

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° 7 - Tome XIV -
 Octobre 2001

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

Guy Thuillier

Un observateur des misères sociales : Leclerc de Montlinot (1732-1801)

LIVRES

Agir sous contrainte Être « sous » tutelle ou curatelle dans la France contemporaine

Gilles Séraphin
 L'Harmattan

Alors qu'elle représente près d'1% de la population française, soit près de 570 000 personnes et qu'elle croît constamment, la population « judiciairement protégée » est largement méconnue en France. Ce livre présente les différents types de mesure avant d'aborder le quotidien de la population judiciairement protégée en 1999 au sein de l'UDAF de Loire-Atlantique. Sont ainsi précisés les aspects formels et informels de la contrainte, les aspects « anthropologiques » (vécu personnel et ressenti de la personne protégée), ainsi que les actions menées. En fixant pour objectif la protection de la personne, la limitation de la souffrance et la contribution à son épanouissement personnel, une lecture critique du rapport Favard est ensuite proposée ainsi qu'une définition des rôles souhaitables des acteurs de toute mesure de protection (juge, institution tutélaire, famille, etc...).

G. Massé

L'enfant malade de sa peau Approche psychosomatique de l'allergie précoce

Jean-Marie Gauthier
 2ème édition
 Dunod

Du point de vue médical, le lien de l'eczéma avec l'allergie semble indéniable, mais cette hypothèse ne peut résoudre les questions soulevées par le traitement. Du point de vue de la psychanalyse, l'eczéma est considéré comme une affection naturellement « psychosomatique », mais cette perspective ne parvient pas à distinguer les différentes formes de « somatisation », ce qui réduit son efficacité thérapeutique. L'auteur montre comment, dès les premiers mois, le bébé allergique présente des traits de fonctionnement psychique marqués par la difficulté d'habiter un corps qui lui appartient. L'ensemble des échanges corporels entre la mère et son bébé sont perturbés, notamment l'adéquation entre les rythmes de base du bébé et les rythmes sociaux transmis par sa mère. On ne peut assimiler, sur un mode analogique, peau psychique et peau physiologique. Penser le corps dans ses rapports avec le psyché suppose une révision des épistémologies de la médecine comme de la psychanalyse, révision à laquelle cet ouvrage souhaite contribuer.

Nous ne savons pas grand chose de la carrière de Montlinot : nous le connaissons surtout par ses écrits. Il est né en 1732 à Crépy-en-Valois, il fait des études de théologie (il était docteur en théologie) et devient très jeune, en 1753, chanoine du chapitre Saint-Pierre de Lille : mais il n'a jamais reçu les ordres majeurs. Très tôt il prend le parti des philosophes (ce qui n'était pas bien vu à Lille), il publie en 1757 une défense des philosophes contre Chaumeix, qui avait attaqué l'*Encyclopédie*, *Préjugés légitimes contre ceux du sieur Chaumeix*, qui est attribuée à Diderot (et même insérée dans ses *Œuvres* en 1773), rédige une *Histoire de la ville de Lille depuis sa fondation jusqu'en 1434* (1764) qui fait scandale, provoque une bataille de pamphlets : la querelle s'envenime et il est contraint de résigner son bénéfice en 1766. Nous ne savons trop ce qu'il fit par la suite, il s'établit, paraît-il, quelque temps à Paris comme libraire... Comment Montlinot est-il entré dans la carrière de la philanthropie ? Il n'a jamais donné d'explications sur ce point. En 1777, il a quarante-cinq ans, il prend part au concours organisé par l'Académie de Châlons « sur les moyens de détruire la mendicité en France en rendant les mendiants utiles à l'Etat sans les rendre malheureux », son *Discours* fut apprécié, il obtint le premier accessit. A la suite d'une affaire obscure, un ordre du Roi le relègue à Soissons en janvier 1778 ; comme la Société royale d'Agriculture de Soissons ouvre un concours sur la destruction de la mendicité, il reprend son *Discours* de Châlons et reçoit le premier prix ; le *Discours* est publié à Lille, il obtient un certain succès, car il prend la défense des mendiants contre les administrations de charité : « La question que je vais traiter renferme deux objets : Par quels moyens peut-on venir à bout de détruire la Mendicité ? Ma réponse est simple : ne faisons plus d'aumônes, et détruisons les hôpitaux. Comment rendre les mendiants utiles, sans les rendre malheureux ? N'exigeons plus du Pauvre un travail commun au profit des Administrations de charité, soutenons les mains laborieuses de l'indigent, et laissons-le jouir d'un air pur et de la liberté ».

Montlinot attaque vivement les hôpitaux : « Le plan, sur lequel nos Maisons de Charité sont dirigées, ne sert qu'à fomenter la paresse du Pauvre : on l'accoutume à s'isoler et à contempler d'un œil sec l'asile de la misère : il calcule d'avance le degré de privation qu'on infligera à la débauche, à la crapule et à l'oisiveté. On ne saurait croire combien il est dangereux d'endormir l'activité des hommes sur l'avenir. J'ai vu dans toutes les villes où il y a des hôpitaux, que les hommes y sont moins laborieux et plus débauchés : quand on s'avise de leur faire quelque leçon en leur peignant l'ave-

nir affreux qui les menace, ils répondent avec ce sang-froid qui désole l'âme honnête, j'irai à l'Hôpital : expression du Peuple, à la vérité, mais qui doit être recueillie par le Philosophe, parce qu'elle annonce que le Pauvre ne fait aucun effort pour se mettre à l'abri de la misère, et qu'elle détruit le seul ressort qui meut les hommes, l'espoir d'être mieux », et de faire la description des maux dus au renfermement des pauvres : « Les hommes forts qu'on enferme dans les maisons de charité périssent presque tous avant le temps, de maladie, de douleurs et d'ennui... ».

Il considère que la mendicité



l'inévitable inégalité des conditions et il rappelle le principe même de cette domination du puissant sur le faible : « Il est trop vrai que l'organisation même des corps politiques, l'inégalité des richesses est l'effet naturel des richesses mêmes, et que l'extrême richesse dans une classe entraîne nécessairement l'extrême misère dans une autre. Il est vrai que dans les gouvernements les plus libres, les institutions, les mœurs, l'opinion, la liberté même, tout pèse sur le peuple. Une des plus belles fonctions, un des premiers devoirs de l'administration, seroit donc de balancer par une adroite et sage dispensation de l'autorité légitime, cet ascendant inévitable du puissant sur le faible, du riche sur le pauvre »...

Il propose tout un plan de secours aux pauvres pour prévenir la mendicité : dans les campagnes, les paroisses doivent nourrir leurs pauvres, comme elles le font dans la Flandre française, et des cotisations des propriétaires fonciers fourniront les fonds nécessaires ; dans les villes, des inspecteurs des pauvres doivent distribuer des secours journaliers dans chaque quartier, et, comme c'est un esprit systématique, il échafaude tout un système de « municipalisation » des secours, qui serait financé

par une taxe sur la valeur locative des maisons, il en fait l'application à Lille et à Soissons.

