une explication puisqu'il a disparu de la terminologie actuelle. Selon G. Bidou, l'énergamétrie est une méthode de mesure de la valeur énergétique humaine dans ses manifestations dynamiques en ses trois conditions : le travail évalué en kgm est le produit de deux facteurs, le déplacement d'un membre et de la force demandée au groupe musculaire pour l'effectuer ; la puissance qu'introduit le temps

en kgm/s ; l'énergie potentielle en kgm. Pour l'auteur, l'énergamétrie est une méthode scientifique qui permet de mesurer précisément la « déficience ». A cette époque, il comparait le fonctionnement du moteur humain à celui d'une mécanique qu'il fallait analyser avant d'envisager un traitement. L'idée est de considérer l'homme comme « une machine humaine » soumise aux lois de la mécanique générale dont on mesure le fonctionnement.

Il faut noter l'importance que G. Bidou accorde à l'introduction du temps dans l'évaluation de la force musculaire, à la fois dans sa composante instantanée (vitesse) et dans sa possibilité de répétition du même mouvement. Il insiste, également, sur la notion d'énergie potentielle qui est « la fortune que possède en réserve le groupe musculaire ». « La puissance musculaire » est définie comme étant le « travail fourni divisé par le temps ». La variation de la puissance musculaire constitue un « indice de fatigabilité ».

La déficience

Le terme de déficience, aujourd'hui utilisé dans le modèle du handicap (Ph Wood), a un sens différent, il est l'un des éléments de la trilogie : déficience, incapacité, désavantage. Dans les propos de G. Bidou, la déficience est la perte fonctionnelle que l'on peut mesurer, par exemple la déficience du groupe extenseur de la jambe sur la cuisse. Cette déficience a pour corollaire une valeur restante. La déficience représente ici les conséquences fonctionnelles des affections, rapportées à un individu donnée, pour un besoin fonctionnel déterminé (une activité professionnelle). Elle est une donnée individuelle mesurable. La la norme aussi impotence fonctionnelle.

Quant aux notions d'invalidité : « Le degré d'invalidité doit être considéré selon la capacité restante et non pas selon la diminution de la quantité de valeur perdue », d'incapacité de travail (définie comme la différence qui existe entre la valeur restante et la valeur nécessaire pour une profession donnée), ... elles sont utilisées en référence à l'évaluation et aux compensations matérielles.

LA METHODE DE RECUPERATION FONCTIONNELLE**Les buts de la méthode de récupération fonctionnelle**

Ces buts sont doubles :

- obtenir une meilleure autonomie personnelle,
- rendre au patient le maximum de possibilités professionnelles et sociales.

Deux principes sont cités :

- ne pas faire « marcher un parétique », un déficient musculaire sans offrir une compensation à la déficience. L'auteur explique le risque d'augmenter exagérément la fatigabilité des muscles sains avec, par exemple, l'apparition de crampes ;
- la rééducation motrice des paralytiques par le travail musculaire est une grossière erreur : « qui dit paralytique dit « sans motricité » et nous ne voyons pas comment on pourrait demander à des muscles inexistantes au point de vue potentiel de produire un travail quelconque ».

L'auteur semble considérer que : soit l'action serait sans objet sur un muscle (puisque paralysé), soit que sa faiblesse relative ne lui permettrait pas une efficacité fonctionnelle, soit que les compensations spontanées par des muscles, dont la fonction première est autre, seront source d'inconfort. Néanmoins, G. Bidou n'exclut pas l'usage d'une « gymnastique éducative » en fonction du degré de parésie.

(suite p.8)

Quelle prise en charge pour quel déprimé ?

Force est de constater que la santé et les dispositifs médico-sociaux ne peuvent plus être pensés et mis en place uniquement par les acteurs professionnels, médecins, économistes, administration etc. Il faut compter avec la population, les patients et leur entourage. Le récent rapport sur la dépression en France intitulé *Itinéraire des déprimés*, se situe dans cette perspective. Le groupe d'experts, auteur de ce rapport, qui regroupe économistes de la santé, épidémiologistes, médecins généralistes, du travail et psychiatres, a voulu ainsi centrer ce travail sur la place des patients et de leur entourage dans le dispositif de soins.

Quelles sont les finalités de ce rapport ? Avant tout, viser, comme le souligne Philippe-Jean Parquet (Lille), président du Groupe d'experts*, à faciliter la mise en place de dispositifs et de pratiques soignantes plus adéquats aux besoins de santé de la population. Mais il s'est aussi donné pour but de travailler sur les représentations que la population se fait de la dépression. Ainsi il serait possible à celle-ci de mieux identifier ce qu'il en est de la souffrance des déprimés, si elle nécessite une prise en charge, vers qui se tourner de manière pertinente pour obtenir un traitement et un soutien.

Concrètement, le Rapport s'est fixé quatre objectifs majeurs :

- donner au public des informations qui lui permettent d'identifier les symptômes de la dépression, de savoir vers qui se tourner, d'aller consulter, de mieux comprendre la nature et les résultats des traitements ;

- redresser certaines idées fausses sur la dépression en attestant de la réalité de faits tels que la dépression est une maladie et non une faiblesse de caractère, qu'il n'existe pas de dépendance pharmacologique aux antidépresseurs etc... ;

- permettre aux médecins généralistes d'accéder à une meilleure information et formation sur la prise en charge de la dépression ;

- rappeler que le traitement d'un patient déprimé relève d'une prise en charge multiforme qui prend en compte tous les aspects sociaux, psychothérapeutiques et médicamenteux.

Les conclusions de ce rapport, qui sont destinées tout autant au grand public qu'aux acteurs médico-sociaux, ont pour originalité d'affirmer que la prise en compte des besoins des patients est essentielle pour améliorer la prise en charge de la dépression.

Le rapport sur Internet : IREME Université Paris XIII, UFR, SMBH Léonard de Vinci <http://smbh7.smbh.univ-paris13.fr>.

La première conférence de presse, réservée aux médias professionnels, a eu lieu le 2 février 2001 à Paris et a été axée sur le thème : « *Quelle prise en charge pour quel déprimé ?* ». Elle a permis de faire le point sur les critères de dépression selon les médecins et selon leurs patients (diagnostic et dépistage), les risques de la dépression et la prise en charge multiforme (médicamenteuse et psychothérapeutiques). Une deuxième conférence de presse était prévue pour les médias grand public sur le thème « *La longue marche des déprimés* » fin février.

*Constitué par : Dr Henri Cuhe, psychiatre ; Pr Guy Darcourt, psychiatre ; Pr Maurice Ferreri, psychiatre ; Pr Paul Frimat, médecin du travail ; Pr Rebecca Fuhrer, épidémiologiste ; Pr Robert Launois, économiste de santé ; Dr Marie-France Moles, psychiatre ; Pr Jean-Pierre Olié, psychiatre ; Dr Laurent Chevallier, médecin généraliste ; Dr Nathalie Regensberg, médecin généraliste ; Dr Patrick de La Selle, médecin généraliste. La coordination de l'ensemble du Travail a été assurée par le Dr Christiane Mirabaud. La recherche bibliographique et la rédaction du rapport ont été assurés par les docteurs Jacqueline Augendre, Jordi Molto-Santonga et Martin Réca, psychiatres. L'ensemble du projet a été réalisé sur une période de 18 mois : son avancement a nécessité, en dehors de la charge individuelle de travail de conception, organisation et rédaction, une à deux réunions par mois de tout ou partie des acteurs concernés. Les experts n'ont reçu ni rémunération ni contre-partie d'aucune sorte pour leur contribution à ce travail dont la réalisation a été rendue possible par la contribution financière des Laboratoires Lundbeck, SmithKline Beecham et Servier.

Entretien avec Philippe-Jean Parquet

Comment est née l'idée de ce rapport ?

Ph-J Parquet : D'un constat que nous faisons tous : la santé et les dispositifs médico-sociaux ne peuvent plus être pensés et mis en place uniquement par les acteurs socioprofessionnels, c'est-à-dire les médecins, les économistes, l'administration, etc. Il faut

compter avec la population, les patients et leur entourage. On ne peut plus considérer ceux-ci comme de simples utilisateurs d'un dispositif de santé. Ce sont des acteurs déterminants, des co-auteurs de l'organisation même. Affirmer fortement l'originalité de la place des patients est à l'origine de ce rapport. Affirmer que la légitimité de leurs besoins, liés à l'idée qu'ils se font de leur pathologie, est essentielle.

Ce travail a mobilisé un groupe d'experts et des équipes de rédacteurs scientifiques pendant plus d'un an et demi. Quel regard portez-vous sur le résultat ?

Ph-J P : Quand on analyse les données produites, on peut faire deux constatations.

D'une part, l'ensemble des données sur la dépression représente un thesaurus énorme : de la clinique à la neurobiologie, de la thérapeutique à l'économie de santé... D'autre part, ce rapport met en évidence un manque de connaissances sur les personnes souffrant de troubles dépressifs, leurs besoins, leur attente de soins, la recherche et l'acceptabilité des soins, l'idée même qu'ils se font de leur maladie et de leur soignant, leurs satisfactions et leurs attentes. Ce sont des domaines dans lesquels des recherches sont souhaitables.

Vous avez choisi de baser ce rapport sur les attentes des patients. C'est une orientation qu'on observe aujourd'hui dans de nombreuses spécialités médicales. Mais, en psychiatrie, c'est la première fois...

Ph-J P : Replacer le patient au centre des préoccupations et des dispositifs soignants est clamé haut et fort. Malheureusement, cela tient plus souvent des paroles que de la réalité. On a encore l'impression que les dispositifs médico-sociaux sont faits par et pour les acteurs de soins, plus que pour les patients... Dans certains domaines, il n'en est plus ainsi : l'épidémie de sida a démontré la place déterminante prise par les associations de patients. Il n'en est pas de même en ce qui concerne la santé mentale, c'est aussi un des objectifs de ce rapport.

Comment les experts ont-ils été choisis ?

Ph-J P : La multiplication des facteurs intervenant dans la survenue des troubles dépressifs impliquait qu'un ensemble d'experts soit présent pour conduire ce travail : producteurs de connaissances fondamentales, acteurs de la prévention et du soin, économistes de la santé, sociologues, acteurs de la communication. Seuls manquaient les patients. En effet, il n'existe en France que très peu de patients déprimés regroupés en associations, susceptibles de porter témoignage sur les représentations, les besoins et les attentes des patients. Cela devrait changer. Cela se fait déjà dans d'autres pays et, dans le nôtre, pour d'autres pathologies.

Dans ces conditions, comment avez-vous eu connaissance de leurs « attentes » ?

Ph-J P : Les enquêtes ont mis en évidence la forte insatisfaction des patients quant aux soins dispensés, le sous diagnostic d'un grand nombre d'états dépressifs dans l'ensemble de la population, le recours tardif des déprimés au dispositif de soins, la non observance du traitement chez un grand nombre de malades, les différences de prise en charge par les généralistes et les psychiatres...

Le terme de dépression semble recouvrir des réalités bien différentes pour le grand public et le monde médical. Qu'en pensez-vous ?

Ph-J P : Ces deux mondes ont deux conceptions différentes mais utilisent un seul mot. L'une est basée sur la notion de souffrance et l'invalidation sociale qu'amène le trouble dépressif, l'autre est centrée sur la définition de la dépression comme objet thérapeutique et sur les modalités thérapeutiques. Ceci présente peut-être un caractère un peu réductionniste mais semble néanmoins essentiel... Par ailleurs, le champ de la dépression est perçu, à la fois par le grand public et par le monde médical, comme extrêmement vaste : il n'existe pas une dépression mais un spectre de dépressions. Ceci pose problème pour la population et les experts, à cause de la diversité des modes d'expression de la dépression, son multidéterminisme, sa variabilité suivant l'âge, les situations...

Quelles sont les finalités de ce rapport ?

Ph-J P : Avant tout, la mise en place de dispositifs et de pratiques soignantes plus adéquats aux besoins de santé de la population. Ce rapport s'adresse à la fois au grand public et aux acteurs médico-sociaux. Il vise à attirer l'attention sur ce qui avait été négligé, semble-t-il, antérieurement : la place des patients dans le dispositif de soins.

Mais il s'est aussi donné pour but de travailler sur les représentations que la population se fait de la dépression. Afin que celle-ci puisse mieux identifier ce qu'il en est des souffrances des déprimés si elles nécessitent une prise en charge, vers qui se tourner de manière pertinente pour obtenir un traitement qui leur convienne et un soutien leur permettant de supporter cette épreuve. ■

LIVRES

Accompagner les personnes polyhandicapées

Réflexions autour des apports d'un groupe d'étude du CTNERHI

2ème édition

Collection Etudes et Recherches

CTNERCHI

Aujourd'hui, la force de vie des personnes polyhandicapées elles-mêmes, le courage combatif de leurs familles, la recherche et l'esprit créatif des professionnels, et singulièrement des AMP, ainsi que des textes réglementaires incitatifs comme la nouvelle Annexe XXIV ter, sont parvenus ensemble à doter ce domaine d'une authentique qualité de vie. Pour jaloner ce mouvement qui doit se poursuivre afin de répondre au mieux à des besoins, encore insatisfaits, des jeunes polyhandicapés, et surtout des adultes, se trouvent rassemblés ici les principaux apports d'un groupe d'étude du CTNERHI, les réflexions et expériences d'un certain nombre de praticiens et de parents. L'accent est mis sur des notions récentes : grande dépendance, communication non verbale, stimulation sensorielle, projet individualisé, prévention d'un surhandicap, accompagnement, partenariat, qualité de vie...

Les adolescents violents

Clinique et prévention

Yves Tyrode, Stéphane Bourcet

Dunod

Voilà deux auteurs prolifiques qui ont, ces derniers mois, multiplié des ouvrages courts, didactiques, faciles à lire et rappelant des notions simples mais utiles dans la pratique psychiatrique courante. Leur ouvrage bénéficie d'une intéressante préface de Boris Cyrulnik qui ouvre de nombreuses pistes de réflexion. Il est construit, comme ses auteurs en prennent l'habitude, autour de cas pratiques illustrant parfaitement les courts développements théoriques. Ici c'est plus d'une soixantaine de vignettes cliniques qui rendent au lecteur la lecture aisée et lui permettent de vérifier s'il a bien compris les développements qui s'y rattachent. La question de l'adolescence est abordée tour à tour dans son aspect social et criminologique et dans son registre psychique. Les informations foisonnent, issues d'une bibliographie importante, qui a le mérite d'être puisée essentiellement d'une part dans des ouvrages et non de simples articles et de l'autre parmi des auteurs français et non anglo-saxons. Pour traiter ce sujet le choix est particulièrement judicieux car on se rend bien compte que les débordements des adolescents sont fortement liés à la culture et au fonctionnement social mais aussi sans doute aux lois qui permettent une intervention aussi bien sur le plan judiciaire que médical et psychiatrique. En ce sens il est sans doute bien présomptueux de vouloir transposer les résultats de recherche nord-américaine à ce qui advient dans la société française actuelle. L'ouvrage, des conséquences de l'Oedipe mal résolu, ou des besoins narcissiques de l'adolescent, passe au problème de violentes colères, de comportements des bandes ou encore à la délinquance, la toxicomanie, aux agressions sexuelles, traitant même la question du parricide. Chaque chapitre de lecture aisée intéressera tout psychiatre confronté aux multiples problèmes de l'adolescence mais aussi l'ensemble de nos partenaires d'un jour ou d'une carrière entière, allant des magistrats aux services sociaux en passant par les responsables de l'éducation nationale.

C. Jonas

INFORMATION

Le site internet des « Comités Sida » est à votre disposition sur :

www.metafort.org/comitesida

ainsi qu'une adresse électronique :

comitesida@free.fr

pour recevoir et diffuser toutes vos infos.

LIVRES

Dépression et libido

sous la direction d'Henry Cuche
Collection Psychologie
L'Esprit du Temps

Comme son nom l'indique, le dernier ouvrage de la collection Psychologie dirigée par P. Brénat traite du lien intime et complexe entre trouble de l'humeur et de la sexualité. Sous la direction d'H. Cuche, une douzaine d'intervenants s'appliquent à traiter ce sujet difficile à travers trois grandes parties : *La Dépression, Le Couple, Le Désir*. Des trois, seule la première partie est en plein dans le sujet et le clinicien y trouvera des notions essentielles de pratique quotidienne en particulier sur l'épidémiologie des troubles sexuels (J. Tignol), sur la faiblesse des outils nécessaires à leur évaluation (M. Chevet-Measson) et sur les effets secondaires des thérapies antidépresseuses (F. Chauchot). G. Abraham rappelle, quant à lui, la bivalence plaisir/douleur et la nécessité d'en comprendre l'équilibre dans la vie antérieure du patient. Les deux autres parties, bien que très intéressantes, s'éloignent notablement du sujet principal.

La deuxième, consacrée au couple « *monogame strict de longue durée* » (P. Brénat), cette curiosité occidentale en pleine mutation dont la sexualité est « *une intimité parmi d'autres* » (W. Pasini), s'attache surtout à en décrire la prise en charge psychanalytique (J.P. Caillot) et systémique (S. Angel). On regrettera l'absence des thérapies cognitivo-comportementales pour que ce tour d'horizon soit complet. Enfin, la partie consacrée au désir, apparaît la plus hétérogène. B. Cyrulnik nous y raconte une « *histoire naturelle du désir* » qui « *naît du corps et des représentations* » tandis que S. de Mijolla-Mellor et P. Michon-Raffaitin s'intéressent respectivement aux « *mythes magico-sexuels* » de l'enfant et aux bouleversements psychiques de l'adolescence. Quant à l'article de M. Aubry, il fait écho à la première partie en rappelant que « *le désir échappe à l'évaluation* » et qu'il est préférable de s'intéresser à la notion de « *qualité de vie* ».

H. Lainé

Risque, responsabilité éthique dans les pratiques de gérontologie

Jean-Jacques Aymot et Alain Villez
Dunod

Les établissements accueillant les personnes âgées et les services de maintien à domicile subissent une pression toujours plus forte pour normaliser leur fonctionnement et rationaliser leurs dépenses. Une organisation trop rigide, héritière d'une longue tradition hospicière, alliée à un souci d'écartier tout risque de mise en cause de la responsabilité des professionnels, peut conduire à la négation progressive de la liberté, du droit au risque et du droit au choix des personnes âgées, et mettre ainsi à mal la dignité même de ces personnes comme expression des droits fondamentaux reconnus à tout être humain. Cet ouvrage rend compte d'une étude sollicitée par la Fondation de France, à laquelle ont été associés plus de 140 professionnels, universitaires et retraités. La première partie fait l'inventaire des dérives et dysfonctionnements qui conduisent aux deux écueils auxquels se heurtent actuellement les pratiques gérontologiques : le refus de toute prise de risque devant une judiciarisation excessive et, son corollaire, la tentation des pratiques sécuritaires abusives. Une seconde partie, consacrée à l'analyse des pratiques sur le terrain, met à jour axes d'action et pistes de travail afin de dégager une nouvelle éthique gérontologique.

L'infirmier en psychiatrie aujourd'hui : quelle place ?

Le point de vue d'un praticien hospitalier

B. Naili Douaouda*

Ce travail se veut une lecture de l'évolution du rôle des infirmiers dans cette dernière décennie même si ce rôle apparaît peu clair pour les intéressés eux-mêmes, comme pour les autres acteurs de la santé. Jusqu'où peut aller le savoir acquis de ces soignants au quotidien et par la Formation Continue ? Quelles sont les difficultés et les limites de sa mise en pratique dans l'institution ? L'analyse présentée tente de fournir des repères à une profession en pleine mutation.

Jusqu'en 1963, une organisation rigide dans laquelle la fonction était définie par le grade, caractérisait le service. Le médecin chef était doublé par le surveillant général dont il se servait comme un écran entre lui-même et le personnel. Le rôle de l'infirmier consistait souvent à maintenir l'ordre, au besoin par la force.

L'indifférenciation était la règle et le « on » de l'équipe absorbait le « je » du soignant. Actuellement nous sommes loin de cette conception où travailler dans une « entreprise » implique l'adhésion à ses valeurs ; et chaque soignant souhaite être perçu à la fois comme objet apte au travail et sujet digne de reconnaissance, capable de s'investir dans une prise de décision. Cette vision a été rendue possible par l'évolution des statuts des médecins et des infirmiers.

Depuis 1985, il y a un statut unique de praticien hospitalier ; le médecin-chef de service a été remplacé par le médecin, Chef de Service. Cette nouvelle appellation signifie clairement que le médecin n'est plus chef des autres médecins, ce que laissait entendre l'appellation de médecin-chef, mais responsable de l'ensemble du service.

La profession d'infirmier a beaucoup évolué. Aujourd'hui⁽¹⁾ l'infirmier en psychiatrie n'est plus ce personnage à forte corpulence muni d'un impressionnant trousseau de clés. Gardien de puis 1838, infirmier en 1937, infirmier de secteur en 1969, il est infirmier diplômé d'Etat depuis 1992. La mise en place de ce diplôme unique a fusionné les 2 programmes IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) et ISP (Infirmier de Secteur Psychiatrique), pour former un infirmier polyvalent.

Les actes professionnels accomplis par les infirmiers sont prévus par un décret du 15 Mars 1993. En matière de psychiatrie, l'article 3 du décret précise :

- aide et soutien psychologique,
- observation et surveillance des troubles du comportement,
- organisation et animation des activités à visée sociothérapeutique.

L'infirmier assure la liaison avec les autres services (laboratoire, pharmacie, etc...), prépare les bons pour les examens, tient à jour le dossier infirmier, délivre aux patients les traitements médicamenteux prescrits, assure l'hygiène et la bonne tenue vestimentaire des malades et accompagne les malades en sorties organisées par le service. Il a d'autres missions, selon les prescriptions du psychiatre. Sauf urgence, ces prescriptions doivent être écrites, qualitatives, quantitatives, datées et signées. Il s'agit entre autres « des entretiens individuels à visée psychothérapeutique ou de la participation au sein d'une équipe pluridisciplinaire aux techniques de médiation psychothérapeutique »⁽²⁾. Ces compétences ont été acquises au quotidien, au fil des années au contact d'un professionnel de l'équipe ou dans le cadre de la Formation Continue (encore appelée Formation Permanente). Mais qu'est-ce qu'une compétence ? Et qu'est-ce que la Formation Continue et

quel est son cadre et ses limites ? Tentons d'apporter des éléments de réponse à des préoccupations, actuelles de la profession infirmière en psychiatrie.

Il ne faut pas « céder à une certaine naïveté » en vertu de laquelle beaucoup d'adultes sont ou deviennent de plus en plus convaincus qu'ils ne sauraient rien entreprendre sans une formation. Cela étant, une existence professionnelle divisée en 2 parties, celle de l'apprentissage et celle du travail, est dépassée. Et le savoir acquis lors de réunions institutionnelles nécessite d'être renforcé par des formations plus spécifiques. En effet, l'exercice de la profession d'infirmier, à l'instar d'autres professions de la santé, nécessite l'intégration de 2 points fondamentaux :

- d'une part, nombreuses sont les connaissances acquises au début de la formation initiale à être obsolètes au bout de quelques années,
- d'autre part, après un certain temps d'exercice, le choix professionnel s'enrichit d'une motivation dont il convient de tenir compte. La Formation Continue, surtout quand le thème est inscrit dans le projet de service, est considérée actuellement comme la démarche la plus opérante. Le décret du 5 Avril 1990 qui annule celui du 16 Juin 1975 en fixe les modalités. L'esprit de ce texte législatif permet théoriquement un double objectif :
- formation complémentaire liée directement à la pratique d'un métier,
- information plus générale par l'élargissement des connaissances personnelles non directement liées à une fonction ou à une production.

A partir de ces éléments, la perspective d'une Formation Continue avec, au préalable, un bilan de formation est justifié. L'idée est de s'inscrire dans une démarche de projet individuel conjugée, autant que possible, avec la finalité de l'institution. Nous écartons d'emblée la Formation Continue, sorte de fuite manifeste vers un ailleurs et où « *l'institution ferme les yeux sur cette inadéquation de la conduite professionnelle car elle veut ignorer que cette souffrance a le sens de remise en cause de sa propre stagnation, voire de sa propre négation* »⁽³⁾.

Au moment où un soignant est intéressé par une Formation Continue donnée et s'il souhaite que la nouvelle compétence soit reconnue, il lui appartient de tenir compte de certains messages et de méta-messages, venant tant de l'extérieur que de l'hôpital : les différents services, le médecin traitant, les patients, la famille, et l'unité où le soignant travaille. L'hôpital envoie des messages contradictoires, car il est lui-même écartelé entre différentes logiques : médicale, corporative, administrative, commerciale, syndicale etc... Son objectif est d'obtenir une bonne résonance entre ce qu'il permet à ses salariés et ce que ces derniers souhaitent dans le cadre de leur travail.

Généralement c'est au début du 3^{ème} trimestre que chaque infirmier est sollicité pour formuler ses demandes pour d'éventuelles for-

mations l'année suivante. Par la suite le service de formation de l'établissement propose un plan d'actions. Le décideur, quant au plan définitif, est le directeur, après l'avis du Comité Technique Paritaire (CTP).

Quelles sont les motivations pour demander une Formation Continue ? Difficile de répondre car ces motivations sont sous-tendues inconsciemment par différents rôles qui se répondent et s'induisent :

- rôle qu'on a décidé de jouer à l'avance,
- rôle qu'on croit jouer,
- rôle que les autres attendent de vous,
- rôle imputé...

Cela étant, on repère chez les infirmiers quelques points communs :

- l'accent mis sur la communication en rapport avec des concepts allant de la relation d'aide de Carl Rogers à la méthode ESPERE de Jacques Salomé,
- problème de changement,
- accent mis sur le « choix, option et priorités »,
- comprendre l'homme dans ses interactions.

Nous retrouvons ainsi les caractéristiques principales des postulants pour des nouvelles thérapies telles qu'elles ont été rapportées par A. Haymar et F. Ferreri⁽⁴⁾. Autrement dit, on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'un nouvel essor des nouvelles thérapies via l'institution. Ce psychotropisme touchant actuellement plus les infirmiers comme il a concerné il y a quelques années les psychomotriciens⁽⁵⁾.

Interrogeons-nous sur les possibles déviations de ce psychotropisme de l'infirmier en psychiatrie pouvant entraîner une perte de savoir global quand il est trop marqué. Si tel est le cas, que reste-il de l'appartenance « infirmier » ? Ce débat est ancien. Il a été abordé dès le colloque de Sèvres (1958) où déjà un clivage était apparu entre les psychiatres : d'un côté ceux qui jugeaient inutile, voire dangereuse, une accession des infirmiers à une compréhension profonde des malades (Diatkine) et ceux qui estimaient nécessaire de donner une dimension psychothérapeutique au rôle de l'infirmier (Oury).

On le voit, l'infirmier s'appropriant certaines techniques considérées comme psychothérapeutiques ne fait pas l'unanimité. Pour notre part nous nous rangeons derrière la conception de Oury et nous sommes convaincus que lorsque les difficultés de fonctionnement d'un service se cumulent, et qu'un besoin est rempli par une autre catégorie de soignants que celle recrutée pour cette prise en charge, « *les règles établies entrent en contradiction avec les théories établies* » et ce qui est convenu comme repère perd graduellement de sa force. A partir de là ce qui est discuté aujourd'hui deviendra la norme de demain⁽⁶⁾. C'est le cas de nombreux services psychiatriques où, par manque de psychiatres et de psychologues, les infirmiers ont des compétences élargies. De façon plus globale, cette question est soulevée en 2001 partout en Europe, en termes de définition des rôles et des compétences. Pour Louis Toupin⁽⁷⁾ la compétence est un « savoir agir » doublé d'un « pouvoir agir ». Il s'agit d'un processus dynamique qui valorise l'adaptabilité de soignant aux possibilités offertes par l'institution. Un problème apparaît quand la compétence acquise ne peut être légitimée.

La question s'est posée au Centre Hospita-

lier de Boulogne où une formation longue en thérapie systémique sur 4 années a été proposée et suivie par plusieurs infirmiers, une secrétaire, un médecin alcoologue et 2 assistants sociaux (1 jour par mois sur une durée de 4 ans). Malgré nous, nous étions impliqués dans cette formation car 3 infirmiers ont demandé, alors qu'ils étaient en formation, leur mutation dans notre service et l'ont obtenue.

Dans cette situation, les infirmiers vivent un paradoxe : la formation a été un garant de changement et pourtant s'ils dénoncent leur identité, ils sortent du « jeu ». Faut-il le rappeler, nos rapports sont organisés suivant des repères assez précis : chaque catégorie de soignant est tenue de jouer un rôle et J. Paul Sartre dans *La Nausée*⁽⁹⁾ a bien montré comment le garçon de café doit tenir son rôle à la perfection aussi bien à ses propres yeux qu'à ceux des autres, pour paraître et devenir un vrai garçon de café. A partir de là, comment s'approprier une nouvelle compétence sans s'introduire dans un autre champ de discipline qui exige des interventions spécifiques dans un cadre défini. Comment valider cette compétence par le secteur selon une démarche transparente et lisible pour l'ensemble de l'équipe, ses partenaires, les patients et leur famille ? A notre sens, l'essentiel est de ne pas sortir de son statut et l'infirmier doit s'imposer une distance à ne pas dépasser. Il se protège par là de soi et des autres.

La vigilance est d'autant plus indiquée qu'il convient de ne pas perdre de vue le rapport de force à l'hôpital qui concerne « le résultat d'un équilibre dynamique toujours vacillant et remis en cause entre des forces qui s'épaillent, s'annulent ou se combattent »⁽⁹⁾. Et ceci d'autant plus que chaque groupe de soignants a, au cours des années, mis en place des processus de défense qui s'articulent plus ou moins avec les propres défenses de chacun. Si la compétence nouvellement acquise par un infirmier remet en cause l'équilibre institutionnel, cet infirmier risque le déni et la disqualification.

Toute formation doit être discutée, longuement, de façon collective avant validation car elle n'a pas seulement pour but une meilleure compétence individuelle. Le modèle d'organisation de soins est un savoir acquis dans le dialogue et la cohérence.

Autrement dit toute formation est un projet global allant de l'individuel au collectif en passant par le groupe. « Et si l'organisation évolue, ce n'est pas le souci interne, endogène de l'amélioration de son fonctionnement mais bien par une redéfinition des finalités au niveau institutionnel. L'institution étant porteuse d'une morale, plus puissante que la seule logique organisationnelle, l'organisation n'étant en définitive que le lieu d'application de cette morale »^(10, p132).

Le pouvoir institué est un potentiel d'influence délivré à certains membres de l'institution pour exercer une activité selon une

orientation définie dans ses grandes orientations. Et l'autorité du groupe organisé sur des règles corrélatives de la structuration s'accompagne du pouvoir puisqu'elle doit être capable de faire respecter la règle convenue de la cohésion socio-affective. Quand le niveau de fonctionnement de l'équipe n'est ni conflictuel, ni fusionnel et par conséquent atteint un certain niveau de motivation, l'équipe s'accepte comme conjonction de personnalités différentes pouvant chacune apporter sa contribution à la réalisation des tâches. Et pour l'infirmier comme pour les autres soignants, la connaissance des autres permet à chacun de prévoir les comportements et de s'ajuster en fonction des situations.