L'*Épître dédicatoire* du *Discours* est adressée à Necker, qui s'intéresse à Montlinot ; Necker veut établir un dépôt de mendicité qui puisse servir de modèle : « Il avait déjà fondé à Vaugirard un hospice qu'il pensait pouvoir servir de modèle aux hôpitaux du royaume, il abaissa ses regards sur les dépôts, et il voulut soulager le pauvre. Lié par des rapports de principes et de sensibilité à M. Le Peletier de Morfontaine, intendant de Soissons, il fit choix de cette province pour établir dans le dépôt, un plan de réforme qui lui avait été présenté ; ce plan simple avait été rédigé par M. de Montlinot... ». Si bien que Montlinot fut nommé en 1781 Inspecteur du dépôt de mendicité de Soissons : il avait 49 ans et pour la première fois, semble-t-il, il est confronté à des problèmes pratiques de gestion ; il s'en tire très bien, montre du zèle, de l'esprit d'ordre - et il n'était pas simple pour un « philosophe », un homme de lettres, de gérer directement un grand établissement où l'on trouvait des mendiants, des vagabonds, des déserteurs, des filles de mauvaise vie, des fous et des folles (en 1783, 563 hommes et 384 femmes entrèrent au dépôt). Montlinot sut régler la police intérieure, organiser des travaux, créer un atelier de polissage des glaces pour la manufacture de Saint-Gobain. Il avait l'appui de l'Intendant, du Contrôle général des finances et il publia pour 1781-1785 quatre comptes rendus de sa gestion, *Etat actuel de la maison de travail de la généralité de Soissons* ; il y montre les bonnes méthodes pour gérer les mendiants (ce devait être un dépôt modèle), mais il développe aussi des vues ingénieuses sur la mendicité, sur les mendiants de race, sur la nécessité de secourir les journaliers invalides dans les campagnes et de leur accorder des pensions après 25 ans de services. Ce sont là des rapports très vivants, probablement une des premières fois où l'on détaille une pratique sociale, et, pour l'archéologie de l'administration sociale, ce sont des témoignages très significatifs.

En 1788 Necker revient au pouvoir : et son protégé en profite nécessairement. Il publie un *Essai sur la mendicité* en tête du *Cinquième compte rendu pour l'année 1786*, où il résume toute son expérience sur la gestion du dépôt de Soissons et fait en quelque sorte la synthèse des observations des comptes rendus antérieurs : le texte fut célèbre en son temps. La doctrine en est claire.

Premier principe : « Il est absurde de multiplier les lois contre la mendicité dans un pays où le 5^e de la nation est toujours par les événements à la veille de demander l'aumône ». Deuxième principe : un certain nombre de

LIVRES

La médecine des lumières : tout autour de Tissot

Sous la direction de Vincent Barras et Micheline Louis-Courvoisier*
Bibliothèque d'Histoire des Sciences
Georg éditeur

Un colloque organisé à Lausanne en octobre 1997 à l'occasion du 200^e anniversaire de la mort de Tissot a permis de dresser autour d'une figure prise comme emblème du médecin des Lumières, un panorama des différentes recherches de l'historiographie actuelle. Ce livre ne constitue donc pas un volume d'actes au sens traditionnel du terme, mais une tentative de synthèse, regroupant des recherches autour d'une période singulière de l'histoire de la médecine occidentale. Médecin mondain, écrivain à succès, moraliste, promoteur de projets pédagogiques novateurs (comme la clinique de Pavie), auteur de développements théoriques originaux, Tissot, inscrit dans un contexte local déterminé, joue le rôle d'un révélateur, éclairant les aspects protéiformes, complexes d'une médecine des Lumières à la fois optimiste dans ses espérances de progrès illimité et pessimiste dans sa prédiction d'un avenir marqué par la présence de périls. Les auteurs s'appuient sur des traductions, des échanges épistolaires, des commentaires et lectures croisées, des références d'articles encyclopédiques, qui permet d'évaluer la construction intertextuelle, parfois harmonieuse (comme entre Sénac et Tissot), parfois conflictuelle (comme entre Tissot, de Haen et Haller) d'un discours scientifique. Or, ce discours, à la genèse polyphonique, enchevêtre une multitude de niveaux : les conflits d'autorité aussi bien que les liens de l'humoralisme traditionnel et de la nouvelle clinique, les paradigmes vitalistes ou mécanistes aussi bien que l'apport des techniques d'examen physique, les métaphores configurant l'explication scientifique aussi bien que la volonté d'éducation morale et sanitaire du peuple.

*avec les contributions de Vincent Barras, Urs Boschung, Laurence Brockliss, Jean-Daniel Candaux, Alain Cernuschi, Danielle Chaperon, James Donat, Olivier Faure, Valérie Gaist, Jacques Gélis, Eric Hamraoui, Othmar Keel, Micheline Louis-Courvoisier, Roy Portery, Matthew Ramsey, Philip Rieder, François Rosset, Frédéric Sardet, Solange Simon-Mazyer, Hubert Steinke et Daniel Teysseire.

Sexualité infantile et attachement

Daniel Widlöcher, Jean Laplanche, Peter Fonagy, Edwardo Colombo, Dominique Scarfone, Pierre Fedida, Jacques André, Claire Squires
PUF

Dans cet ouvrage riche et dense, huit psychanalystes analysent avec pertinence les rôles tenus par la sexualité infantile et l'attachement dans la construction de la vie psychique. Selon ces auteurs, la mère et l'environnement humain de l'enfant ne doivent plus seulement être vus comme objets sexuels s'inscrivant dans un registre autoérotique avec comme rôle la satisfaction de l'instinct de conservation comme le préconisait Freud en 1905. Ils doivent aussi être considérés depuis les développements récents des théories de l'attachement, comme des objets d'amour (amour primaire) alimentant la structure psychique et contribuant, tout comme l'autoérotisme, à l'organisation névrotique. Cette réflexion collective permet de faire le point sur la question cruciale de la sexualité infantile, en prenant connaissance des théories psychanalytiques historiques mais aussi modernes qui ont alimenté ce débat.

Morgan Lemonnier

BIOGRAPHIE (suite)

mendians sont des gens usés par le travail, et Montlinot critique fortement l'absence de toute protection du travailleur : « *Homme, il n'a droit qu'à la commisération des hommes : quand il cesse d'exposer ses membres à l'encan, quand ce seul patrimoine lui a été enlevé, il ne lui reste à choisir que la mort ou la mendicité, parce qu'il n'existe aucune loi qui oblige un maître à nourrir le serviteur qui s'est cassé la jambe; aucune loi n'oblige le fabricant à conserver dans sa vieillesse les ouvriers qui l'ont enrichi. Que ces idées déchirantes doivent tourmenter l'homme qui réfléchit* ».

Troisième principe : il faut se préoccuper des habitants des campagnes qui sont totalement délaissés : « *Il n'est pas de pauvre à la campagne qui n'ait usé sa jeunesse au service des cultivateurs, il n'en est pas un seul qui, après trente ans de fatigue, n'ait acquis quelque infirmité accidentelle que des circonstances particulières ont développées. Voici les vrais pauvres de l'administration, ceux qu'il faut honorer et non avilir par l'aumône, ceux qui pourraient mendier impunément, pour lesquels toute loi serait injuste. Qu'ils deviennent (qu'on me le pardonne) pensionnaires du gouvernement : ils le méritent* ». Montlinot suggère qu'on crée des maisons pour les cultivateurs invalides, vieillards infirmes ou estropiés et que l'on donne une pension de 72 l. et une veste de 15 l. par an aux vieillards valides qui ont encore un asile et peuvent s'occuper à des travaux passagers : ce sont là des suggestions que l'on retrouvera en floréal an II dans le rapport de Barère sur l'assistance dans les campagnes.

Quatrième principe : Montlinot est très hostile au mendiant de race, cette écume de la Nation, et il ne voit de solution véritable que l'exportation dans les colonies, « *pour le bonheur même de l'individu* » : « *Si le gouvernement veut tirer quelque parti des femmes, qui quoique débauchées n'ont pas perdu la faculté de se reproduire, si le gouvernement veut diriger les hommes sans propriétés vers l'utilité générale, il faut mettre en mouvement les vagabonds, et leur offrir une immense étendue de terrain à parcourir : ne pouvant plus tourmenter une société existante, ils finiront par se civiliser* ».