Tout service a sa propre procédure de régulation connue ou implicite. Ce fonctionnement évolue entre le formel et l'informel entraînant, pour chaque membre de l'équipe, un mouvement d'aller et retour entre une adhésion sécurisante et une remise en cause constante. « Capable de s'autoréguler et conscient de ce qui se passe en lui-même au niveau socio-affectif, le groupe se donne des règles et une règle de révision des règles »^(11, p19). Concernant le secteur de Boulogne-sur-Mer Nord nous favorisons des formations courtes sur 4 à 6 journées par an. Nous privilégions les thèmes familiaux aux psychiatres et psychologues du secteur. Nous participons au choix du formateur à qui nous formulons notre demande et nous en discutons les modalités. Par la suite, nous nous informons assez régulièrement du développement du stage. Ceci permet aux stagiaires de se sentir soutenus et motivés quant au réinvestissement. A la fin de la session, la mise en place d'un système d'évaluation est assurée de façon collective par les soignants.

En abordant la conclusion, nous ne pouvons taire une objection qui nous a été souvent faite en favorisant l'élargissement des compétences des infirmiers du secteur ne sommes-nous pas à la recherche d'une assurance liée à une pathologie personnelle narcissique ? Sans doute y a-t-il du vrai à cette interrogation. Il n'empêche qu'elle nous a permis de développer considérablement les possibilités de soins offertes aux patients et qu'elle a permis d'attirer et de garder dans le secteur des soignants motivés et, de surcroît, formés. ■

*Praticien Hospitalier, Chef de Secteur, Centre Hospitalier Général, BP 609, 62200 Boulogne-sur-Mer.

Bibliographie

- (1) J.L. GERARD, *Infirmiers en psychiatrie : nouvelle réglementation*, Ed. Lamarre, 1993.
- (2) C. JONAS, *Les risques propres à la profession d'infirmière*, in *Le psychiatre face aux juges*, Ed. Ellipses, 1997, p119-122.
- (3) P. PEYRE, *Le projet de formation en milieu psychiatrique*, Privat, Paris, 1991.
- (4) A. HAYNAL A. et F. FERRERI, *Nouvelles thérapies : étude critique*, Confrontations psychiatriques, 1986, 26, 185-205.
- (5) J.L. CAMUS, *Réflexions sur les avatars de la rééducation psychomotrice*, L'Information Psychiatrique, vol. 55, n°10, 1163-1187.
- (6) WUFF, ANDUR PDERSEN, ROSENBERG, *Invitation à la philosophie de la médecine*, Ed Sauramps médical, Montpellier, 1993.
- (7) L. TOUPIN, *Les facettes de la compétence*, Sciences Humaines, Hors série, 1999, n°24 Mars/Avril, p44-49.
- (8) J.P. SARTRE, *La Nausée*, Gallimard, Paris 1938
- (9) M.LEXENBAIRE, *Le pouvoir à l'hôpital*, Annales Médico-Psychologiques, 132, 5, 157-582.
- (10) B. HONORE, *Former à l'hôpital*, Ed. Privat, Paris, 1983.
- (11) R. MUCCHIELLI, *Le travail en équipe*, 7^e édition, Ed. ESF, Paris, 1996.

LIVRES

Dépression et suicide

Sous la direction de Thérèse Lempérière*
Acanthe Masson

Les études rétrospectives confirment l'importance des maladies mentales au sein des nombreux facteurs de risque associés au suicide, comme l'avaient déjà montré les enquêtes des *follow-up* mettant en évidence une surmortalité suicidaire considérable chez les déprimés, les schizophrènes, les alcooliques et les toxicomanes. Cet ouvrage permet de faire le point sur les relations entre morbidité dépressive et suicide, sur la psychopathologie des déprimés suicidaires et d'envisager une perspective de prévention du suicide. En première partie sont abordées les données épidémiologiques, l'étude des facteurs de risque, ainsi que les mécanismes biologiques et psychologiques liés à ce phénomène. Les données cliniques et thérapeutiques, directement utilisables dans la pratique, sont ensuite développées. D'autres aspects sont envisagés, comme l'impact du suicide sur l'entourage et les soignants et la conduite à tenir vis-à-vis de « ceux qui restent ». Un chapitre est consacré aux implications médico-légales du suicide. Ce volume consacré au suicide est le huitième ouvrage de la collection PRID, Programme de Recherche et d'Information sur la Dépression.

*avec comme conseillers scientifiques : M. Abbar, Ph. Robert, J. Augendre et F. Dureau. Les auteurs sont : M. Ansseau, B. Bonin, M. Bourgeois, F. Caroli, J.-J. Chavagnat, D. Cremitter, R. Franc, J. Guiland, J.-Cl. Monfort, A. Philippe, W. Pichot, O. Placier, D. Sechter, P. Sorel, Y. Tyrode, M.N. Vacheron, B. Verdrinne, P. Weber. La coordination a été assurée par Ch. Mirabaud.

Psychogénèse des maladies mentales

C.G. Jung
Traduit de l'allemand par Josette Rigal
Albin Michel

Avant de rencontrer Freud, Carl Gustav Jung a travaillé sur la schizophrénie aux côtés d'Eugen Bleuler et Auguste Forel. Le niveau de ses recherches lui valurent une notoriété certaine et la réputation d'un psychiatre prometteur. Son essai sur *La psychologie de la démence précoce* attira l'attention de Freud au moment où Jung découvrait son *Interprétation des rêves*. A la psychanalyse naissante, Jung associait le terrain de la psychose alors mal connu, suscitant ainsi réexamens et réévaluations de certains points fondamentaux. En 1959, dans ses *Considérations actuelles sur la schizophrénie*, Jung constatait avec regret que, depuis ses premières publications, les connaissances sur la nature profonde de cette maladie mentale restaient très fragmentaires. Ce volume présente un intérêt d'autant plus grand que c'est très probablement par sa formation de psychiatre et par sa connaissance de la psychose, singulièrement de la schizophrénie, que s'explique la rupture ultérieure de Jung avec Freud et la théorie qu'il sera amené à bâtir : « Le fréquent recours à des formes et à des productions associatives archaïques qui sont observées dans la schizophrénie, écrit-il dans son essai sur la schizophrénie, m'a donné pour la première fois l'idée que l'inconscient, non seulement constitué de contenus de conscience originelle perdus, mais d'une strate plus profonde, avec un caractère tout aussi universel que les motifs mythiques qui caractérisent l'imagination humaine en général ».

LE MÉTIER DE PSYCHIATRE

L'association Française des Psychiatres d'Exercice Privé et le Syndicat National des Psychiatres Privés* organisent à Lorient du 4 au 7 octobre 2001 les XXX^{èmes} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée. L'argument en est le suivant :

Certains métiers, devenus obsolètes - celui de psychiatre ? - doivent disparaître. Dépouilles partagées entre, réunification de la neuropsychiatrie, la médecine générale et neurologique chargées du corps, des neurosciences, des psychotropes et la psychologie, psychanalytique ou non, à qui seraient dévolus esprit, psychothérapies, malaises existentiels et métaphysiques. Ou encore : la psychiatrie doit être faite et défaire par tous, haro sur l'imposteur qui ferait « métier » de soulager la souffrance psychique ! Déni d'un acte psychiatrique propre.

Successeur de la clinique asilaire, le médecin psychiatre ne s'affirmera tel qu'après avoir abandonné en mai 1968 ses références neurologiques et ses croyances en un dysfonctionnement somatique comme origine des angoisses et souffrances psychiques. La psychanalyse, les exigences existentielles phénoménologiques révolutionnent la conception du sujet en hissant celui-ci au niveau d'une instance dynamique, non-neutre dans le déroulement de son destin devenu histoire, et donc susceptible, base de tout projet psychothérapeutique, de changements.

Triomphe de la pédopsychiatrie et d'un certain progressisme pédagogique. Les éventuelles limites imposées par un concept comme celui de nature humaine sont épinglées comme fariboles réactionnaires.

Mais aujourd'hui Changeux peut affirmer que les objets mentaux, sociaux et culturels, évoluent, certes, pour leur propre compte mais en obéissant aux contraintes de l'organisation neuronale. Et François Jacob nous annonce que les découvertes génomiques ne seront pas politiquement correctes, tout humanisme explosé. Les algorithmes et la mortification nécessaire du vivant pour les obtenir seraient l'avenir de l'homme.

Ce qui ne sera pas sans conséquence pour le psychiatre chargé d'évaluer, tout affect évacué, son patient. Un autre expert socialement considéré comme plus expert, évaluera à son tour ce psychiatre à l'aune d'un cahier des charges exigées par l'opinion publique à l'égard d'un métier exercé désormais dans un réseau transparent par divers professionnels devenus interlocuteurs obligés, solidaires, compétents, efficaces, peut-être interchangeables, censé soulager voir éradiquer toute souffrance psychique et pourquoi pas sociale ?

La neuropsychiatrie permettrait la construction d'un regard clinique propre et d'une éthique adossée à la médecine. La psychologie analytique ou non se souhaiterait clinique et éthique spécifiques.

Quant à la psychiatrie, à l'aube du XXI^e siècle, à quelle nosographie peut-elle encore se fier ? L'exercice du métier de psychiatre peut-il persister à promouvoir une clinique singulière qui autoriserait une pratique tout aussi singulière ? Rappelons que classiquement la clinique se définit comme l'exercice de la médecine au chevet du malade. Elle recueille ainsi des signes caractéristiques d'après l'observation directe de ce malade et non selon une théorie préalable à illustrer, repoussant métaphysique et idéologie. « Les médecins libres enfin des théories et des chimères ont consenti à aborder pour lui-même et dans la pureté d'un regard non prévenu, l'objet de leur expérience » (Foucault).

L'objet de la psychiatrie est-il celui défini par nous-mêmes, notre expérience ou/et celui que la « communauté civilisée » (Freud) assigne à celui qui exerce ce métier de psychiatre ? ■

* 141 rue de Charenton, 75012 Paris. Tél. : 01 43 46 25 55. Fax : 01 43 46 25 55.
E-mail : info@afpep-sppp.org.

LIVRES

Actualité de l'hystérie

Sous la direction d'André Michels
Erès

La cause de l'hystérie n'est pas forcément celle de sa quête. Du nécessaire elle passe au contingent sans pour autant devenir aléatoire. Œuvre de la « réminiscence » et fonction de l'actuel, elle est résolument tournée vers l'avenir. Plutôt que d'épouser les formes de la modernité, l'hystérique s'oppose obstinément à ses impératifs, parfois jusqu'à l'excès. Mais pour se sacrifier à quelle cause ? C'est sans doute là que s'est produit, en un siècle de psychanalyse, le changement le plus radical induisant une « chute » de la cause, pour en révéler la béance, et une levée du sacrifice, voire, dans certains cas, un sacrifice du sacrifice. Ainsi, l'hystérique peut-elle, encore et encore, s'inscrire, de manière inédite, à l'envers des discours dominants, dont les enjeux lui paraissent à la fois si éloignés, si inquiétants ou si dérisoires. Elle est, pour le praticien, le guide le plus sûr dans les méandres de la subjectivité contemporaine le conduisant parfois dans ses impasses. Que, dès ses premiers travaux, Freud lui ait reconnu une fonction heuristique et paradigmatique jamais démentie n'est pas étonnant. C'est elle qui, aujourd'hui encore, permet d'éviter que la pratique freudienne ne soit ravalée au rang d'une antiquité viennoise ou parisienne en contribuant à la vivacité d'un discours par l'invention d'une clinique qui n'a pas fini de nous étonner. Les tentatives d'éliminer l'hystérie des recherches nosographiques actuelles s'en prennent au *corpus freudien* dans son ensemble. Or il n'est ni probable ni probant que ce « meurtre du père » soit dénué de toute allégeance à une logique freudienne. Les textes qui composent ce volume présentent, chacun à leur manière, les rapports multiples et variés entre hystérie et modernité, mettant à l'épreuve les opérateurs cliniques et théoriques dont nous disposons.

Errance, exclusion

Champ Psychosomatique 2000, n°20

L'exclusion renvoie, d'un côté, aux liens intra-psychiques constitutifs de l'identité. De l'autre côté, elle renvoie aux modèles de lien social qui lui sont proposés par la culture dans laquelle elle est immergée. Le nomadisme européen des gitans qui les rassemble culturellement depuis plusieurs siècles n'a rien à voir avec l'errance d'individus isolés, même s'il est rejeté de la même façon par la culture des sédentaires. Les contenants culturels, ethniques et religieux, les usages, les traditions ou les idéologies, intégrés dès la petite enfance à un niveau inconscient autant que conscient, attachent les individus à leur groupe d'appartenance. Si l'exclusion pose le problème de la coupure des liens d'appartenance à la famille, au travail, à la société, elle pose donc la question au-delà du sujet exclu ou qui s'exclut, de la nature des liens qui unissent la communauté de référence. Cela implique que pour la réduire, au-delà de l'aide matérielle, du soutien social et du soin psychiatrique éventuel, il faudra re-crée des liens avec ceux qui n'en sont pas a priori demandeurs, sans pour autant avoir « choisi » d'être exclus. Cela pose aussi la question de sa prévention, une prévention psychologique qui préserve l'aptitude de chacun à garder des liens avec les autres, une prévention sociale qui autorise la différence sans rejet par la collectivité.

Les auteurs sont : G. Trastour, A. Nastasi, J. Fernandez, T. Ferradi, C. Lambert, F. Lamara, B. Gibello, X. Emmanuelli, S. Quesemard-Zucca, J. Lebas, M.-C. Celerier.

Du mythe de l'hystérie

Robert Voltaggio Lucas*

« Les grands mythes... ont toujours une dimension cognitive : ils révèlent les origines du monde, de la vie, du mal... »

Le mythe ne dispose que de sa puissance noologique supérieure que tant qu'il est reconnu comme mythe ».

Edgar Morin ^(1, p.116)

Si la nosologie psychiatrique avait abandonné en partie le concept de névrose au sens de William Cullen datant du XVIII^{ème} siècle, la psychiatrie actuelle ne pouvait pas en faire autrement avec le concept de névrose au sens de Freud. En effet, de nombreuses hypothèses de l'ingénieur père de la (les) psychanalyse(s) n'ont pas été vérifiées par la méthode expérimentale et sont en contradiction avec les connaissances acquises lors des dernières décennies du siècle précédent. Si nous avons assisté à la suppression de l'entité nosologique de névrose et de personnalité hystérique, le mythe de « l'Hystérie » est toujours présent tant chez « homo sapiens demens » que chez « homo sapiens demens medicus » et « universitarus ». Ainsi, malgré l'abandon scientifiquement correct, de tout un pan de l'histoire de la médecine, un certain nombre de Facultés de médecine continuent à enseigner les névroses et l'hystérique en particulier, non pas en cours d'Histoire de la psychiatrie ou des Idées mais en cours de sémiologie psychiatrique. ... Quand le commun des mortels fait appel à ce concept, il cache mal sa colère car il l'emploie comme une insulte adressée à l'autre qui est bien souvent une femme ou parfois une foule qui manifestent leur joie ou leur propre colère. Quand le médecin l'emploie, il se cache involontairement (inconsciemment ?) le ras le bol soit de sa fatigue soit de son ignorance face à cet « usager » qui expose mal ses maux en ne sachant pas dire si « ça le chatouille ou si ça le gratouille ». Et si, en plus, il a l'impression que « la consommatrice » veuille le consommer... Malheureusement, la référence à ce mythe dans l'exercice de la médecine, peut parfois être létale surtout si, par un effet mimétique, elle parasite la pensée de la majorité des « acteurs de santé ».

Ainsi Madame D. a été admise pour une énième tentative de suicide dans le service de psychiatrie de l'hôpital Z via UPATOU puis transférée pour la première fois dans celui correspondant à son lieu de domicile via une SAU, pour finalement décéder quatre semaines plus tard dans le service de neurochirurgie d'un quatrième EPS, non d'une TS mais d'une rupture d'anévrisme cérébral. La « faute » de Madame D. est d'avoir été « cataloguée » comme personnalité dépendante et sans que d'autres critères de personnalité comme l'indique le diabolique ou plutôt diabolisé DSM, n'aient été recherchés, comme ceux de la personnalité histrionique, par exemple... A quoi bon, ce doit être la même « chose » puisque dans un des « Livres » l'intitulé du chapitre est : « *personnalités hystériques et dépendantes* ». L'autre faute de Madame D. est d'avoir eu une hypothyroïdie mal équilibrée pour laquelle il fallait attendre six semaines pour « valider » au nom de TSH - FT3 et FT4, l'effet de l'augmentation de la posologie de Lévothyrox même si au bout de quelques jours l'œdème s'était atténué, ainsi que l'apathie. Et, finalement, elle n'avait pas passé l'IRM qu'elle prétendait être normale. Passons sur d'autres « détails » qui relèvent de la croyance et la fatigue des uns ou des autres. L'erreur fatale des nombreux médecins qui ont croisé Madame D., est de ne pas avoir su ou pu passer outre cette personnalité tellement elle est « factice », telle-

ment Madame D. était trop jolie pour être honnête et tellement elle avait de « trop nombreuses plaintes somatiques ».

Alors ? ! Et la fameuse « écoute » ? Et bien, elle formalise et généralise le colloque singulier mais elle n'a rien à voir avec l'attention soutenue, autant se faire se peut, du médecin lors de l'examen médical et, plus particulièrement, lors de sa partie essentielle qu'est l'interrogatoire. Elle est plutôt quelque chose de naïf et flou, de flottant, pourrait-on dire a posteriori, qui a à voir avec un certain individualisme, tout le monde il est différent, et avec toutes les contradictions que l'individu malade ou « souffrant » devenu « usager-consommateur », peut avoir lorsqu'il a besoin de l'autre « supposé savoir » mais comme il l'entend (ou comme il l'a entendu à la télé) au nom de ses droits et du relativisme culturel actuel qui remet tout en question exception faite de la virtualité et le monde des Idées qui, comme chacun sait depuis Platon, est la seule et unique Réalité.

Bref, Madame D. est morte bêtement comme d'autres avant elle, sauf qu'à trente ans elle avait encore le temps d'être jolie et « dépendante » financièrement de son mari...

L'hystérie a donc fait couler beaucoup d'encre de ses origines à nos jours, surtout depuis que Sydenham l'a ressortie des oubliettes des châteaux forts à la fin du XVII^{ème} siècle pour lui donner « sa véritable dimension nosographique »^(3, p.53) mais surtout depuis l'emballement frénétique suite aux « Etudes sur Elle » ... tant dans les publications médicales que dans la littérature et les essais, parfois infructueux, sur la Femme et/ou les femmes, N'est-il pas surprenant que d'aucuns puissent, pour ainsi dire, « personnifier » l'hystérie pour que finalement d'autres la « choisissent » encore plus à l'encontre de l'effet recherché, parce qu'ils se réclament d'une certaine culture humaniste mais pas scientifique ? Ne dit-on jamais d'une sclérose en plaque, cette névrose des siècles passés, elle « s'est dépouillée. Elle, a perdu ses accoutrements bizarres, déconcertants, ceux qui, aux yeux des médecins, constituaient son attrait et faisaient son charme. Le halo de mystère et de merveilleux qui l'entourait depuis l'Antiquité (et pourquoi pas il y a 100 000 ans ?) s'est dissipé »^(3, p.271) ? Ou encore : « Pourtant, que peut faire d'autre l'homme face à l'hystérique ?... Ce qu'elle enseigne l'hystérique, c'est l'amour »^(3, p.46). Il est à noter qu'« amour » est écrit dans le texte avec un petit « a ».

Au sujet du petit « a », il m'a été rapporté que Jacques Lacan, celui qui nous cachait l'origine du monde, aurait dit ou écrit, importe peu : « l'hystérie, c'est la femme » ou

« l'hystérie, c'est la Femme » ou « l'Hystérie, c'est la femme » ou encore « l'Hystérie, c'est la Femme ». Comme depuis plus d'un an le pédopsychiatre lacanien de service n'a pas apporté la preuve de l'écrit, il est probable qu'il s'agisse de la quatrième hypothèse. Dans ce cas, nous sommes en pleine mythologie et le médecin examinerait le Mythe de la Femme en même temps que le corps et/ou la « cervelle » de la femme. De quoi perdre son latin, lover, sans oublier le Grec antique qui sommeille en nous, judéo-chrétiens occidentaux que nous sommes. C'est alors que le médecin doit se souvenir de son serment d'Hippocrate.

Il y a presque 25 siècles, Hippocrate cogitait déjà sur le cerveau et pensait qu'il était l'organe le plus important du corps humain car le siège de la conscience tout comme d'aucun, plus tard, situera la Conscience dans la glande « pinéale ». Malheureusement, son hypothèse ne fut pas consensuelle car elle gênait les croyances du moment tout comme cela peut arriver de nos jours d'ailleurs. En effet, les Grecs comme les autres peuples antiques, baignaient dans les mythes faute de pouvoir expliquer le monde, ce d'autant plus que Platon avait préféré celui des Idées... Ainsi, Hippocrate expliqua ce qui ressemble fortement à une colère de « femelle méditerranéenne » par une sorte d'endométrieose qui aurait également atteint leur « cervelle ». A l'inverse, la colère du guerrier grec ne pouvait être que saine surtout quand son repos n'était pas celui d'un vrai guerrier. Hippocrate n'a-t-il pas évoqué cette étrange maladie surtout chez les femmes abstinentes ou privées de sexe, et qu'il nomma hystérie ? Cette hystérie traversa les siècles en disparaissant et en réapparaissant sous diverses formes cliniques et étiologiques toujours fonction des croyances et des ignorances du moment comme, par exemple, l'ignorance de la fonction respiratoire et la croyance dans les esprits animaux permirent à certains d'expliquer les « vapeurs » des pauvres femmes corsetées du XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles. Ainsi, « *Pomme (1735-1812) un provençal quelque peu gascon* » dont « *Son Traité des affections vaporeuses a été un instrument de combat contre les empiristes* » face auxquels « *il risque fort de passer pour un dogmatique* » sans doute parce que ses « *observations sont sommaires et imprécises* »^(3, p.65).

Etienne Trillat⁽⁴⁾ et Henri F. Ellenberger⁽⁵⁾ ont très bien relaté les vicissitudes de l'évolution des idées sur ce sujet en se basant sur les écrits des différentes époques, en particulier celles du long XIX^{ème} siècle avec ses espoirs et d'une partie du « court XX^{ème} siècle », « L'âge des extrêmes »⁽⁶⁾ avec ses drames et ses désespérances.

Aucune autre « maladie » n'a engendré autant d'imagination avec force descriptions et pseudo-explications sans refouler les « *interprétations* » au sens psychanalytique du terme. Mais, comme chacun sait, la « cervelle » de nos compagnes est moins grosse, et elle n'a une âme que depuis peu et la possibilité de choisir non pas seulement l'êlu de son cœur mais également son élu aux instances républicaines et/ou démocratiques depuis encore moins longtemps, donc à quoi

PRIX MICHEL SAPIR

Psychothérapies à médiation corporelle- Le corps en relation

Ce prix de 20.000 Francs est destiné à l'auteur du meilleur travail inédit sur l'une des méthodes de psychothérapie à médiation corporelle d'inspiration psychanalytique.

Les manuscrits en langue française seront soumis au jury du prix présidé par le Professeur P. Fedida, et composé de : Pr O. Avron, Dr J. Berges, Dr S. Cohen-Léon, Dr J.P. Delisle et Dr M. Windish.

Les manuscrits (de 30 pages minimum) en 5 exemplaires dactylographiés doivent être adressés avant le **15 juin 2001** à Madame le Dr Coen-Léon (AREFFS) : 11 square de Clignancourt, 75018 Paris. Le prix sera décerné en novembre 2001, au Centre Balint, 66 boulevard Ornano, 75018 Paris.

PALMARÈS DU PRIX HELIOSCOPE 2000

Paimpol, Tenon à Paris, Lyon, Colmar et Champcueil
Cinq hôpitaux primés pour leur action de coopération entre les différents services hospitaliers au bénéfice du malade

Pour la 3^{ème} année consécutive, la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France et la GMF ont organisé le Prix HELIOSCOPE pour récompenser des hôpitaux ayant réalisé une action exemplaire de coopération entre les différents services et métiers au sein de l'hôpital.

100 dossiers ont été présentés par les équipes hospitalières de toute la France. A l'issue de l'examen des réalisations par des représentants de la Fondation et de la GMF, les hôpitaux de Paimpol, Tenon à Paris, Lyon et Colmar ont reçu respectivement un Prix de 50 000, 40 000, 20 000 et 10 000 francs. Un Prix Spécial, d'un montant de 30 000 francs, a été attribué à l'hôpital Georges Clemenceau à Champcueil pour avoir accompli une action dans le sens d'une meilleure information du malade et de ses proches.

Les cinq initiatives récompensées sont :

- **Au centre hospitalier de PAIMPOL (Côtes d'Armor) : 1^{er} prix.**

L'organisation d'une campagne d'information auprès des professionnels de santé et du grand public pour favoriser une meilleure prise en charge de la douleur.

- **A l'hôpital Tenon, à Paris : 2^{ème} prix.**

La mise en place de consultations d'ethnomédecine, associant l'équipe hospitalière, des ethnopsychiatres et des médecins de tradition africaine, pour un soutien efficace aux personnes d'origine africaine atteintes du SIDA.

- **A l'hôpital neuro-cardiologique, à Lyon (Rhône) : 3^{ème} prix.**

L'harmonisation des pratiques des diététiciens et la mise en place d'une coopération étroite entre différents métiers de l'hôpital pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients.

- **Aux hôpitaux civils de Colmar (Haut-Rhin) : 4^{ème} prix.**

La création d'un passeport destiné à informer chaque patient hospitalisé dans l'unité de chirurgie ambulatoire sur le déroulement de son séjour, la préparation en vue de l'intervention, l'organisation de sa sortie...

- **A l'hôpital Georges Clemenceau, à Champcueil (Essonne) : prix spécial.**

La mise en place de Canal Tigre, émission réalisée par les patients et pour les patients, diffusée sur le canal audiovisuel interne de l'hôpital pour les divertir et les informer sur les activités de l'établissement.

LIVRES

Les expertises et leur problématique

Connexions* n°74, 2000/2

Un expert est celui qui, en raison de ses connaissances et de l'expérience approfondie d'un domaine, est requis pour éclairer un jugement, évaluer une situation ou préparer une décision. Toute expertise suppose donc une demande sociale et met en jeu une problématique plus ou moins complexe ; elle est étayée sur une argumentation et s'expose gé-

d'autres et très actuels qui peuvent « divertir » la médecine, les médecins et leurs patients/clients/usagers/consommateurs.

Ainsi, alors que « *La fin de l'Histoire* » prophétisée par l'américain Fukuyama n'a pas vraiment eu lieu, alors que nous nageons en plein « éconocratie »⁽⁹⁾, alors que le jurisme pointe son nez, il est peut être temps qu'homo sapiens medicus, qu'il soit libéral-travailleur indépendant ou hospitalier-émoulement, avec ou sans exercice public exclusif, se remette à pratiquer son art dans les règles de l'art sans céder aux sirènes des mythes, des dogmes et sans oublier les directives dites européennes. Après le psychologisme du tout « psy », le scientisme du tout génétique dont Henri Atlan⁽¹⁰⁾ a montré la fin, l'économisme et le jurisme sont peut-être en train, à grande vitesse, de s'allier pour faire de la santé un marché comme un autre.

Ainsi, au nom des Droits de l'homme et plus du citoyen mais du consommateur pour cause de globalisation / mondialisation entre autre, et pour la protection juridique « *des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires* » (sic) d'aucuns inventent leurs propres définitions de « *la maladie mentale et des troubles de la personnalité pathologique* » faisant fi des connaissances acquises en clinique psychiatrique sous prétexte que « *les définitions données par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Association Médicale Américaine n'indiquaient pas de limites précises* »...

Voilà, il est temps d'aller lire l'horoscope du jour... et ensuite, allongé sur une banquette, l'ouvrage collectif : « *Tout est psy dans la vie ?* » dont le *Quotidien du Médecin* du lundi 29 janvier 2001 assure la promotion. ■

*Praticien hospitalier, CHRU St Benoît, 37502 Chinon.

Bibliographie

- (1) Edgar MORIN, *La méthode 4. Les Idées. Leur habitat, leur vie, leurs mœurs, leur organisation*, Ed du Seuil, Octobre 1991, 264 p.
- (2) Edgar MORIN, *La méthode 3. La Connaissance de la Connaissance/1*, Ed du Seuil, Juin 1986, 251 p.
- (3) Etienne TRILLAT, *Histoire de l'hystérie*, Ed Seghers, Coll. Médecine et Histoire, 1986, 282 p.
- (4) Lucien ISRAEL, *A l'école de Minne*, in *L'hystérie, Confrontations Psychiatriques* n° 25, 1985, pp.45 à 62.
- (5) Henri F. ELLENBERGER, *A la découverte de l'inconscient*, SIMEP Ed, 1974, 759 p.
- (6) Eric J. HOBBSAWM, *L'âge des extrêmes Histoire du court XX^{ème} siècle*, Ed Complexe, 1994, 809 p.
- (7) Petr SKRABANEK et James McCORMICK, *Idées folles, Idées fausses en Médecine*, Ed Odile Jacob, Coll. Opus, 1997, 197 p.
- (8) Petr SKRABANEK, *La fin de la médecine à visage humain*, Ed Odile Jacob, Octobre 1995, 236 p.
- (9) Edgar MORIN et Anne Brigitte KERN, *Terre-Patrie*, Ed du Seuil, 1993, 220 p.
- (10) Henri ATLAN, *La fin du « tout génétique » ? Vers de nouveaux paradigmes en biologie*, INRA Ed., 1999, 91 p.

néralement dans un rapport. Mais il arrive que les compétences de l'expert soient contestées, ainsi que la pertinence de sa démarche. D'où des recusations et des contre-expertises...

Le texte d'Anne Reinbold sur *l'Expertise en peinture* souligne l'importance historique de la référence au modèle et de la pratique de la copie comme exercice formateur, d'où s'ensuivent des problèmes d'attribution et d'évaluation. Gilles Perrault, journaliste-écrivain, intervient en tant qu'observateur de la chose judiciaire, et surtout en tant que militant en matière de présomption d'innocence et de droits de la défense. On se souvient de l'analyse de la fonction d'expert psychologue ou psychiatre qu'il avait donnée dans *Le Pull-over rouge* (affaire Rannucci), analyse ayant suscité de nombreuses discussions. Susan Fiske et Eugène Borghida sont des chercheurs, ayant conduit et publié des recherches sur la stéréotypie et les discriminations dans la perception d'autrui. Appelés comme experts dans plusieurs procès intentés pour « harcèlement sexuel » ils ont capitalisé leur expérience sous la forme d'un cadre d'analyse sociale que d'autres peuvent adopter. Anne Andronikof, expert psychologue, s'interroge sur la valeur de l'explication en psychologie et sur la nature de ses liens avec les notions de responsabilité et de culpabilité et d'accès à la sanction. Vincent Meyer met l'accent sur le caractère « protéiforme » de l'expertise en un domaine où cadres et intervenants se sont multipliés et diversifiés depuis une trentaine d'années. Etiré entre les urgences pratiques et le souci de légitimation, on requiert le concours des sciences humaines parfois au risque de jargon et d'éclectisme, dont témoignent les termes ambigus d'« ingénierie », d'« interface » ou d'« affaires » sociales. Rémi Finkelstein aborde l'image de rôle propre aux juges des mineurs qui se trouvent à la charnière d'une fonction juridique, pénale, et d'une démarche psychosociale. Valérie Saint-Didier De Almeida et Alain Trognon constatent une évolution en deux étapes des systèmes experts. On s'est, dans un premier temps, satisfait de la conformité des décisions auxquelles parvenait l'ordinateur. Ce que l'on attend de lui aujourd'hui, c'est non seulement qu'il parvienne aux mêmes décisions que l'expert, mais encore qu'il y parvienne en adoptant le même processus cognitif. Les auteurs discutent de quelques implications de cette exigence et de la possibilité d'extraire de la tête des experts les processus qu'ils mettent en œuvre...