On voit que les thèses de Montlinot étaient sur certains points hardies et que, fort de son expérience, il pensait qu'aucune solution hors la translation n'existe pour le mendiant professionnel, ou de race : « *L'on ne fait pas vivre d'aumônes celui qui ne loue pas ses bras à vil prix, celui qui veut jouir sans travail pénible, et (...) c'est une chimère que de prétendre fixer le vagabond avec le modique salaire des journaliers ; c'est cependant contre cette espèce d'hommes qu'il faut sans cesse tenir en armes près de quatre mille cavaliers de maréchaussée* ».

Montlinot fut chargé en 1788 par Necker d'une mission particulière : « *rechercher les causes de la progression énorme des enfants trouvés de la généralité de Soissons depuis la loi publiée en 1779* ». Il dut inspecter les sept hôpitaux de la généralité chargés d'administrer les enfants trouvés, et en 1790 il publie, à l'Imprimerie royale, le compte rendu de sa mission : *Observations sur les enfants trouvés de la généralité de Soissons*. Ce rapport est très éloquent : il montre bien à la fois l'esprit d'observation de Montlinot et son penchant à bâtir des systèmes. Retenons de cet essai quelques propositions.

Première proposition : il faut aider les familles indigentes. « *La cause de la misère la plus générale et la plus difficile à prévenir, c'est la fécondité même des familles indigentes. Pour diminuer autant qu'il est possible l'abandon des enfants légitimes, il faut donc commencer par secourir les ménages*

Un observateur des misères sociales : Leclerc de Montlinot (1732-1801)

Guy Thuillier

Association pour l'Etude de l'Histoire de la Sécurité Sociale

Le chanoine de Montlinot a été un expert reconnu en matière de mendicité et d'enfants trouvés, et de 1794 à 1800 il eut un rôle important dans la politique sociale de la Convention et du Directoire. C'est pourquoi Guy Thuillier présente ses écrits de doctrine : le *Discours sur la mendicité* de 1779, les rapports sur la maison de travail de Soissons de 1782 à 1786, l'*Essai sur la mendicité* de 1789, les *Observations sur les enfants trouvés de la généralité de Soissons* de 1790. Montlinot est une personnalité énigmatique : philosophe et homme de terrain, bureaucrate laborieux, projeteur habile, il était bien vu de Necker et a collaboré avec La Rochefoucauld-Liancourt, Barère, François de Neufchâteau, Lucien Bonaparte, ce qui montre une certaine souplesse. Il avait l'esprit clair, de la flexibilité, du bon sens, une bonne plume, qu'il prêtait volontiers aux puissants du jour et aimait jouer avec les idées.

pauvres, non par des aumônes, mais en honorant la fécondité, car la misère des journaliers à la campagne est extrême, quand ils sont surchargés d'enfants en bas âge. La pauvreté simple peuple, mais l'indigence détruit. C'est dans ce dernier terme de détresse que le pauvre quitte son domicile et expose ses enfants ». Montlinot propose, là encore, un système de pensions : « *On ne peut espérer de détruire l'abandon des enfants légitimes que par de petites pensions accordées aux ménages pauvres qui auraient plus de trois enfants en bas âge. Les mères qui nourrissent auraient la préférence pour ce genre de secours. Mon cœur oppressé se soulage quand je pense que trois mille pensions de 40 l. sur une population de 400 000 attacheraient quelque consolation aux nœuds du mariage des Pauvres...* ». Il n'est pas impossible, soutient-il, de trouver les 120 000 l. nécessaires en utilisant les revenus des fondations et les impositions extraordinaires consacrées jusqu'alors à la construction de bâtiments. Deuxième proposition : on doit enlever la responsabilité générale des enfants trouvés aux hôpitaux, qui sont mal administrés et qui sont régis par de faux principes. Montlinot, comme en 1779, est très hostile aux hôpitaux : « *Une faute que le gouvernement a faite, suivant mon opinion, a été de charger les hôpitaux des en-*

fants trouvés. On auroit dû prévoir que toutes ces maisons, gênées par le défaut de fonds, donneraient à ce nouveau genre de bienfaisance toute l'extension possible, leur composition actuelle éloigne toute espèce de réforme, d'inspection, leur tournure monastique y fait enter les abus sur l'amour propre, et jamais les grands hôpitaux ne se réformeront eux-mêmes » et d'insister sur les maux créés par l'hôpital : « *Partialité dans le renvoi de quelques enfants légitimes (...), menaces aux nourrices qui ont formé des plaintes. Qu'on a eu raison de dire qu'un administrateur d'hôpital avait plus de moyens pour défendre un abus, que le premier Ministre des Finances n'avait d'autorité pour le détruire. Ce n'est pas le lieu, de développer cette idée ; il suffit de savoir que le moyen le plus propre à dégrader l'espèce humaine, est d'offrir à des enfants la morale sans réciprocité et le travail sans profits. Ajoutez à cela la taciturnité du despotisme, l'ignorance profonde de toutes les convenances sociales, de longues prières sans motif, le fouet, les verges, et toute la barbarie d'un régime inventé par des moines, et l'on verra alors comment, des hôpitaux, sortent des êtres vils et dégradés. Il m'a toujours paru inhumain de renfermer des enfants légitimes, des enfants de la patrie dans de longues loges qu'on appelle ouvriers, tandis qu'avec de pareils enfants on peuplerait les campagnes : c'est à des enfants qui tiennent à toutes les espérances de la Société, qu'il faut faire respirer un air libre : ceux-là seuls peuvent remplacer les générations que notre luxe arrache à l'agriculture. S'il est une sorte de réprobation légale, s'il est nécessaire d'avoir des victimes par les arts et les métiers destructeurs, c'est parmi les enfants illégitimes qu'il faut les choisir. Ainsi quand tout pousse les enfants d'hôpitaux dans les campagnes, tout ramène les enfants illégitimes dans les villes ; des milliers ont été élevés dans la généralité de Soissons, il n'y en a pas deux de mariés dans des villages : toutes ces générations élevées à grands frais, s'écoulent comme l'eau des fleuves et vont s'engouffrer dans les lieux où l'on enchaîne le crime et la misère* ».

Troisième proposition : séparer le sort des enfants légitimes et celui des enfants illégitimes est nécessaire : « *Aucun enfant légitime ne sera renfermé dans les hôpitaux, tous seront élevés à la campagne, et répartis le plus également possible sur tous les points du Département, où se trouvent des hôpitaux et des Comités de bienfaisance. Les enfants illégitimes seront sous la tutelle immédiate des municipalités, partout où elles existeront. Il y aura un lieu destiné à recevoir les enfants Jusqu'à* (suite p.8)

**SEMINAIRE BABEL
Psychanalyse et littérature**

ANNÉE 2001 - 2002

Amphithéâtre : entrée par le hall de l'hôpital
Le mardi à 20 h 30 précise

Coordination : Dr M. Corcos, Dr P. Lévy-Soussan Dr E. Sabouret

- Mardi 2 octobre 2001 : M. Makarius, *Le temps de l'intime*, autour de la Peinture : *Vuillard et Morandi*
- Mardi 6 novembre 2001 : J.B. Pontalis, *Autour de nouvelles de H. James*, « *Le pan de la désolation* »
- Mardi 4 décembre 2001 : D. Widlöcher, *Transfert de pensée*, E.A. Poe, *Double assassinat dans la rue*.
- Mardi 8 janvier 2002 : R. Waintrater, *R. Antelme*, « *Après les camps : le retour à la parole chez les survivants* ».
- Mardi 5 février 2002 : B. Brusset, *Les chats de Baudelaire*.
- Mardi 2 avril 2002 : D. Bochereau, *Vivre, rêver, écrire*, A. de St Exupéry, *Le petit prince*
- Mardi 7 mai 2002 : P. Fedida, *Lolita*, Nabokov.
- Mardi 4 juin 2002 : E. Sabouret, *Autour de E. Schiele*.