*Revue semestrielle publiée par l'ARIP, Association pour la Recherche et l'Intervention Psychosociologiques, éditée par Erès.

Introduction à la politique criminelle

Christine Lazergues
L'Harmattan

L'auteur relève que le phénomène criminel au sens large, n'est pas constitué des seules infractions pénales, contraventions, délits ou crimes, mais de l'ensemble des comportements incriminés ou non par la loi pénale, considérés comme troublant l'ordre social parce que s'exprimant dans un refus des normes. A l'encontre de ces comportements, délinquants ou déviants, une politique criminelle tente de proposer des réponses étatiques ou sociétales dans le respect des droits de l'homme, du moins doit-on avec exigence le souhaiter. Ainsi définie, la politique criminelle ne se réduit pas au droit pénal et à la procédure pénale ou à la criminologie, mais s'inscrit dans un projet global et une stratégie globale : la politique sociale d'un Etat donné, plus précisément la politique dite de la ville de cet Etat.

bon l'étudier plus avant au Pet-Scan, par exemple, sinon pour y découvrir encore et encore le Péché Originel inventé par Saint Augustin au IV^{ème} siècle après J.C. Surtout que, selon *Le Monde* du vendredi 2 février 2001, il y aurait « deux cjejcjeurs sur la piste de Dieu, au cœur du cerveau humain » grâce à l'étude avec un tomographe à émission de photons des lobes pariétaux de personnes plongées dans des états mystiques...

Pourtant, en hébreu, les concepts masculin et féminin sont unis car les deux mots qui les désignent ont la même racine : « ich » signifie homme et « ichah » femme. Il est probable que les rédacteurs de la Bible ont voulu montrer qu'il n'y a pas d'infériorité de la femme et qu'elle n'est pas plus responsable que l'homme de la condition humaine qui n'est pas toujours paradisiaque. Finalement, cette côte prise à Adam pour certains, cette Origine du Monde pour le peintre qui a été cachée à deux reprises au moins, cet avenir de l'homme selon le poète surréaliste et matérialiste a finalement obtenu des quotas ou des « cōtas » de représentantes du Peuple. Alors, pourquoi ne pas vouloir lui « concéder » un quota de connaissances, surtout quand elle vient se plaindre à la médecine de divers maux dont bon nombre relèvent de la compétence médicale et non pas de son imagination « maligne »?

Si les mythes font partie de la réalité d'homo sapiens demens, ils ne font pas partie de la Réalité car ils ne sont que les fruits de son imagination, aussi raisonnable soit-elle.

Si une volonté clairement affichée de précision sémiologique pour les uns ou la destruction d'une certaine psychiatrie à la lettre française pour les autres sont à l'origine du DSM IV et de la CIM 10, ces « Outils » issus d'une véritable réflexion, sont néanmoins plus fins (ne pas interpréter feints) et plus exhaustifs que ceux d'avant. Ils rendent compte de la complexité biopsychosociale de l'être humain et tiennent compte des variations évolutives tant des troubles que des personnalités dites pathologiques, ce qui n'est pas le cas de la théorie psychanalytique où tout semble fixé fonction d'un moment, d'un stade,

d'une certaine forme de développement psycho-affectif qui, finalement, n'a pas été vérifié par des connaissances scientifiques acquises ces cinquante dernières années tant dans les sciences humaines, non dogmatiques autant se faire se peut, que la biologie, malgré certaines dérives qui sont le fait d'une minorité d'opportunistes de la certitude à tout crin ou du commerce sauvage.

Du fait de nos ignorances et de la complexité du sujet, il va de soi que ces classifications ne sont pas parfaites mais elles ont le mérite d'être évolutives en fonction des données acquises en cours de route (de la connaissance). Pour les troubles somatoformes, il est bien écrit page 532 du DSM IV que « *les symptômes ne sont pas produits intentionnellement ou feints comme dans le Trouble factice ou la Simulation* ». Pourtant Madame G. a été adressée en psychiatrie de liaison parce qu'elle « prétendait » être aveugle de naissance et qu'au cours de son hospitalisation, il lui arrivait de rire « en regardant » la télévision alors que des « soignants » se trouvaient entre elle et le téléviseur. Madame G. avait, après vérification chez l'ophtalmologiste, moins de un dixième à chaque œil du fait d'une myopie congénitale qui n'avait pas été traitée dans son enfance, faute de moyens des parents et faute de lien avec sa mère. Evidemment Madame G. avait développé ses autres sens tandis que les soignants n'avaient pas développé leur sens critique, ce d'autant que Madame G. ne leur épargnait pas les siennes de critiques...

Compte tenu de leurs origines, et de leur lourd héritage, tant la médecine que sa spécialité psychiatrique comprennent, certes, le savoir et le savoir-faire mais aussi les survivances des croyances millénaires et actuelles, cf certains aspects du « préventionnisme »^(7,8). Il va de soi que la relation humaine nécessite parfois un peu de fantaisie, de poésie et d'humour niais cela ne doit faire oublier les articles 223 du code pénal car il n'y est pas question ni de la femme ni des mythes. Il est sans doute suffisant de reconnaître le mythe de l'hystérie comme tel pour qu'il n'ait plus « *sa puissance noologique* ». Il en existe bien

LIVRES

Du placement à l'accueil familial**De l'enfant objet des institutions à l'enfant sujet**Noël Rousseaux et Bernard Balas
L'Harmattan

L'originalité de cet ouvrage réside dans une approche à double entrée. La première partie utilise la sociologie pour dresser un historique conceptuel de la notion de famille. Elle montre comment l'institution du placement d'enfants se sert des particularités des familles d'accueil à des fins de récupération et de contrôle social. Le terme de « déviants-autorisés » vient signer la complexité paradoxale du système familial d'accueil. La seconde se réfère à la psychologie et, plus particulièrement, à la systémie. Le concept du mythe familial montre comment, de quelles façons, l'enfant vient s'insérer et se construire dans une problématique qui, au départ, n'est pas la sienne et répondre à la fois aux fonctionnements et dysfonctionnements des différents systèmes de l'accueil familial.

Madame DoltoDossier coordonné par Frédérique Authier-Roux
Spirale 2000 n° 16
Erès

Il est quelque chose d'émouvant à lire ces témoignages de cliniciens. C'est avant tout l'histoire d'une rencontre qui se dévoile ici, maintes fois racontée, rencontre avec « Madame Dolto », virtuose du dire de l'enfant, véritable génie de celle qui a préféré les paroles à l'aridité des concepts théoriques. Mais, qu'aucun ne s'y trompe, l'œuvre est immense, essaimant dans le champ de la prévention, l'éducation, la compréhension fulgurante du sens de la souffrance. Les idées de Dolto ont « fait monde » comme le disent ces articles, ainsi que sa capacité à inventer et raconter la psychanalyse. Mais, par delà l'héritage ou la transmission, c'est bien l'admiration qui force le respect, pour celle qui a révolutionné la façon dont on pense l'enfant. Si ce n'est déjà fait, l'occasion nous est, à nouveau donnée, à travers ces pages de nous laisser happer par la spirale Doltoïenne de la psychanalyse appliquée à la vie.

Yves Contejean

Naissance de la femme bourgeoise**Le déséquilibre changeant du pouvoir entre les sexes**

Julia Varela

Traduit de l'espagnol par Maris José Devillard

L'Harmattan

Ce livre tente, à partir du modèle généalogique d'analyse mis à l'épreuve par les sociologues classiques, à commencer par K. Marx, E. Durkheim et, en particulier, M. Weber, de dégager la genèse d'une conception des femmes, soi-disant universelle, atemporelle et asociale, qui s'est perpétuée jusqu'à nos jours. Julia Varela élabore le concept de *dispositif de féminisation* afin de rendre explicite la logique profonde qui articule des processus historiques et sociaux qui ont affecté et affectent, de manière différenciée, les femmes de divers rangs et conditions. Ce dispositif, où s'enchevêtrent des savoirs et des pouvoirs spécifiques, a rendu possible, pensable et représentable, l'image de la *femme bourgeoise*, de l'*éternel féminin*, et constitue une pièce fondamentale dans la genèse des Temps Modernes et de la naissance du capitalisme.

A qui s'adresse la méthode de récupération fonctionnelle ?

A deux catégories de population, ceux que G. Bidou appelle :

- les « grands récupérés », qu'il définit comme étant ceux à qui toute participation à la vie sociale est interdite, ce sont « les paraplégiques, les paralytiques des bras..., les amputés, les paralysés infantiles, les poliomyélites, les hémiplésies, les arthropathies... »
- les « amoindris » « qui du fait d'une déformation, d'une perte de substance, d'une fracture, d'une paralysie isolée en ont plus ou n'ont jamais leur capacité ouvrière normale, ... Les petits impotents sont légion, le champ de la récupération fonctionnelle est donc vaste ».

Les moyens thérapeutiques

L'appareillage était l'une des activités préférée de G. Bidou. A son époque, il lui semblait que peu de progrès avaient été faits et que l'on s'était peu consacré à son étude systématique. Il insiste pour que l'appareillage soit considéré comme un traitement à part entière. Parallèlement à l'idée de la prothèse tubulaire, on découvre aussi celle de la réalisation d'un appareillage de contact où le moignon se trouve « emboîté comme dans un écrin ». Le contact permettait une sécurité d'appui général et un « emboîtement parfait » avec un confort d'utilisation accru. La « musculature artificielle » consiste en un jeu de compensations musculaires à partir de tracteurs élastiques. Un de ces modèles permet sur un membre paralytique de jouer simultanément le rôle des muscles psoas, de quadriceps, et de muscles jambiers.

La thérapie mécanique

Dans cette terminologie, G. Bidou inclut trois objectifs qui passent par le relais de la « mécanique ». Il était devenu membre de la Société des Ingénieurs Civils de France, et une grande importance aux développements mathématiques et physiques des techniques qu'il décrivait.

La thérapie mécanique comportait trois points :
- le fait de « mouvoir artificiellement les membres » à l'aide de machines dont la plus élaborée s'appelait l'arthromoteur,
- le fait de « corriger passivement » les attitudes vicieuses (rétractions musculaires...), par des appareils individuels passifs,
- les appareils portatifs qui sont utilisés par les malades en cours de rééducation pour parfaire les résultats acquis.

L'arthromoteur est un appareil imaginé et construit par B. Bidou pour réaliser des mobilisations articulaires dans des conditions de précision expérimentales. Il s'agissait de trouver les moyens mécaniques d'obtenir une mobilisation selon des axes articulaires et des amplitudes de mouvement parfaitement connus. C'est en 1908 que sera présenté le prototype du premier arthromoteur. L'auteur parle, avec réticence, de la mobilisation manuelle « qui fait plus de mal que de bien ». En ce temps là, il n'existait pas selon lui, de « mobilisateur possédant des connaissances anatomiques et physiologiques très certaines, ... Le mouvement mécanique, au contraire, est constant dans son amplitude, il est régulier, il est dosable ».

Il faut noter qu'après une longue mise à l'écart des appareils destinés à la mobilisation articulaire, on voit aujourd'hui revenir l'instrumentation, par exemple avec les arthromoteurs, utilisés en particulier pour la mobilisation des genoux opérés et l'isocinétisme.

La gymnastique rationnelle

Elle fait partie de la « méthode de récupéra-

L'arthromoteur dans travail humain et récupération fonctionnelle

« Un arthromoteur doit être un appareil capable de donner tous mouvements passifs, par l'entraînement d'un moteur, à toutes articulations, à toutes amplitudes, à toutes hauteurs, que le malade a à mobiliser soit debout, assis ou couché. Il doit en outre comporter un dispositif à résistance excentrique, permettant au malade de se libérer de l'entraînement moteur, et d'agir par sa propre puissance, contre la résistance d'une masse quelconque. Ceci se traduit plus rapidement en disant qu'un appareil mû par un moteur, et susceptible d'entraîner un membre attaché, doit être doté de dispositifs de sécurité, permettant à la moindre alerte, ou en cas de fausse manœuvre, l'arrêt instantané de tout mouvement mécanique ».

tion fonctionnelle » et elle est essentiellement destinée aux enfants et adolescents et au travail musculaire. Elle s'adresse, par exemple, aux scolioses que G. Bidou classe en trois catégories :

- les scolioses correctibles par la seule gymnastique médicale,
- les scolioses correctibles par des procédés de mécanothérapie spéciale et de gymnastique associés au port d'un corset,
- les scolioses non correctibles par la gymnastique, mais « assouplissables » par la mécanothérapie, devant être maintenues par un corset spécialement établi.

Les professionnels et les lieux de soins

G. Bidou pensait qu'une information théorique sur sa méthode pouvait être utile aux professionnels des quatre disciplines suivantes :

- le médecin praticien,
- le « médecin récupérateur » « qui ne peut étudier un problème de récupération fonctionnelle sans avoir établi objectivement et physiologiquement les données de l'impotence qui lui est présentée »,
- le médecin expert, « dans le but d'établir sur une base scientifique le degré d'invalidité »,
- l'éducateur physique.
Où doivent se faire les soins de « récupération fonctionnelle » ?

Pour G. Bidou, « les hôpitaux et les dispensaires chirurgicaux ne sont pas faits pour le traitement des séquelles ». L'auteur considère que les soins de récupération fonctionnelle doivent se faire dans des services spéciaux, et il expose les principes de leur organisation⁽⁷⁾ :

- le traitement doit être immédiat, c'est-à-dire le plus précoce possible par rapport à l'accident : « que peut-on espérer d'une raideur articulaire de l'épaule consécutive à une luxation de l'épaule par exemple, qui est adressée au service de récupération trois mois après la réduction ? C'est ce qui nous arrive couramment » ;

- les traitements doivent être intensifs et journaliers ;
- les traitements doivent être associés : « le praticien fera un choix judicieux dans les différents moyens qui sont à sa disposition : électrothérapie, ionisation, massages, balnéothérapie par soufre naissant, ambulothérapie... et enfin mécanothérapie ».

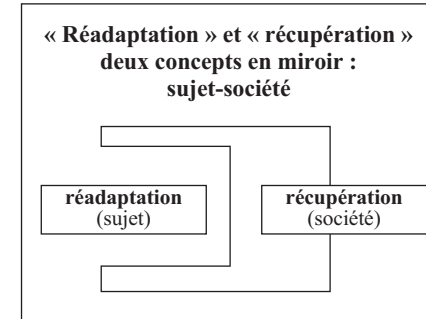
Quant aux principes généraux qui présidaient aux traitements, ils étaient aussi très actuels : le travail de « récupération » est progressif, dosé, et entre les heures de traitement, le « port de petits appareils correcteurs » est conseillé.

La vie institutionnelle de l'hôpital Sainte-Isabelle, est décrite comme n'étant pas celle d'un hôpital, ni d'une clinique, ni d'un dispensaire. Le point de vue économique est au premier plan. Les rapports patrons-ouvriers de l'époque et ceux avec les assureurs sont souvent évoqués. Les blessés sont externes ou pensionnaires : « la vie familiale de l'ouvrier est toujours à respecter, mais si l'intérêt de l'accidenté exige une surveillance plus soutenue, il ne faut pas hésiter à l'hospitaliser, ... les traitements sont confiés à des collaborateurs compétents et disciplinés... ». Ainsi, au total, pour garantir des résultats dans ce domaine, il faut avoir l'arme nécessaire c'est-à-dire : « un hôpital agencé, dirigé et spécialisé dans le seul but de la récupération ».

LES ASPECTS PSYCHO-SOCIAUX : LA READAPTATION

Le mot réadaptation est peu utilisé par G. Bidou. Il n'est, par exemple, pas indexé sur son ouvrage le plus important « Travail humain et récupération fonctionnelle ».

La dimension de la réadaptation est néanmoins très présente et intégrée à sa méthode de récupération fonctionnelle et il insiste sur les implications socio-économiques de sa discipline, notamment pour le retour des ouvriers au travail. Le champ conceptuel de la réadaptation est alors représenté par le mot de récupération.



Il semble qu'à l'époque le concept actuel de « réadaptation » soit vu du côté du sujet, et celui de « récupération » le soit du côté de la société. On peut s'interroger sur cette évolution linguistique qui témoigne d'une modification profonde de la problématique sociale du handicap au cours des 50 dernières années.

L'auteur envisage d'utiliser les moyens de sa méthode :

- pour évaluer l'incapacité de travail ou l'invalidité, quel que soit le mode d'assurance maladies ou accidents avec une « formule de déficience ».

La formule énergétique de la déficience est la suivante :

$$\theta = 100 - (100.E / N)\%$$

θ : taux de déficience,

E : énergie restante que l'énergimètre a mesuré,

N : énergie potentielle normale,

pour mesurer l'« aptitude au travail manuel de l'ouvrier » et ainsi l'auteur a étudié de nombreuses professions sur le plan du geste et des capacités physiques (forgerons, étaumeurs, soudeurs, tourneurs, chaudronniers, tôliers, planeurs, cardeurs, matelassiers...), réalisant ainsi un travail que l'on considérerait aujourd'hui comme une recherche ergonomique. L'évaluation de la « valeur nécessaire » à l'exercice d'un métier manuel est envisagée pour 23 professions.

Si l'on se réfère à la création de l'hôpital Sainte-Isabelle, fondé en 1926 grâce à un donateur, le but initial était de « récupérer fonctionnellement les impotents indigents », puis

dix ans plus tard, cette œuvre a accueilli les blessés du travail. Il est difficile, aujourd'hui, de concevoir ce qu'étaient les rapports de travail entre ce qui est souvent nommé dans cette œuvre « les ouvriers et les patrons ». La dépendance des ouvriers envers les patrons semblait, au travers de la présentation qu'en fait G. Bidou, assez considérable, tout comme la notion de « compagnie d'assurances », ayant la charge financière des soins à payer, était toute puissante.

Enfin et surtout, il faut mentionner ce que G. Bidou appelle « les grands récupérés ». Il s'agit de patients très lourdement handicapés, ce sont ceux « à qui toute participation à la vie sociale est interdite ». L'auteur montre dans un dossier photographique les résultats fonctionnels et les possibilités d'autonomie immédiate (comme boire avec un verre, écrire, manipuler les verrous de coude, fumer, saluer, donner la main ...) ou de déambulation..., permis par la « récupération ». Ces critères de succès thérapeutique sont ainsi replacés dans le cadre de vie du patient, et illustrent les objectifs de réadaptation.

Le rôle psychologique du « médecin récupérateur », selon la terminologie de G. Bidou, apparaît particulièrement important. « Seul un climat de confiance peut constituer le support à la « récupération fonctionnelle », le but et l'objet que nous poursuivons sont donc de rendre à un diminué physique la possibilité de reprendre une place rémunératrice dans la vie professionnelle, aidé ou non par un dispositif mécanique approprié à sa déficience ».

Reclassement des sinistrés⁽⁸⁾

« Au sujet de la reprise d'ouvriers accidentés guéris, nous voudrions suggérer à ceux qui dirigent les grandes organisations ouvrières, d'établir la fiche de condition du travail, non pas pour les milliers d'ouvriers qu'ils emploient, ce qui serait pratiquement impossible, mais pour ceux qui se présentent après accident.

Les chefs qui ont eu, sous leurs ordres, pendant quelque temps, des collaborateurs dévoués, ne peuvent se séparer d'eux, devenus amoindris, sans un regret bien naturel. Cependant, les exigences du prix de revient ne leur permettent pas d'étendre leur complaisance au-delà d'une certaine limite. Si cette cheville ne peut plus rentrer à sa place première, (qu'on nous pardonne cette image), dans le clavier du personnel, peut-être pourrait-on trouver un emploi dans un autre emplacement ? Pour découvrir cette nouvelle utilisation, il faudrait établir le test de la valeur énergétique de cet ouvrier. ... L'examen de notre accidenté montrerait ce qu'il vaut encore ».

CONCLUSIONS

Le travail et l'œuvre de G. Bidou dans le champ naissant de la réadaptation médicale demeurent une source d'informations et de réflexions. L'importance du chemin théorique parcouru est telle que cette œuvre, d'un homme solitaire, à une époque où les préoccupations de la réadaptation semblaient si loin des préoccupations médicales, témoigne d'une motivation exemplaire.

Venu de ce que l'on appellerait aujourd'hui la médecine physique, G. Bidou a peu à peu élaboré les concepts d'une discipline qui s'appela alors « la récupération fonctionnelle ». Son objet et les patients concernés sont équivalents à ce que sont aujourd'hui les objectifs de la spécialité médicale nommée Médecine Physique et de Réadaptation (Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle).

Il a surtout beaucoup insisté sur la nécessité de donner un statut scientifique à cette discipline, même si les précisions mathématiques développées par l'auteur peuvent aujourd'hui faire sourire. Cette dimension scientifique reste encore à développer aujourd'hui, tout comme la modélisation et la représentation conceptuelle de réalités complexes.

Depuis Gabriel Bidou, la « Rééducation Fonctionnelle » en tant que discipline médicale autonome et entièrement orientée vers les soins des personnes handicapées s'est structurée. Il existe aujourd'hui 4 à 500 centres et services de rééducation. Les 2 500 médecins-rééducateurs français, sont les héritiers de cette œuvre originale et novatrice. ■

Bibliographie

- (1) WIROTIUS J.M., *Aux origines de la rééducation fonctionnelle en milieu hospitalier*, in L'institution du handicap, le rôle des associations, sous la direction de C. BARRAL, F. PATERSON, H.J. STIKER, M CHAUVIERE, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2000, 157-170.
- (2) WIROTIUS J.M., *Histoire de la rééducation*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Elsevier, Paris, Médecine Physique - Réadaptation, 1999, 26-005-A-10, 25p.
- (3) RUSK H.A., *A world to care for*, New York, Random House, 1972.
- (4) BIDOU G., *Principes scientifiques de récupération fonctionnelle des paralytiques*, Paris, Le livre pour tous, 1927.
- (5) BIDOU G., *Travail humain et récupération fonctionnelle*, Paris, Firmin Didot, 1939.
- (6) BIDOU G., *La thérapie mécanique* (préface du professeur d'Arsonval), Paris, Vuibert, 1929.
- (7) BIDOU G., (1939).
- (8) BIDOU G., *De la condition du travail humain*, Lyon, Imprimeries des Missions africaines, 1934.
- (9) BIDOU G., *Nouvelle méthode d'appareillage des impotents*, Paris, PUF, 1923.

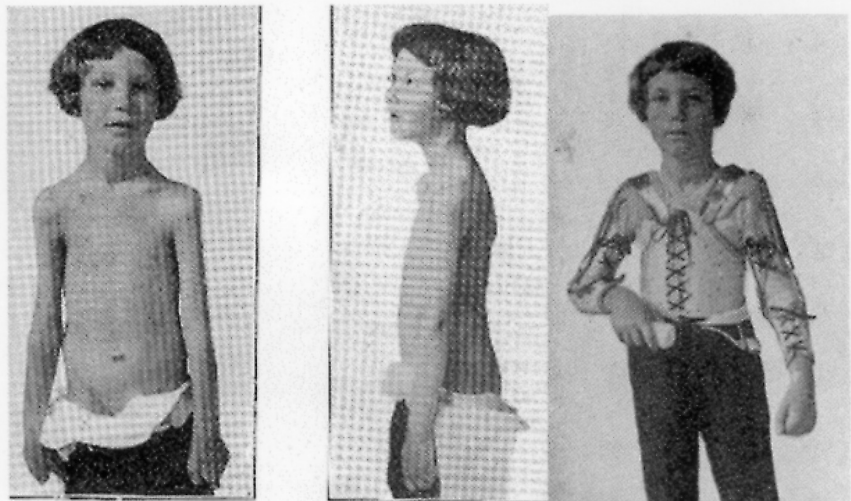


Fig. 115 et 116. — Paralyse des deux bras (poliomyélite).

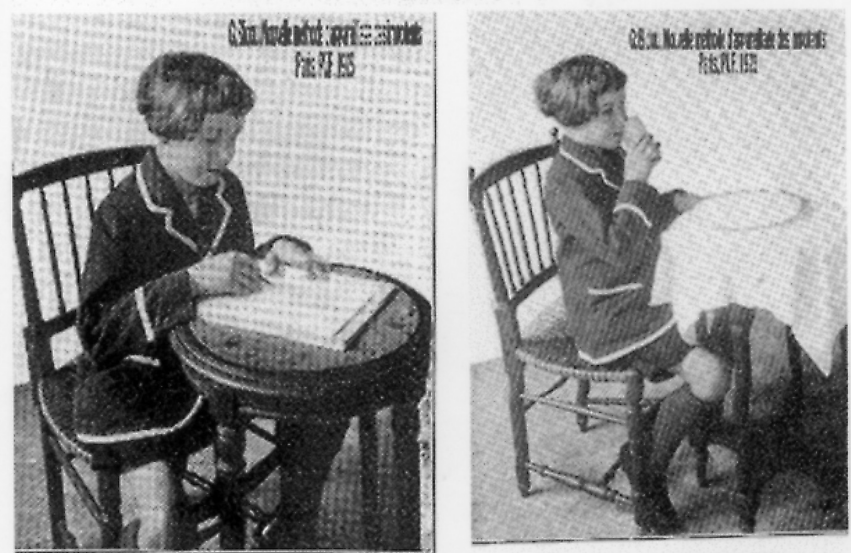


Fig. 122. — L'enfant récupéré.

Fig. 121. — L'enfant récupéré.

L'enfant appareillé⁽⁹⁾

« L'enfant est paralysé des deux bras, suite de poliomyélite, et dans l'impossibilité de faire quelque mouvement que ce soit des deux bras et des muscles scapulaires, seule reste la préhension des mains. On voit comment nous sommes arrivés à récupérer la fonction de ce petit malade ».

LIVRES

Marcel Proust : une douleur si intense

Jean-François Viaud
L'Harmattan

Exemple même de l'écrivain malade et reclus, Marcel Proust semble avoir puisé dans ses difficultés de vie l'inspiration qui lui permet d'écrire. Rien n'est pourtant plus simplificateur que cette formulation. Proust n'écrit pas parce qu'il est malade, ni pour se guérir de sa maladie. D'ailleurs, celle-ci ne cesse de s'aggraver au fur et à mesure qu'il devient créateur. En fait, le désir d'écriture correspond à une nécessité, présente dès ses jeunes années, alors que sa santé n'était pas encore gravement altérée. Proust écrit pour guérir une blessure bien plus vive que les tourments suscités par la maladie, pour soigner une faille narcissique précoce jamais cicatrisée. Mais, en vain, puisqu'il meurt une fois son œuvre achevée. Pour le psychosomaticien, l'allergie n'est pas seulement responsable d'un symptôme, l'asthme ; c'est toute l'organisation psychique qui expose à la douleur du manque. Elle se met en place autour d'une relation d'objet spécifique dont Proust est le parfait modèle clinique.

Le processus de subjectivation à l'adolescence

François Richard
Dunod

L'auteur propose l'hypothèse que l'adolescence constitue un modèle pour reproblématiser l'ensemble de la psychopathologie à partir de la notion de subjectivation. Ce livre précise, dans un premier temps, la dynamique du processus de subjectivation, par rapport à la dépression et au travail du négatif, et prend en considération les notions de fonction de l'idéal et de projet identificatoire. Il met également en évidence, à partir de cas cliniques, les différents niveaux de fonctionnement psychique. La psychopathologie adolescente y est envisagée dans sa destructivité et sa propension à l'agir. Dans le dernier chapitre, l'auteur propose des études sur l'esthétique du sublime dans les romans de l'adolescente anorexique Valérie Valère, sur les relations entre puberté et nostalgie chez Proust et sur les figures de l'étranger et de la pulsion de mort chez Julien Gracq.

Filiations

Cliniques méditerranéennes

Psychanalyse et psychopathologie freudiennes 2000, n°63

La filiation, en ses différentes facettes, anthropologiques, juridique et psychologique, est ce qui règle pour chaque sujet son inscription dans la différence des générations et sexes. Elle lui fournit une place généalogique et deux lignées, paternelle et maternelle. Au cœur de l'institution familiale, elle potentialise la référence symbolique qui garantit la différenciation et l'altérité par le biais de l'interdit de l'inceste. Or cette institution est devenue problématique, et penser un supposé malaise dans la filiation, c'est reconsidérer les apports de Freud et de Lacan dans la perspective d'une Histoire qui fait énigme et parfois impasse.

Dans ce numéro, les auteurs s'interrogent, au titre de leurs pratiques et de leur citoyenneté, sur le sens et les incidences subjectives de la vague actuelle de changements (divorce, monoparentalité, homoparentalité, procréation médicalement assistée ...) qui problématise, - jusqu'aux divans - la filiation !

LIVRES

Les corps angéliques de la postmodernitéGérard Pommier
Calmann-Levy

Gérard Pommier propose ici une réflexion réaliste, et parfois non dépourvue d'humour, sur cette postmodernité qui est la nôtre afin de découvrir ses rouages internes et leurs effets sur le sujet inconscient. Analyser la domination du virtuel, le règne d'un regard scientifique qui découpe les corps en entités organiques, l'incarnation d'un corps violenté dans l'art lui-même, l'hégémonie d'un idéal sexuel qui a pris le visage d'un impératif, tel est l'enjeu de cet ouvrage.

Le regard du psychanalyste découvre alors la figure postmoderne de la religion, à savoir l'idéologie scientifique que la science a produit à son insu : l'attitude scientifique subsume en effet un système de mythes, de dogmes, de rites et d'opinions obligatoires sous la forme d'un véritable acte de foi. Le miracle expérimental et le règne de l'hygiène médicale se cristallisent ainsi dans un discours normatif et prescriptif qui fait fonction de père. Ainsi, l'effondrement des idéaux qui soutenaient les corps depuis toujours, conséquence des progrès de la science et de la médecine, font apparaître un langage nouveau, celui autistique de la représentation d'un corps fétichisé, celui angélique d'un pur esprit sans corps. Le nouveau rêve qui soutient les corps et leur devenir est alors celui d'un corps autiste et sans liens affectifs, celui d'un corps angélique, révélant le conflit structural du sujet postmoderne. La dynamique interne du sujet s'inscrit ainsi dans le sillon d'un repli postmoderne du moi sur l'organique, découvrant le corps démythifié que Gérard Pommier décèle dans les pathologies, la politique et l'art contemporains. Face aux errances des corps dans une société en vacance d'idéal, il s'agit alors de restituer à la psychanalyse son idéal de libération du sujet. Mettant au jour les remaniements du Père symbolique et la présentation postmoderne du Nom du Père, Gérard Pommier entend nommer le rôle nouveau de la psychanalyse dans le repérage de la fonction actuelle du Père et de la Loi. L'analyse de l'idéologie qui soutient la société postmoderne, de sa politique, de son art, de son histoire aussi, révèlent ainsi la dynamique actuelle du sujet inconscient. Un sujet nouveau se fait jour, une nouvelle solitude aussi, et une nouvelle demande : « Un sujet demande à naître au point même où il s'angélise, n'importe quelle séance d'analyse le démontre ». La psychanalyse, en découvrant le sujet postmoderne, se voit donc investie d'une fonction nouvelle et néanmoins fidèle à ceux de son origine, celle de « restituer au sujet un symbolique qui lui avait toujours été dérobé ».

Sophie Robert

Les jeunes en rupture scolaire : du processus de confrontation à celui de remédiationSous la direction de Fabienne Tanon
Préface de C. Rojzman
L'Harmattan

Ce livre cherche à mêler discours de chercheurs et témoignages d'acteurs scolaires ou extra-scolaires peu habitués à écrire dans des ouvrages académiques. Aussi leurs contributions sont des éclairages très utiles pour saisir les dynamiques en jeu, sur place et au quotidien, intervenant dans le phénomène de la rupture scolaire.

Etty Hillesum, une vie bouleversée⁽¹⁾Adaptation et Interprétation : Valérie Zarrouk
Espace Rachi⁽²⁾, Nov. 2000.