Département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Pr Philippe Jeammet, 42 boulevard Jourdan, 75014 Paris. Tél. : 01 56 61 69 19. Fax : 01 56 61 69 18. E-mail : maurice.corcos@imm.fr. Entrée : 80 frs

Psychose réactionnelle brève

Considérations cliniques à partir de l'étude de huit observations

Evolution historique du concept

Le concept de tableau psychotique en réaction à un événement déclenchant a vu le jour avec A. Meyer. Une vingtaine d'années plus tard, K. Jaspers définit ce qu'il appelle « *la réaction psychogène* », déclenchée par un facteur précipitant temporellement lié à l'état réactionnel, la réaction s'avérant compréhensible en regard du stress déclenchant. Jaspers est l'un des premiers à avoir tenté de relier l'histoire du sujet, sa constitution psychique et le type de stress subi, à la décompensation psychotique.

C'est avec les psychiatres scandinaves que le concept s'est imposé à partir d'études longitudinales menées sur plusieurs décennies. De Wimmer en 1916 à Jorgensen en 1985, ils tentèrent de préciser les caractères sémiologiques des psychoses réactionnelles, analysant la valeur de facteurs potentiellement déclenchant, les délais séparant le stress de la décompensation, les éléments cliniques, le type de personnalité exposé (introduisant par la même la notion de prémorbidité), l'évolution des épisodes psychotiques.

Tous se sont accordés sur la compréhensibilité du délire et ont insisté sur le potentiel déclenchant inhérent à la dynamique émotionnelle générée par l'événement et ont différencié les PRB des schizophrénies et des PMD. Par ailleurs, ils ont insisté sur le maintien d'un contact possible avec le patient, y compris en phase d'acutisation ainsi qu'une préservation des émotions. Enfin, ils ont constaté l'absence d'hérédité schizophrénique au sein d'une population de patients ayant présenté une PRB. Mc Cabe, en 1975, a fait le constat d'un fort potentiel récidivant et mis en évidence que l'influence de l'événement précipitant diminuait d'un épisode à l'autre (ce que nous confirmerons dans le cadre de notre étude de dossiers).

Les américains, tout comme les français, furent longtemps peu ouverts quant à la nécessité de catégoriser les PRB. Les américains n'individualisèrent le concept qu'à partir du DSM3 en 1980.

En France, les controverses furent nombreuses tant au sujet de la notion de prémorbidité (qui ne constituerait en rien une spécificité des tableaux psychotiques réactionnels), qu'à propos du principe de réaction, du fait d'une vision jugée par trop causaliste de la psychogenèse des états délirants aigus.

Y. Pélicier, en 1974, affirmait que « *la notion de réaction n'a jamais la valeur d'une explication causale. Elle signale des correspondances. Entre un événement et une personne, l'implication est réciproque, sans le premier la personne est anhistorique, sans la seconde l'événement est sans épaisseur ou sens* ». H. Ey insistait sur le fait que « *toute psychose est effectivement réactionnelle en ce sens qu'il n'y a pas de trouble mental qui ne soit en étroite relation avec l'histoire du sujet* ».

Néanmoins, sous l'impulsion des psychiatres militaires, étudiant tour à tour les effets des bombardements, de la captivité et de l'isolement, furent décrits des tableaux variés dans leur présentation : syndrome dit « du vent du boulet » sous Napoléon, confusion mentale de guerre, hypnose des batailles de Milian, psychoses hystéro-émotives, paniques col-

lectives à dimension hystérique, états stuporeux post-émotionnels, psychoses réactionnelles brèves à thématique mystique et, plus récemment, syndrome ou état de stress post-traumatique. Enfin, Cl. Barrois fit d'importantes observations concernant les jeunes appelés du contingent intégrant le service national.

Les conséquences de situations de captivité firent aussi l'objet d'études. Citons Stewart avec sa « *psychose des barbelés* », Carrot et Charlin en France qui, de 1941 à 1949 isolèrent les psychoses nostalgiques de captivité associant éléments dépressifs et signes de dissociation (généralement en lien avec une angoisse de séparation), les états réactionnels de libération, tableaux psychotiques brefs, rapidement résolutifs, observés au décours du rapatriement général de mai-juin 1945.

Plus récemment, les conflits tels que ceux du Vietnam, du Liban et de l'ex-Yougoslavie, donnèrent lieu à d'intéressants travaux sur le sujet.

Enfin et pour en terminer avec ces rappels historiques, il nous faut citer les travaux concernant la psychopathologie du patient migrant, que celle-ci soit la conséquence d'un déplacement massif de populations consécutif à un conflit armé, ou qu'elle se greffe sur une personne ayant migré dans un contexte plus habituel, lié à la notion d'attractivité économique. Un certain nombre d'auteurs (Eitinger en Norvège, Almeida et Pouget en 1975 en France) firent état d'une fréquence plus élevée de décompensations psychotiques aiguës au sein de populations transplantées comparées à des lots témoins autochtones. Beaucoup constatèrent la fréquence de délires de persécution, intervenant dans des contextes de déchirement culturel, avec crise identitaire majeure à fort potentiel destabilisant.

Le prochain colloque Médecine et Recherche consacré aux essais de vaccination contre l'Alzheimer

Les Colloques Médecine et Recherche que la Fondation Ipsen* consacre à la maladie d'Alzheimer abordent les thèmes actuels de l'alzheimerologie. Il n'est donc pas surprenant que le prochain, le 18^e de la série, soit dévolu aux travaux sur les possibilités d'immunisation contre la maladie d'Alzheimer, d'autant plus que des essais cliniques ont débuté. Ces essais portent sur la protéine β -amyloïde, mais comme les autres maladies neurodégénératives sont liées à l'agrégation de différents peptides dans le système nerveux central, on peut imaginer que la même stratégie s'applique à d'autres pathologies. Cette réunion se tiendra à Paris le mercredi 13 mars prochain ; elle est organisée par Dennis Selkoe (Boston) et Yves Christen (Paris). Dale Schenk (San Francisco), auteur des travaux pionniers en la matière, a accepté d'y participer.

B.L.

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

C'est en 1969, avec la classification de l'INSERM évoquant dans sa rubrique 041 les psychoses délirantes aiguës réactionnelles ou bouffées délirantes réactionnelles, puis avec la CIM9 et la CIM10, mais surtout avec le DSM3 paru en 1980 et sa révision de 1987, que le concept de PRB s'est imposé au niveau international.

Psychose réactionnelle brève : apports du DSM3 et du DSM3R

Le DSM 3 définit au sein des « *troubles psychotiques non classés ailleurs* », le tableau de psychose réactionnelle brève. La définition en est la suivante :

A) Présence d'au moins un des symptômes suivants témoignant d'une altération de l'appréhension de la réalité :

- incohérence ou relâchement marqué des associations,
- idées délirantes,
- hallucinations,
- comportement catatonique ou désorganisé.

B) Bouleversement émotionnel, c'est-à-dire variation rapide d'un affect intense à un autre, ou perplexité ou confusion extrême.

C) Survenue des symptômes de A et B peu de temps après, et apparemment en réaction à un ou plusieurs événements qui, isolés ou réunis, produiraient un stress marqué chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans la même culture.

D) Absence de symptômes prodromiques de la schizophrénie et personnalité ne répondant pas aux critères d'une personnalité schizotypique avant la survenue de la perturbation.

E) Au cours d'un épisode, la perturbation persiste de quelques heures à un mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement prémorbide.

F) Non du à un trouble psychotique de l'humeur (c'est-à-dire absence d'un syndrome thymique complet) et il ne peut être établi qu'un facteur organique a initié ou maintenu le trouble.

Le DSM3R, en 1987, a apporté certaines précisions : l'âge de survenue se situe à l'adolescence ou chez l'adulte jeune, les troubles régressent généralement en l'espace d'un ou deux jours, les personnalités paranoïaques, histrioniques, narcissiques, schizoïdes ou borderline sont particulièrement exposées.