Etty Hillesum a 27 ans et rêve de devenir écrivain. Nous sommes à Amsterdam, en 1941, au 6 de la rue Gabriel Metsu. Elle décide de rédiger un journal, à la force de son talent. La première ligne s'extrait difficilement du silence, mais elle vient. Une œuvre s'apprête à naître, « *impermanente* » et douloureuse, pleine de joies et de petits moments anodins. Voilà qui est fait. Désormais, la jeune femme ne s'arrêtera plus, poussant la confiance écrite jusque dans ses limites. Jusqu'à cette fin qui gagne progressivement autour d'elle, de manière insupportable, criante. Elle n'en finit pas d'écrire, presque tous les jours, jusqu'à la dernière ligne, entre cris et chuchotements. Il reste peu de temps à Etty, avant sa disparition en 1943, au cœur des ténèbres. Peu de temps pour tenter de dire, pour vivre encore... Le courage d'écrire rejoint ici celui d'une vie sublimée, depuis les troubles de l'existence jusqu'aux portes des camps, de la culture à la barbarie. Plus qu'un journal intime, *La vie bouleversée* d'Etty Hillesum est une œuvre littéraire à part entière, qui se déroule entre angoisse et plaisir, désespoir et folles espérances. Tout un travail, en soi, sur soi et sur le monde. Une construction en perpétuel chantier, un texte en train de se faire, dans la confrontation avec l'impossible des mots : « Les pensées sont parfois très claires et très nettes dans ma tête, et les sentiments très profonds, mais les mettre par écrit (...). Grande inhibition ; je n'ose pas me livrer, m'épancher librement, et pourtant il le faudra bien, si je veux à la longue faire quelque chose de ma vie, lui donner un cours raisonnable et satisfaisant. De même, dans les rapports sexuels, l'ultime cri de délivrance reste toujours peureusement enfermé dans ma poitrine ». Héroïne freudienne ou figure mystique ? De l'inhibition névrotique à la transfiguration des êtres d'exception, Etty Hillesum, relayée par Valérie Zarrouk, oscille entre délivrance et enfermement, don de soi et égotisme. Le souffle de l'agonie et le cri des premiers instants s'entendent dans le moindre de ses « épanchements », entre deux convois de la mort, entre deux balades parmi les canaux de la Ville de Rembrandt. Fragments d'auto-analyse délivrés à la postérité ou insolence libératrice se jouant des règles établies ? Etty cherche un sens à la vie, jusque dans l'inhumanité, au quotidien comme dans les moments les plus dramatiques. L'acte d'écrire est une affirmation de liberté. Rempart de papier contre la terreur, l'acte d'écrire engage tout un être afin de se lire. Infiniment banal et résolument mystérieux, comme la vie semblable à ce théâtre si bien revêtu par Sophocle et Shakespeare. Sa dernière lettre jetée à l'envers les barreaux du train l'emportant à Auschwitz conduit chacun des

lecteurs de cette héroïne discrète et modeste (on songe parfois à Thérèse de Lisieux), à perpétuer en conscience la mémoire d'un écrivain intemporel. C'est de cette mémoire vive que se saisit une interprète d'aujourd'hui afin d'incarner au mieux les contradictions de son personnage : à la fois auteur, dramaturge de sa propre vie, observatrice géniale de l'aliénation concentrationnaire et docteur en poésie. Chacun des spectateurs de l'ardente adaptation de Valérie Zarrouk est ainsi convié à une étrange cérémonie : en même temps une expérience des limites et un partage renouvelé, pour le meilleur et pour le pire. Son jeu inspiré témoigne du fait incontournable que la beauté de la vie et le goût pour les autres ne sont pas seulement des mots : « *N'est-ce pas une façon de travailler pour la postérité ?...* ». La comédienne et l'écrivain entonnent ce refrain d'une seule voix, tremblante et pudique, audacieuse et portée vers les profondeurs. La quête de liberté se révèle, à entendre ces deux femmes si différentes et pourtant réunies, par un même verbe, un souffle partagé, une spiritualité toute d'intimité est un ascétisme communicatif, depuis la rencontre (transférentielle) d'Etty avec Julius Spier, psychologue et disciple de Jung, jusqu'à la foi indéfectible en l'humanité ; de la représentation théâtrale d'un drame qui, d'une certaine manière, n'en a semble-t-il jamais fini de se rejouer, ailleurs, autrement.

« *Dire que l'on on a en soi assez d'amour pour pardonner à Dieu!* »... Partie le 7 septembre 1943 du camp de transit de Westerbok, malgré les ultimes démarches de ses amis, Etty est déportée avec ses parents et son frère. Elle meurt à Auschwitz le 30 novembre, disparaissant aux frontières d'une innommable inhumanité, non sans avoir choisi volontairement la déportation : « *Je pense à ce romain qui disait à un martyr : sais-tu que j'ai le pouvoir de te tuer ?* ». Et l'autre : « *Mais, savez-vous que j'ai le pouvoir d'être tué ?* »... Valérie Zarrouk réussit le pari de donner corps à une martyre, et accomplit elle-même un extraordinaire cheminement intérieur. Sa voix porte. Incarnant une âme perdue mais inoubliable, la comédienne prend

acte du réel sans se résigner à la moindre facilité ni se complaire dans les effets de séduction. Telle son inspiratrice sur les traces de laquelle elle s'est rendue et dont elle a de longs mois étudié les textes, la comédienne délivre les messages d'Etty... : « *On voudrait être un baume versé sur tant de plaies* »... Dans un style tout en retenues, elle nous parle jusqu'au bout comme une sœur, une amie, une femme moderne et exaltée. Tant d'impressions scintillant sur le « velours sombre de la mémoire » renvoient à la solitude tragique du créateur. Le rêve d'Etty Hillesum ? Etre « *le cœur pensant de tout un camp de concentration* ». Cinquante ans plus tard, déportée anonyme, elle entre dans l'histoire littéraire. Notre vie, poursuit l'écrivain se sachant condamné, paraphrasant Rilke, est un « *univers intérieur* ». Son sourire lucide a dû sécher plus d'une larme. L'adaptation de Valérie Zarrouk établit une continuité troublante entre la fugitivité de ces moments inénarrables et la présence des victimes : « *Parce que cette vie s'accomplit sur un théâtre intérieur : le décor a de moins en moins d'importance* »... Loin de cette tentation de la mortification propre à certains mystiques, Etty Hillesum et Valérie Zarrouk dialoguent jusqu'à nous entre la « *paix de l'abîme* » de l'Orient et l'intranquillité d'un Occident en souffrance. Le noir qui retentit soudain éclaire la vie d'une lumière inconnue. ■

Christophe Paradis

(1) E. Hillesum : *Une vie bouleversée* suivi des *Lettres de Westerbok*, Seuil, 1995.

(2) Centre d'Art et de Culture, 39 rue Broca, 75005 Paris.

Les vérités du corps dans les psychoses aiguësVéronique Defiolles-Peltier
Gaëtan Morin éditeur

L'auteur, psychomotricienne dans une institution psychiatrique pour adultes, montre comment une approche psychomotrice est possible, même en cas de crise. Cette thérapie révèle un accès à la communication avec des personnes qu'une pensée gravement déstructurée conduit à une rupture de contact avec l'environnement. L'auteur fait partager son cheminement autour de la rupture du lien corps-psychisme et montre comment ce lien se restaure, à partir de la relation thérapeutique et par le biais du corps.

25^{ème} FESTIVAL
Ciné-Vidéo-Psy

**12 • 13
14 JUIN
2001**

ASSOCIATION FESTIVAL PSY
CENTRE HOSPITALIER
5, RUE DU GÉNÉRAL DE GAULLE
57790 LORQUIN
TEL : 03 87 23 14 12
FAX : 03 87 23 15 84

Exposition d'œuvres de patients souffrant de troubles bipolaires

À la suite d'une exposition de patients souffrant de troubles bipolaires dans les locaux de Sanofi-Synthélabo au Plessis-Robinson, une conférence de presse a eu lieu le 2 février dernier.

Les troubles bipolaires

Elie Hantouche a fait le point sur les troubles bipolaires. L'amélioration de la définition critériologique du trouble bipolaire, notamment dans le DSM IV, a permis la réalisation ces dernières années de nombreuses études épidémiologiques permettant de connaître la fréquence de ce trouble, mais aussi ses caractéristiques socio-démographiques et ses facteurs de risque. Elle a permis, enfin, d'apprécier l'impact des modifications thérapeutiques importantes de la dernière décennie.

Deux grands champs d'investigation sont désormais ouverts : celui de la description des facteurs de risque génétiques et celui de l'impact des événements de vie stressants. Ces études épidémiologiques ont aussi permis de souligner la gravité de cette affection : le risque de suicide sur la vie est de 18,9 % dans une méta-analyse de 29 études réalisées avant 1988 (Goodwin FK, Jamison KR ; 1990). Selon ces auteurs, les taux de mortalité du trouble bipolaire non traité seraient comparables à ceux de nombreuses cardiopathies ou de cancers. Le trouble bipolaire est l'héritier nosologique de la psychose maniaco-dépressive (PMD) Kraepelinienne. Il était naguère classique (dans les années 60-70) de différencier la PMD unipolaire et sa forme bipolaire. Dans un cas, le patient ne souffrait que d'accès mélancoliques séparés par des intervalles libres, dans l'autre, les récurrences étaient dépressives ou maniaques. Avec le DSM IV, le chapitre des troubles de l'humeur a été largement remanié ; on y distingue les troubles dépressifs unipolaires (avec épisodes dépressifs majeurs isolés ou récurrents, il s'agit du trouble dysthymique) et le trouble bipolaire. Comme dans les autres versions, la définition des troubles par des critères opérationnels de diagnostic est purement descriptive. Comme toute maladie chronique nécessitant une prise en charge médicale au long cours, le trouble bipolaire a toujours un retentissement familial et professionnel dont la complexité est commune à l'ensemble des troubles mentaux, et en grande partie, fonction de la sévérité, de la nature des dérèglements de l'humeur et de l'évolution particulière du trouble. La qualité de la vie relationnelle et socio-professionnelle des patients, atteints de trouble bipolaire, dépend étroitement de la gravité de leur maladie, de sa précocité d'apparition dans la vie, de son expression clinique, du délai précédant le diagnostic et la prise en charge, ainsi que des éventuels effets secondaires des thérapeutiques. La comorbidité fréquente avec d'autres troubles tels que l'alcoolisme, par exemple, a également un retentissement important.

Art-Thérapie et troubles de l'humeur

François Granier (CHU Purpan, Toulouse) a décrit l'Unité Psychothérapique de Transition qui est une structure alternative, au décours de l'hospitalisation temps plein, pour les pathologies mentales les plus lourdes, troubles de l'humeur, schizophrénies, ano-

rexies. Son activité est centrée sur la resocialisation, en particulier au moyen de nombreux ateliers d'expression (peinture, terre, musicothérapie, percussions, collage, mosaïque, lecture-écriture, visites culturelles, conte, sophrologie, groupes de parole). La créativité artistique prépare à retrouver la créativité dans l'adaptation au quotidien.

L'Art-Thérapie semblerait, a priori, se situer à l'opposé des traitements biologiques. Il n'en est rien. L'image du soin qu'elle donne fidélise à ces traitements, et contribue à prévenir les rechutes. Les médicaments calment les accès, mais ne modifient pas la structure psychique de fond, et donc les styles correspondants. Tous les médicaments, quels qu'ils soient, pourvu qu'ils soient donnés aux bonnes posologies, n'influent pas sur la créativité. Être un bon art-thérapeute est aussi être un bon chimiothérapeute. Par contre, le sens de l'Art-Thérapie, au-delà des phrases critiques, est de proposer des objets d'investissement culturels qui viennent combler le vide de nombreuses vies (et pas seulement celles de malades). Elle couple projet thérapeutique et projet existentiel.

Les patients n'ont pas de formation artistique, mais c'est à l'occasion de la maladie que se révèle leur potentiel créatif. Elle respecte des constantes sémiotiques dictées par la structure psychique (ce style des cycliques est différent de celui des schizophrénies, des névrosés, des anorexiques, des addictifs, des pervers). L'histoire de l'art est une succession de ruptures stylistiques, où la formation artistique n'a aucun rôle par rapport à l'émergence d'un style dû aux nouvelles conditions de libre expression de la personnalité des grands maîtres. La limite entre normal et pathologique s'estompe. Les points communs dans le style permettent une approche transversale interdisciplinaire, et l'étude de biographies d'artistes (pas seulement la contem-

plation de leurs œuvres) retrouve de nombreux épisodes psychopathologiques. La grande différence entre artistes et malades ne réside pas tant dans le style, que dans le désir et la capacité concrète à transformer le talent spontané et l'inspiration commune en carrière professionnelle, avec toutes ses contraintes de gestion sociale et économique. A partir de la fin du XIX^{ème} siècle, l'art a été libéré de ses fonctions illustratives, allégoriques, documentaires, figuratives, descriptives, et le nouveau statut de l'artiste l'a libéré de la tutelle de ses commanditaires traditionnels. Cette nouvelle possibilité de choix de vie pour l'artiste allait déjà être un biais psycho-sociologique de sélection, les artistes normaux ou névrosés se pliant à l'académisme ou en recherchant les positions de pouvoir, les autres à la suite de la révolution romantique se marginalisant dans une pratique très personnelle ou en petits groupes novateurs, en écho direct de leur fréquente exacerbation de l'angoisse, de l'humeur, et des émotions. Pour François Granier, cette exposition devait être didactique. La sémiologie picturale est en parallèle de la sémiologie clinique. Elle illustre la cyclicité, le phénomène même de la périodicité, connu déjà des médecins de la plus haute antiquité. A côté de la sémiologie formelle, très proche des facteurs cognitivo-affectifs du déterminisme endogène, la sémiologie thématique apporte des nuances en nous parlant dans certains cas du stress des événements de vie, facteurs exogènes. Les études généalogiques des patients retrouvent souvent l'hérédité proprement dite. Et le travail psychothérapique le rôle des interactions précoces oppressives sur l'expression naturelle des émotions dès le premier âge. Mais l'objet tiers, qu'est l'œuvre produite, couplé au plaisir partagé dans sa réalisation entre soignants et soignés, vient transformer la relation thérapeutique. L'art-thérapie ne se résume donc pas à cette seule dimension sémiologique, pourtant indiscutable en soi, elle est le cadre d'un processus psychothérapique de transformation des capacités d'expression du soi, et les tableaux de cette exposition, par leur valeur esthétique même, constituent des documents tout à fait objectifs de l'évaluation de son efficacité. ■

LA MIGRAINE EN DIRECT SUR LE NET

www.migraine.glaxowellcome.fr

Proposé par le laboratoire Glaxo Wellcome, « Migraine on line » est le premier site spécifique de la pathologie migraineuse et de son environnement. Destiné aux professionnels de santé et aux patients migraineux, il a pour objectif de développer et d'améliorer la prise en charge du patient migraineux.

Un espace pour les professionnels de la santé :

Les médecins bénéficient d'un espace réservé qui a pour vocation de communiquer une information scientifique actualisée, auprès des différents acteurs impliqués dans la migraine : neurologues, médecins généralistes. Les pharmaciens, pour leur part, bénéficient d'une branche spécifique qui leur est entièrement dévolue.

De nombreuses rubriques permettent aux praticiens de s'évaluer et de se former sur la prise en charge de la pathologie migraineuse un accès rapide aux dernières informations sur la migraine et son environnement : comptes-rendus de congrès, commentaires d'experts, interviews de leaders. Par ailleurs, d'autres services sont disponibles tels que l'aide au diagnostic, les articles médicaux référencés, les calendriers des différents congrès et la possibilité de se procurer des outils d'aide au suivi des patients comme « l'agenda de la migraine ». Le site permet également de découvrir l'observatoire Noémie, programme de dépistage de la migraine par la médecine du travail au sein des entreprises.