Réflexions à partir de huit observations

Nous avons pris le parti, compte tenu des données de la littérature, de concentrer notre attention sur les quatre points qui furent les plus souvent discutés par le passé et qui nous paraissent, au vu de nos observations cliniques, induire certaines remarques.

Age de survenue

Toutes les décompensations psychotiques sont survenues chez des adultes jeunes âgés de 17 à 33 ans, avec une moyenne d'âge de 28 ans, inférieure à celle communément admise, ce qui est probablement lié au nombre restreint de dossiers.

Traits de personnalité prémorbide

Deux patients présentaient des traits de caractère d'allure schizoïde (type schizoïde-like) avec tendance au repliement sur soi. Chez deux autres patients sont individualisées une immaturité ainsi qu'une dépendance affective avec instabilité émotionnelle, dont le rôle dans la genèse d'un histrionisme peut être discuté. Ce type de trouble s'intégrait dans le cadre plus général de personnalité limite.

Une sensibilité est retrouvée chez un patient, deux patients ne présentaient pas de troubles patents de la personnalité. Enfin, nous n'avons

LIVRES

Attaques de panique et agoraphobie

Dominique Servant
Masson

Après avoir exposé l'historique et les principaux modèles d'attaques de panique et de l'agoraphobie, ce livre présente les cas cliniques les plus fréquents avec une attention particulière pour ceux concernant l'enfant et l'adolescent. Il aborde ensuite la prise en charge ainsi que les traitements (médicaments et psychothérapies) en soulignant que le dépistage et ces soins concernent des cliniciens de disciplines médicales et de pratiques psychothérapeutiques de plus en plus différentes. Une dernière partie est consacrée aux éléments pratiques (questionnaires et éléments d'évaluation), un module de thérapie comportementale et cognitive étant détaillé.

Saussure : la langue et sa représentation

Sémir Badir
L'Harmattan

Ouvrage posthume édité par ses élèves, le célèbre *Cours de linguistique générale* expose la découverte de « la » langue par Saussure. Cette étude en propose une lecture dans le but de déterminer le statut de la représentation dans son rapport avec la langue. Les langues font l'objet de descriptions, au même titre que les atomes, les espèces animales ou les fluctuations du marché économique. Pour les décrire, il faut des instruments : des signes le plus souvent empruntés au langage naturel. Mais c'est déjà par des signes, oraux, écrits, que les langues se manifestent dans l'usage quotidien. Aussi, existe-t-il en linguistique un risque, à la fois subtil et persistant, de confondre les signes qui servent à la description des langues avec ceux qui rendent ces langues présentes à l'œil et à l'oreille des locuteurs.

L'individualisation de la peine De Saleilles à aujourd'hui

Sous la direction de Reynald Ottenhof *
Erès

Cent ans après Saleilles, l'individualisation de la peine demeure d'actualité. Même rebaptisée dans le nouveau Code pénal sous le terme de personnalisation, elle n'a cessé d'être la clé de voûte de la pénologie moderne. La pratique comme les recherches empiriques montrent, cependant, les limites rencontrées lors de la mise en œuvre du principe. Pour comprendre les raisons d'un tel paradoxe, il convient de revenir à Saleilles et à son ouvrage paru en 1899. Cent ans après sa parution, une réédition s'imposait et on constate que, déjà, il pointait la difficulté que représente la conciliation entre le besoin d'expiation éprouvé par le corps social, et la nécessité de proportionner la peine à la personnalité du délinquant. Les spécialistes de la criminologie réunis dans cet ouvrage invitent à réfléchir à la vision de l'homme qui sous-tend aujourd'hui le système de justice pénale constitué d'infractions et de sanctions. Leurs analyses et leurs recherches viennent alimenter un débat très actuel.

*avec la participation de Cécile Barberger, Michel Beloncle, Bruno Cotte, Pierre Couvrat, Marie-Clet Desdevises, Anne-Marie Favard, Christine Lazerges, Henri Le Gall, Gérard Lorho, Pierrette Poncela, Denis Salas, Catherine Samet, Françoise Tulkens.

LIVRES

**Santé Mentale et travail
L'émergence de la
psychopathologie du travail**Isabelle Billiard
La Dispute

Cet ouvrage est issu d'une thèse reprenant l'histoire de la psychopathologie du travail au cours du XX^{ème} siècle. Dans une première partie, l'auteur évoque les conceptions prédominantes de la fin de la première guerre mondiale aux années 60, de l'usage rationnel de la main d'œuvre comme capital humain à la reconnaissance progressive du facteur humain. La psychopathologie du travail, quant à elle, tentait une démarche expérimentale et objective, ne prenant pas en compte l'interaction entre la réalité du travail et l'homme. Vient ensuite l'évolution du dispositif psychiatrique, avec l'apparition des thérapies actives, sociothérapie et ergothérapie, ainsi que la création des CTRS, exploitant les potentialités restructurantes et resocialisantes du travail comme levier de réadaptation sociale au prix, cependant, d'un glissement entre travail thérapeutique et réadaptation au travail avec l'apparition de nécessités de rendement. Dans le même temps, des objectifs de prévention de la maladie mentale dans les milieux professionnels se sont précisés, la Commission d'Hygiène Mentale permettant d'instituer la psychiatrie du travail. C'est aussi l'époque de la Ligue d'Hygiène Mentale, du Livre Blanc de la Psychiatrie Française, de la création de l'Elan retrouvé. Paul Sivadon, Claude Veil et Louis Le Guillant ont tenté d'aborder une clinique et une analyse spécifiques du travail, mais qui demeurent unitaires. Enfin, l'auteur reprend les premières étapes de la formation de la psychopathologie du travail, opérant un rapprochement entre travail réel et travailleur. La difficulté est alors de se détacher de la pathologie mentale avérée, et d'étudier la zone d'ombre où le travailleur ne manifeste aucun trouble mais se trouve en décalage avec les normes imposées. La psychanalyse, quant à elle, ne parvenait pas à s'attacher à la réalité du travail même si elle permet d'aborder la subjectivité du travailleur. Cet ouvrage, très documenté, fait le point sur l'histoire de la psychopathologie du travail, démarche qui, bien qu'ancienne, ne semble parfois n'en être qu'à ses premiers pas.

Sabine Mouchet

Temps et modernitéPhilippe Zarifian
L'Harmattan

Professeur de sociologie à l'université de Marne-la-Vallée, Philippe Zarifian oppose le temps spatialisé, quantitatif, qui « impose sa dictature » (y compris avec les 35 heures), et un temps devenir, qui confronte chaque personne à l'incertitude de son lendemain. Il défend une « sociologie du devenir », avec quatre propositions : être attentif aux événements et à leur impact sur les sujets (ce qu'il appelle la « contre-effectuation » comme réappropriation et réorientation par les individus de ce qui peut les déstabiliser), intégrer les enchevêtrements et les conflits dans un devenir collectif, dépasser une sociologie de la régulation et de l'identité pour ne pas s'enfermer dans une recherche systématique de cohérence et d'ordre ; enfin accepter que la conscience et le langage ne puissent pas tout dire. Cela implique une préoccupation éthique et une attitude critique permanentes. Au bout du compte, la frontière n'est pas nette entre cette conception de la sociologie et la philosophie. Qui s'en plaindra ?

Marcel Jaeger

pas d'éléments permettant de caractériser le dernier dossier concernant la pré-morbidité. L'histoire des patients permet d'envisager la notion d'histoire prémorbide, faite de ruptures à répétition, qu'elles soient d'ordre géographique, sentimental, social, politique ou culturel, celles-ci pouvant, à terme, déboucher sur la constitution d'une personnalité vulnérable à haut risque de décompensation psychotique brève. Rappelons que tout sujet soumis à un stress majeur, présente un risque de réaction psychotique lié à un facteur déclenchant, en l'absence de toute anomalie prémorbide (G. Langfledt distinguait les psychoses réactionnelles psychogènes et les psychoses réactionnelles constitutionnelles, les premières étant indépendantes de toute pré-morbidité). Le stress peut manquer, pour être remplacé par un événement signifiant en regard de l'histoire traumatique, ce qui nous amène à évoquer le concept de « kindling » ou embrasement, théorie biologique concernant l'épilepsie dont on peut discuter le bien-fondé quant à l'hypothèse d'un abaissement du seuil d'embrasement psychique lorsqu'un sujet est confronté à une succession de psycho-traumatismes.

Stress déclenchant

Cinq patients ont présenté dans les quinze jours précédant l'accès un stress ou un contexte stressant ayant pu participer au trouble. La perte ou l'accompagnement d'un proche gravement malade sont classiquement retenus comme potentiellement destabilisants. Nous l'avons constaté chez trois patients.

Les incertitudes professionnelles pèsent d'un poids non négligeable en matière de potentiel déclenchant. La menace de licenciement, par l'attente anxieuse qu'elle génère (phénomène à rapprocher de la période de rumination du syndrome de stress post-traumatique) est apparue comme susceptible de favoriser une PRB. Notons, à ce propos, l'inclusion récente par l'OMS de l'item « perte de travail », dans la catégorie des stress majeurs. Dans le même registre, l'annonce d'une promotion, le surmenage professionnel, notamment dans le cadre d'une concurrence pour l'obtention d'un poste se sont révélés déclenchants. Le monde du travail, dans une conjoncture économique difficile où depuis plus de vingt ans les critères de sélection tournent autour de la compétitivité, de la mobilité, de l'adéquation à un moule social, confronte à des remaniements narcissiques et parfois à l'échec, autant de facteurs générateurs de tensions psychiques à haut risque de décompensation psychotique.

Symptomatologie

Du fait des récurrences constatées chez certains de nos patients, nous avons procédé à une analyse sémiologique de 11 épisodes délirants.

| | |
|---|---|
| - Labilité émotionnelle..... | 5 |
| - Anxiété majeure | 5 |
| - Perplexité | 5 |
| - Délire mystique | 4 |
| - Agitation, agressivité..... | 4 |
| - Délire de persécution..... | 3 |
| - Scepticisme identitaire | 3 |
| - Propos et comportements incohérents.... | 3 |
| - Etat confusionnel..... | 2 |
| - Catatonie | 2 |
| - Hallucinations visuelles..... | 2 |
| - Dépression | 1 |

Une fluctuation émotionnelle rapide est constatée au cours de 5 épisodes. Cette labilité apparaît essentielle au diagnostic de PRB ainsi que le souligne le DSM3R. Il est à noter que perplexité et états confusionnels, symptômes intégrés dans le même cadre que le bouleversement émotionnel sont présents six fois. Au total, labilité, perplexité, et confusion, caractères issus du cadre B du DSM3R apparaissent huit fois sur onze. La symptomatologie délirante est dominée

par les délires mystiques et de persécution. A noter la fréquence non négligeable d'un scepticisme portant sur la question identitaire. Les propos et comportements incohérents reflètent d'un « relâchement marqué des associations », la catatonie et les hallucinations apparaissent à sept reprises, ce qui est conforme aux symptômes décrits par la classification américaine. La préservation du contact est quasi permanente. Concernant la durée de la décompensation, le DSM3R précise que la perturbation peut persister de quelques heures à un mois mais que, généralement, les troubles régressent dans les 48 heures. Pour ce qui nous concerne, la moyenne observée est de 7 jours.

Discussion**Sur le rapport stress-prémorbidité-décompensation**

Nous avons évoqué la prudence nécessaire concernant l'association stress-décompensation et pré-morbidité-décompensation. Des psychoses brèves sans stress majeur identifiable apparaissent en réaction à un événement que nous qualifierons de « signifiant » en regard de l'histoire du sujet et on peut proposer une extension du concept de « kindling » comme hypothèse psychopathologique apte à rendre compte d'une décompensation psychotique réactionnelle à un fait pouvant apparaître a priori comme banal. Nos observations montrent la fréquence des destabilisations en lien avec des phénomènes générateurs de tensions vécues dans le cadre professionnel, notion peu connue avant, le contexte socio-économique actuel.

Quant à la prémorbidité, s'il est clair que certains sujets, souffrant d'un trouble de personnalité, sont susceptibles de décompenser sous la forme d'une PRB, on ne peut méconnaître la possibilité, pour tout un chacun, de vivre des expériences de déstructuration en présence d'un stress majeur. Les vagues terroristes que notre pays a connues dans les années 80 l'ont démontré et ont permis une prise de conscience se matérialisant par la création de cellules d'urgence médico-psychologiques, aptes à prendre en charge de façon précoce, les éventuels troubles psychiques causés par une agression de forte intensité (catastrophe naturelle, accidents gravissimes etc...). Ces cellules se penchent, en particulier, sur le SSPT ou syndrome psychotraumatique, qui intègre la notion de dépersonnalisation. Or, dans ce cadre, il ne semble pas qu'il soit possible de faire état de troubles de personnalité préexistants même s'il faut se montrer prudent du fait du peu de recul dont nous disposons et des difficultés à recueillir des informations fiables.

Le concept d'embrasement psychique

Il rend compte de l'abaissement du seuil épiléptogène avec la répétition des crises. Par le fait de stimulations successives, les intensités de stress et de réaction ne seraient plus corrélées. Des études récentes, menées en institution auprès de patients souffrant de maladie d'Alzheimer, de démence alcoolique ou vasculaire ont montré l'importance du rôle joué par la répétition des stress dans la genèse de troubles du comportement.

Notre travail, ainsi que celui réalisé par les auteurs scandinaves, montre qu'avec le temps, tout sujet confronté à une histoire traumatique, abaisse, peu à peu, son seuil de réactivité. On peut faire l'hypothèse d'une mémoire du traumatisme en lien avec les émotions, mémoire sous-tendue par des structures anatomiques notamment limbiques (noyau amygdalien, hippocampe...) impliquées dans les processus émotionnels et de mémorisation.

Confrontation du concept de kindling à nos observations

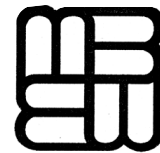
Six épisodes de décompensation relèvent, compte tenu de la discordance d'intensité entre le stress et la réaction, d'un embrasement. Nous en donnons les caractéristiques essentielles :

- Dossier n°1, Mme R. 22 ans :
 - Naissance de père inconnu.
 - Climat conflictuel pendant l'enfance et l'adolescence avec le beau-père.
 - Victime d'une explosion par le gaz à l'âge de 12 ans suivie de 10 jours de mutisme total.
 - Dépression maternelle avec hospitalisation, également à l'âge de 12 ans.
 - Fausse-couche récente à 4 mois et demi de grossesse.
 - Dispute avec le beau-père précédant la décompensation.

Cette observation présente de caractères conformes à la théorie du kindling :

- Interrogation identitaire.
- Succession de stress de forte intensité.
- Une décompensation psychotique dans les suites d'une dispute banale.
- Dossier n°4, Mr P. 33 ans cumule une histoire dite « pré-morbide » ainsi qu'une succession de stress :
 - Instabilité géographique.
 - Instabilité sentimentale.
 - Séparation parentale, alors qu'il a 5 ans.
 - Père décédé par crise cardiaque, alors qu'il a 11 ans.
 - Mère atteinte d'un cancer du sein puis décédée par suicide alors qu'il a 17 ans.
 - Stress déclenchant : confrontation à une menace de licenciement.