Ce site propose un accès aux patients migraineux désireux d'accéder à une information de qualité sur la migraine. Cette approche permet de les sensibiliser et de les orienter vers une prise en charge spécifique. Aujourd'hui sur 6 millions de migraineux, la moitié ne consulte. Pour le grand-public, l'accès au site « migraine on line » se fait librement. Les professionnels de la santé accèdent à leur espace à l'aide d'un mot de passe disponible sur simple demande à l'adresse suivante : www.migraine.glaxowellcome.fr.

Le kiosque : un nouveau service en ligne :

Par ailleurs, le site institutionnel Glaxo Wellcome, www.glaxowellcome.fr, propose à tous les professionnels de santé un nouveau service en ligne. Grâce à un moteur de recherche, les internautes peuvent à présent explorer l'ensemble des publications Glaxo Wellcome dans les domaines de la gastro-entérologie, l'infectiologie, la neurologie, le SIDA et l'ORL. Pour obtenir un code d'accès, il suffit de taper : www.glaxowellcome.fr, rubrique le kiosque. ■

LIVRES

Dossier : Soins palliatifs et accompagnement

Actualité et dossier en Santé Publique n°28

Les soins palliatifs associent une thérapeutique palliative contre la douleur et les symptômes d'inconfort et un accompagnement où sont impliqués tous les intervenants regroupés avec la famille dans une équipe interdisciplinaire. 150 000 personnes sur 550 000 décédées dans l'année nécessiteraient des soins palliatifs. La prise en charge palliative s'améliore à l'hôpital, où ont lieu 70 % des décès, avec l'augmentation du nombre des unités de soins palliatifs et d'équipes mobiles, mais aussi avec le développement de l'esprit « soins palliatifs » dans les services cliniques. A domicile des structures adaptées aident les malades à rester chez eux. L'équipe soignante doit associer compétence et maturité. Le malade qui s'en va est d'autant plus angoissé qu'il a tant d'affaires à régler au plan matériel et social, aux plans psychologique et spirituel. A cet égard les accompagnants bénévoles, en équipe, peuvent jouer un rôle important quand ils présentent des garanties de fiabilité. Les modalités de prise en charge varient suivant le lieu, domicile ou institution, et suivant le type de structures. A l'hôpital, l'unité de soins palliatifs est une unité autonome destinée à recevoir des malades en fin de vie et dont la conception architecturale réserve une large place à la famille. L'équipe mobile de soins palliatifs, structure légère, ne disposant pas de lits, est à la disposition de tous les services d'un hôpital pour des conseils techniques et une aide à l'accompagnement. Une équipe mobile dans un centre anticancéreux suit un nombre plus important de malades, à un stade plus précoce où une thérapeutique curative est en cours d'où le nom d'équipe d'accompagnement et de soins continus. Tous les services aigus se doivent de se préoccuper des malades en phase critique et de les garder en charge jusqu'à la fin s'ils le souhaitent avec l'aide éventuelle d'une équipe mobile. En gériatrie les besoins sont immenses : certains centres comportant une USP contribuent à former des soignants qui diffuseront leur savoir-faire dans les services de soins de longue durée, les maisons de retraite. Au domicile, les soignants libéraux ont vocation à prendre en charge les malades en fin de vie, ce qui implique qu'ils acceptent de travailler en équipe, l'idéal étant de constituer un réseau. Ils peuvent aussi être aidés par une USP qui se met à leur service. L'hospitalisation à domicile constitue une solution intermédiaire où l'hôpital intervient par une de ses équipes, mais le médecin référent qui reste le médecin de famille. En milieu urbain l'HAD ne concerne qu'un nombre limité de villes, des expériences intéressantes se déroulent en milieu rural, plus répandus sont les services de soins infirmiers de grande utilité. Le développement des soins palliatifs requiert l'implication des soignants et leur formation au cours des études de médecine, de soins infirmiers, d'aides-soignants associant enseignement théorique et pratique. Le lecteur trouvera dans le cadre des tribunes, les principes éthiques qui sont enseignés à des étudiants en médecine, si fondamentaux quand on est confronté à des problèmes tels que ceux posés par la mort des vieillards. L'opportunité d'une coordination régionale des soins palliatifs est argumentée. Les associations interviennent en affirmant une éthique de l'accompagnement, en sensibilisant le grand public, en mettant en place des bénévoles fiables. La Société Française d'accompagnement de soins palliatifs fédère tout le mouvement associatif au niveau national et international.

LIVRES

Le point aveugleJean-François Noël
Les Editions du Cerf

« Y a-t-il une psychanalyse chrétienne? ». L'auteur, membre de la Fraternité des moines apostoliques diocésains, répond à cette question. Depuis peu, Jean-François Noël est psychanalyste, et la coexistence de ces deux fonctions a été à la base de questionnements qui ont donné naissance à ce livre. Mais en fait, débordant rapidement cette interrogation initiale, l'auteur en vient à explorer des thèmes concernant directement l'essence de l'expérience psychanalytique. Dans cet ouvrage concis (cent trente quatre pages), composé de sept chapitres et d'une courte bibliographie, il aborde différents concepts, tels que les fondements et le dispositif de l'analyse, et par là, la relation patient/analyste et les notions de transfert et contre-transfert, les points communs à l'exercice de la prêtre et celui de la psychanalyse, et, plus encore, des questions profondément psychanalytiques comme celles de la perte, du manque et de la détresse originaire. Enfin, bien sûr, il nous donne des bases de réflexion sur la question du tragique dans l'existence humaine, ainsi que sur la notion de point aveugle, ce point fixe « à jamais inanalysable », qui procède de la vérité inconsciente du sujet et qui sert de lien entre les divers éléments de sa vie. Il s'agit d'un ouvrage rédigé dans un vocabulaire accessible et riche en références de toutes sortes, aussi bien psychanalytiques que bibliques, littéraires, philosophiques ou artistiques.

Gaëlle Berthon

Pulsion et liens d'empriseAlain Ferrant
Dunod

Concept situé aux confins du psychique et de l'instinct, l'emprise a été introduite dans le discours psychanalytique Freudien dès 1905. Ce livre propose un panorama théorique et clinique sur ce concept flou et évolutif mais très permanent dans la métapsychologie freudienne. Son premier volet étudie et commente les positions freudiennes. Le deuxième aborde les dimensions cliniques dans la cure, dans le traitement de l'anorexie mentale et dans les situations extrêmes que furent/ont les camps de concentration et d'extermination. La dernière partie du livre traite des dimensions sociales (à travers les terrains d'aventure) et des dimensions esthétiques à travers l'art : Seurat s'acharnant à maîtriser la lumière, Maupassant dévorant les jours, Céline délirant contre les loups.

La lutte contre la toxicomanie De la législation à la réglementationLaurence Simmat-Durand
L'Harmattan

La législation réprimant l'usage illicite de stupéfiants, inscrite au code de la santé publique, date de la fin de l'année 1970. Ce texte généraliste visant tous les usages sages et tous les produits inscrits au tableau des stupéfiants, n'a pas été substantiellement modifié depuis son entrée en vigueur. Sa mise en œuvre par les ministères de la justice, de l'intérieur, de la santé, bien sûr, mais aussi de l'éducation nationale, donne lieu à une réglementation de plus en plus abondante et dispersée, montrant l'inadaptation du texte au contexte actuel des usages de drogues.

La lutte contre la toxicomanie se dissout ainsi dans de nouvelles priorités de santé

publique, comme le sida ou la prise en charge globale des addictions, d'ordre public, avec la lutte contre les violences urbaines et enfin d'ordre social avec la lutte contre les exclusions.

La loi de 1970, ses textes d'application et leurs modifications ultérieures sont présentés dans une première partie. Les plans gouvernementaux de lutte contre la toxicomanie à partir de 1983 et les circulaires qui s'y rattachent, le sont dans la deuxième partie de l'ouvrage, illustrant l'évolution de la politique française en matière de drogues.

La pédophilieFondation Scelles
Erès

La pédophilie est une atteinte au respect de la dignité de l'enfant et à l'intégrité de son corps. Il existe actuellement une forte prise de conscience des conséquences dramatiques de la maltraitance, et notamment des abus sexuels, envers les enfants. Cependant, le voyeurisme et l'émotion suscitée par certaines affaires se sont parfois exprimés au détriment d'un vrai débat de fond. Ce livre fait le point sur ce que représente la pédophilie en France et dans le monde, ce que sont la personnalité et le comportement des individus pédophiles, comment se positionne la loi à l'égard de la pédophilie et quel arsenal juridique est mobilisé dans la pénalisation en s'appuyant sur les travaux de spécialistes (psychologues, médecins, juristes...). Il montre en quoi la coopération et la transparence dans le partage des informations et des données d'expérience en matière de protection des Droits de l'Enfant permettront de renforcer les capacités d'intervention de toutes les organisations concernées, qu'elles soient gouvernementales ou non.

L'enfant ancêtre

Tobie Nathan et coll*

La Pensée Sauvage Editions

Lorsqu'il s'agit de prendre en charge de manière psychothérapeutique des enfants qui n'accèdent pas à la parole, il est apparu parfois beaucoup plus efficace d'envisager l'hypothèse africaine comme une obligation technique et non pas comme une croyance archaïque. C'est dans ce pari que se sont engagés dans ce livre psychologues et ethnologues.

*Ont collaboré à ce numéro : Taoufik Adohane, Marième Bâ, Georges Devereux, Kouakou Kouassi, Tobie Nathan, Jacqueline Rabain, Eric de Rosny, Irena Talaban, Guenet Teffer, András Zempleni.

ANNONCES EN BREF

4 au 6 avril 2001. Oxford. 5^e Atelier du Center for Evidence-Based Mental Health. Renseignements : Center for Evidence-Based Mental Health, Department of Psychiatry, Univ. of Oxford, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX, UK. Site internet : www.cebmh.com.

23 au 27 avril 2001. Beyrouth. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Renseignements : Dr J. Burgonse, CHS de la Savoie, BP 1126, 73011 Chambéry Cedex. Tél. : 04 79 60 30 36. Fax : 04 79 60 31 88.

27 avril 2001. Paris. Colloque organisé par l'UMR 6053 du CNRS « Psychanalyse et pratiques sociales », sur le thème : *L'anthropologie psychanalytique*. Renseignements : Mme Nicole Debureau (UMR 6053 CNRS, Université de Picardie), Faculté de Philosophie, Sciences Humaines et Sociales, Chemin du Thil, 80025 Amiens Cedex 1. Tél. : 03 22 82 77 57. Fax : 03 22 82 78 29.

11 mai 2001. Reims. Colloque de l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme sur *Les recommandations pour la pratique clinique en alcoologie : une culture commune pour quelles pratiques ?* Renseignements : CDPA, 45 rue Libergier, 51100 Reims. Tél. : 03 26 47 75 57. Fax : 03 26 88 97 29.

12 mai 2001. Limoges. 5^e Colloque Européen des Unités d'Hospitalisation Mère-Bébé en Psychiatrie sur *Premier chapitre de la vie. Soins relationnels précoces autour de la parentalité*. Renseignements : CH Esquirol, Sect. 87.G.01-87.I.01, 15 rue du Dr Marcland, 87025 Limoges Cedex. Tél. : 05 55 43 11 00. Fax : 05 55 43 11 11.

15 au 17 mai 2001. Paris. 7^{ème} Rencontre Nationale des CMP sur le thème : *Le temps en santé mentale*. Renseignements et inscriptions : ERAP Formations, 19 rue Auguste Chabrières. Tél. : 01 48 28 98 1. Fax : 01 42 50 43 20.

19 mai 2001. Paris. Journée d'Etude du Centre Alfred Binet sur le thème : *Voies de sortie de l'Autisme ?* Renseignements : CAB, 76 av. Edison, 75013 Paris. Tél. : 01 40 77 43 120. Fax : 01 40 77 43 55.

24 au 27 mai 2001. Paris. 61^e Congrès des Psychanalystes de Langue Française sur *La figurabilité*. Renseignements : Société Psychanalytique de Paris, 187 rue St Jacques, 75005 Paris. Tél. : 01 43 29 66 70. Fax : 01 43 29 10 77. E-mail : congres@spp.asso.fr.

31 mai au 2 juin 2001. Lisbonne. 3^{ème} Congrès Européen de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent organisé par l'Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, <http://aepea.org>, sur le thème : *Psychopathologie et parentalité(s)* avec la participation de M. Ammaniti, F. An-

sermet, A. Braconnier, M. Bydlowski, C. Chabert, C. Chiland, Cyrulnyk, P. Ferrari, B. Golse, A. Guedeney, J. Hochmann, D. Houzel, J. Laplanche, Lasa, J. Manzano, J.C. Rolland, M. Soule, D. Stern, etc... Renseignements : P. Ferrari, M. Besso. Tél. : 01 41 24 81 76. Fax : 01 41 24 81 10. E-mail : secmedfond@voila.fr.

31 mai au 2 juin 2001. Gammath (Tunisie). IX^e Congrès Panarabe de Psychiatrie sur *Femmes et santé mentale*. Renseignements : Serv. de psy. A, Pr A. Douki, Hôp. Razi, 2010 La Manouba. Tél. : (216.1) 600 145. Fax : (216.1) 750 103. E-mail : saida.douki@gnet.tn.

8 juin 2001. Paris. Journée sur le *Devenir des troubles psychopathologiques de l'enfance et de l'adolescence* organisée par les Professeurs M.C. Mouren-Siméoni et M.P. Bouvard. Renseignements : Secrétariat du Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert-Debré, 48 Bd Sérurier, 75019 Paris. Tél. : 01 40 33 22 92.

8 et 9 juin 2001. Auxerre. VIII^e Congrès de psychothérapie de Groupe d'Enfants et d'Adolescents, du CIRPPA et de la SPEGEA, sur *La fonction du tiers dans les groupes*. Renseignements : CIRPPA, 15 av. du Gal Rollet, 89000 Auxerre. Tél. : 03 86 48 23 08. Fax : 03 86 46 50 03.

15 juin 2001. Lyon. Journée de formation sur le thème : *Douleur et exclusion*. Renseignements et inscriptions : Atlanta, 27 bd Gambetta, 92130 Issy-les-Moulineaux. Tél. : 01 46 38 77 37. Fax : 01 46 38 77 31. E-mail : infos@atlansante.com.

15 et 16 juin 2001. Aix-les-Bains. 8^{ème} Colloque de relaxation organisé par la Société Française de Relaxation Psychothérapique sur le thème : *Corps et mémoire*. Renseignements : SFRP, Service du Pr Debray, Hôpital Necker, 149 rue de Sèvres, 75743 Paris Cedex 15. Tél. : 01 42 83 81 10.

24 au 28 juin 2001. Paris. 15^{ème} Congrès Mondial de Sexologie. Renseignements et inscriptions : Parisexo-Régimédia, 17 rue de Seine, 92100 Boulogne. Tél. : 01 49 10 09 10. Fax : 01 49 10 00 56. E-mail : parisexo@regimedia.fr. Site : www.parisexo-2001.com.

15 au 16 juin 2001. Paris. Journées Nationales sur le thème : *Corps et psychiatrie*. Renseignements et inscriptions : SB Organisation, Corps & Psychiatrie, 33 rue de la Chapelle, 75019 Paris. Tél. : 01 42 09 99 18/68 42. Fax : 01 40 38 01 08. E-mail : s.b.o.@wanadoo.fr.

10 au 30 octobre 2001. Toulouse. XX^{èmes} journées de la Société de l'Information Psychiatrique sur le thème : *Psychiatrie et Psychothérapies. Mutations et perspectives*. Renseignements : Dr G. Rossinelli, CH G. Marchant, 134 rte d'Espagne, 31057 Toulouse Cedex. Tél. : 05 61 43 78 72. Fax : 05 61 43 78 75. E-mail : infanto-juvenile@ch-marchant.fr.

LE JOURNAL

DE
NERVURES'abonner
pour recevoir la formule complète :REVUE + JOURNAL
+ FORMATION MÉDICALE

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 :

 1 an 2 ans

Nom :

Prénom :

Adresse :

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