Cette observation associe une déficience identitaire liée au conflit puis à une séparation

Le 24^{ème} Secteur de Paris

recherche

**Assistant
Spécialiste en Psychiatrie
Adulte**

Contacter :

Service du Docteur Linda Salvarési - Secteur La Chapelle Goutte d'Or - 75G24
3, avenue Jean Jaurès - 93330 Neuilly-sur-Marne
Tél. : 01.49.44.33.33 - Fax : 01.49.44.58.33

CONFÉRENCE DE PRESSE

Le Reminyl® (galantamine), qui a reçu l'AMM le 3 septembre 2001 est le premier traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer (MA) présentant un double mode d'action, associant l'inhibition de l'acétylcholine à une modulation allostérique des récepteurs nicotiniques. La maladie touche environ 400 000 personnes en France selon l'étude prospective PAQUID. Sa prévalence et son incidence augmentent considérablement avec l'âge, notamment après 75 ans. 15% des personnes âgées de 75 ans sont atteints de MA dont 4 à 5 % souffrent d'une forme sévère. La MA est la quatrième cause de mortalité dans les pays occidentaux. La MA débute par un déficit mnésique, des troubles de l'attention et de la concentration, une désorientation temporo-spatiale, des difficultés d'apprentissage et des troubles du raisonnement. Les troubles du comportements (agressivité, agitation, désinhibition) voire un syndrome paranoïaque ne viennent que dans un deuxième temps avec une perte progressive d'autonomie. La maladie évolue pendant environ une dizaine d'années. Le déficit de l'apprentissage et de la mémorisation est fortement corrélié avec le déficit cholinergique et la perte des récepteurs nicotiniques. L'inhibition des récepteurs nicotiniques par le peptide β -amyloïde pourrait expliquer les déficits cognitifs de la MA. Les récepteurs nicotiniques semblent impliqués dans la survie neuronale. La nicotine induit une amélioration des performances de mémoire de travail. Le récepteur nicotinique est constitué de 5 sous-unités autour d'un canal ionique. Réminyl® module les récepteurs nicotiniques en assurant une meilleure fixation de l'acétylcholine. Il facilite également la libération d'acétylcholine par stimulation des récepteurs présynaptiques. C'est le seul traitement de la MA qui présente aujourd'hui ce double mécanisme d'action. Administré précocement, Réminyl® permet de retarder d'au moins 12 mois l'apparition des troubles cognitifs et d'au moins 5 mois l'apparition des troubles du comportement. Sa tolérance au cours des essais cliniques est bonne. La posologie quotidienne usuelle est de 16 mg/j (2 x 8 mg/j). La dose pendant le premier mois est à 8 mg/j (2 x 4 mg/j). Réminyl® est disponible en comprimés dosés à 4 mg, 8 mg et 12 mg. Des essais comparatifs avec les autres inhibiteurs de l'acétylcholinestérase sont en cours. ■

Vesselin Petkov

« Reminyl, une nouvelle avancée dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer », Conférence de presse Janssen-Cilag, le jeudi 13 septembre, Paris. Intervenants : Professeur Jean-Marc Orgogozo, Groupe Hospitalier Pellegrin, Bordeaux ; Professeur Michel Bourin, Faculté de Médecine, Nantes ; Docteur Christophe Tessier, médecin produit Janssen-Cilag.

des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Masson, XLVII^e session, 1949, 99-102.

ALMEIDA Z., *Les perturbations mentales chez les migrants*, L'information psychiatrique, 1975, 51, 3, 249-281.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Comitee on nomenclature and statistics, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Third edition, Washington DC, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Comitee on nomenclature and statistics, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Revised third edition, Washington DC, 1987.

BARROIS C., BAZOT M., *Réflexions sur la psychogénèse des états psychotiques aigus*, Annales médicales psychologiques, 1975, 2, 1, 166-176.

BAYLE J.M., *La « kindling modélisation » en psychiatrie*, Psychologie médicale, 1988, 21, 4, 239-246.

BOUSTANY A., *Etat de guerre et troubles psychiques, A propos de l'expérience libanaise*, L'information psychiatrique, 1994, 70, 2, 110-115.

BRIOLE G., VALLET D., *Pathologie traumatique des volontaires de l'aide humanitaire*, Nervure, 1995, 8, 6.

CHARLIN M.A., *Psychoses réactionnelles et captivité*, Rapport du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Masson, XLVII^e session, 1949, pp 90-98.

CHATAGNON P.A., *Psychoses réactionnelles (de la légitimité, des limites des psychoses réactionnelles)*, Rapport du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Masson, XLVII^e session, 1949, pp 55-80.

CREMIEUX A., MERLAND A., CAIN J., FABRE, *Recherche des critères de légitimité des psychoses réactionnelles*, Rapport du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Masson, XLVII^e session, 1949, pp 86-89.

EITINGER L., *The symptomatology of mental diseases among refugees in Norway*, J. Mental sciences, 1960, 106, 947-966.

EY H., *Bouffées délirantes et psychoses hallucinatoires aiguës*, Etudes psychiatriques, Bibliothèque neuropsychiatrique de langue française, pp 201-211.

FARGEMAN P.M., *Psychogenic psychosis*, Butterworths, London, 1963.

GRAPPE M., *Les réfugiés de Vukovar et de Bosnie*, L'information psychiatrique, 1994, 2, 123-132.

GUILLOUX J., *Psychoses réactionnelles brèves, Historique, clinique, apports transculturels*, Congrès de neuropsychiatrie de langue française, Masson, 1988, pp 326-332.

HEINZ E., LEHMANN M.D., *Unusual psychiatric disorders, Atypical psychosis and brief reactive psychosis*, Comprehensive textbook of psychiatry, 1980, 2, 3^e édition.

INSERM, *Classification française des troubles mentaux*, Bulletin Inserm, 24, 1968, suppl. 2.

JASPERS, *Psychopathologie générale*, Bibliothèque de philosophie contemporaine, Paris, 1928.

JORGENSEN P., *Long-term course of acute paranoid psychosis*, Acta psychiatrica scandinavia, 1985, 71, 30-37.

KAPUR L., PANDURANGI A.K., *A comparative study of reactive psychosis and acute psychosis without precipitating stress*, Brit. Journ. of Psychiat., 1979, 135, 544-550.

LANGFELDT G., *The schizophreniform states*, Oxford university press, Humphrey Milord, Copenhagen, 1939, pp 1986-2000.

McCABE M., STROMGREN E., *Reactive psychosis, A family study*, Arch. Gen. Psychiatry, 1975, 32, 447-454.

ODEGAARD, *Emigration and insanity*, Acta psychiat. Neurol. Sear, 1932, suppl. 4.

PICHOT P., *The concept of « bouffée délirante » with special reference to the scandinavian concept of reactive psychosis*, Psychopathology, 1986, 19, 35-43.

POUGET R., *Troubles psychiatriques chez les français musulmans immigrés*, Annales médico-psychologiques, 1975, 2, 3, 541-561.

WIMMER A., *Psykiogene Sindsygdformformer. Set hans hospital*, Jubilaumskrift Gad, Copenhagen, 1916.

WORLD HEALTH ORGANISATION, *Ninth revision of the international classification of diseases*, Geneva, Switzerland, 1978.

WORLD HEALTH ORGANISATION, *The ICD 10 classification of mental behavioral disorders*, Geneva, Switzerland, 1992.

Conclusion

On doit évoquer une psychose réactionnelle brève :

1. Devant un tableau psychotique d'installation brutale avec symptomatologie délirante à thèmes mystiques ou de persécution, avec un certain niveau de conscience permettant un contact.

Les affects sont préservés mais parfois inappropriés. L'imprégnation et la labilité émotionnelles sont quasi constantes.

2. En présence d'un stress majeur dans les 15 jours qui précèdent la décompensation compréhensible en regard du stress causal et/ou de l'histoire du sujet. Il importe de préciser les antécédents à la recherche de stress graves, à point de départ fréquemment infantile, d'intensité souvent décroissante, la décompensation psychotique pouvant alors se manifester à la suite d'un événement apparemment inadéquat mais pourtant déclenchant parce que signifiant. La modélisation du « kindling » faisant état d'une baisse progressive du seuil d'embrasement psychique en réponse à l'accumulation des expériences traumatiques au sein desquelles les questions d'ordre identitaire et les ruptures de filiation apparaissent au premier plan nous paraît pertinent. Une histoire pré-morbide, faite de ruptures, d'ordre géographique, sentimental, social, politique ou culturel, peut favoriser une personnalité vulnérable à haut risque de décompensation psychotique brève.

3. Le trouble évolue rapidement vers la guérison sans séquelles, après une durée de 1 à 15 jours. ■

F. Sintzel*, A. Girard**, J-P. Chabannes***

*Assistant-généraliste, Service de psychiatrie adulte du Dr Girard, Hôpitaux du Léman, 74203 Thonon

**Psychiatre des Hôpitaux, chef de service de psychiatrie adulte, Hôpitaux du Léman, Thonon

***Psychiatre des Hôpitaux, CHS de St Egrève, 3 rue de la gare, BP 100, Saint-Egrève Cedex

Bibliographie

ALLIEZ J., DIATKINE L., *Réactions psychopathiques observées dans la population civile à l'occasion d'événements de guerre*, Rapport du congrès

parentale, une histoire saturée de ruptures d'abord subies du fait des choix parentaux (déménagements fréquents dans différents pays), puis construites sous la forme d'une trajectoire sentimentale cahotique. On retrouve les stress habituellement retenus par la classification des « life-events » : accompagnement puis décès de proches, précédant une décompensation psychotique survenue dans le contexte d'une situation professionnelle insoutenable.

• Dossier n°6, Mr D. 27 ans a connu 2 épisodes de décompensation psychotique brève à un an d'intervalle, dans un contexte professionnel associant un surmenage important et des difficultés relationnelles avec des collègues.

L'anamnèse révèle :

- un traumatisme grave vécu pendant le service militaire associant violences sexuelles, physiques et psychologiques,

- une seconde agression sexuelle ayant précédé la première décompensation,

- une seconde décompensation consécutive à une altercation avec des collègues.

• Dossier n°8, Mme LD âgée de 32 ans, présente une histoire pré-morbide faite de ruptures géographiques et sentimentales ainsi qu'une succession de stress majeurs : divorce parental avec violences, chantage affectif avec conflit de loyauté, confrontation à l'assassinat resté inexplicable du père, décès récent d'un professeur ayant précédé de peu une première décompensation, menace d'infertilité à l'origine d'une seconde décompensation psychotique.

Ces observations indiquent le majeur joué par la succession des psychotraumatismes, leur décroissance fréquente en terme d'intensité finalement non corrélée à celle de la réaction, spectaculaire. Une histoire pré-morbide génératrice d'une vulnérabilité en relation avec un abaissement du seuil de réaction a rencontré un événement banal, mais signifiant, qui peut avoir des vertus potentiellement pathogènes. Par « signifiant », nous faisons référence à des situations s'avérant ingérables parce qu'en écho à des moments traumatiques antérieurs qui, par le fait de leur accumulation, ont conduit à un effondrement des capacités d'adaptation psychique.

LIVRES

La psychopathologie et la philosophie de l'esprit au salon

F. Armengaud, C.J. Blanc, P. Belzeaux, J. Birenbaum, J. Chazaud, J.C. Colombel, A. Fernandez-Zoila, A. Fournier, J. Grignon, G. Lanteri-Laura, P. Marchais, R.M. Palem, P. Prats, K. Wegener, D. Widlöcher
L'Harmattan

Au moment des nouvelles pathologies et du développement exponentiel des neurosciences, cet ouvrage regroupe des travaux sur les problématiques des Inconscients (phénoménologique, psychanalytique, cérébral) et du devenir conscient, des hallucinations, du délire et de l'expérience mystique, de l'épistémologie, du « Mind-Brain Problem », de la Psychanalyse et de la Psychiatrie, des Portulans de l'Esprit, de l'énonciation et de la pragmatique, des paradigmes et des structures.

L'enfant et son histoire. Vers une clinique narrative

Martine Lani-Bayle
Erès

Si la transmission de la vie psychique entre les générations fait les beaux jours de la psychanalyse, force est de constater que l'individu ne peut être considéré comme l'héritier passif de son passé généalogique et qu'il devra construire lui-même sa propre histoire. A condition que rien ne vienne y faire obstacle. En effet, il est question là, de ces « fantômes » qui planent parfois lourdement sur le développement de la personne, de ces secrets, « points aveugles » ou « interdits de savoir » qui empêchent d'exister. C'est une longue expérience de psychologue que vient nous narrer Martine Lani-Bayle, d'enfants qui souffrent de ne pas vivre dans leur famille de naissance ou qui souffrent d'y vivre. Elle nous dit le danger de tomber dans une attitude « psychiste » qui tend à expliquer la vie des autres par des enchaînements linéaires inéluctables, d'autant que les situations sont « caricaturales ». Par contre, elle nous montre tout l'intérêt d'une démarche patiente qui donne à l'enfant l'occasion de « dire son histoire pour vivre sa vie ». Ceci se fait grâce à des démarches comme les « arbres » ou les « histoires de vie » qui permettent de mettre progressivement des mots sur ce qu'elle appelle « l'insu », ce que l'enfant sait sans le savoir, afin de réduire ses discordances et donc ses troubles. Là où le récit devient possible, le sens apparaît et génère le savoir qui permet de se construire et de construire.

Yves Contejean

Inventons la famille

Françoise Dekeuwer-Défossez, Norbert Rouland, Philippe Jeammet et Albert Donval
Bayard

Dans ce livre, un juriste démontre que la notion de famille n'existe pas en tant que telle dans le droit français. Un anthropologue souligne au contraire la diversité des modèles au sein de chaque culture, un psychanalyste analyse l'ambiguïté des liens unissant les parents à leurs enfants et un sociologue défend le couple conjugal trop souvent marginalisé au profit du couple parental. Chacun puise dans sa discipline les éléments de réflexion nécessaires, pour donner une vision personnelle de la notion de famille comme elle peut être perçue aujourd'hui.

LIVRES

L'éducateur spécialisé en question(s)

Jean Brichaux

Erès

« Doux rêveur, vaguement écologiste, se prenant la barbe dans le klaxon de sa deuche » dans les années soixante-dix, qu'est devenu l'éducateur dit spécialisé aujourd'hui ? Jean Brichaux fait la démonstration qu'un changement radical s'est opéré, avec la constitution d'une profession à part entière. Dans un contexte de dégradation du lien social et de violence, les éducateurs spécialisés travaillent à redonner du sens et sont payés pour cela. Ils occupent une position stratégique, pas toujours facile à assumer, « à la croisée des univers scolaire, parascolaire et social ». Cela suppose des connaissances, des compétences, mais surtout une capacité à s'investir personnellement et à gérer des relations difficiles avec un postulat « croire inconditionnellement en l'éducabilité de l'usager ». L'auteur n'étant pas lui-même éducateur, on n'y verra pas un plaidoyer pro domo. Son livre est, d'abord, une analyse très fine d'un processus de professionnalisation et des courants de pensée qui traversent le champ de l'éducation spécialisée. Il a enfin le mérite d'ouvrir de nombreuses pistes de réflexion et de discussion.

Marcel Jaeger

Grammaire philosophique

Ludwig Wittgenstein

Edition posthume due aux soins de Rush Rhees

Traduit de l'allemand et présenté par Marie-Anne Lescourret

Folio Essais n° 384

Gallimard

Empruntant au *Tractatus logico-philosophicus* son affirmation d'ouverture - « Le monde est tout ce qui a lieu » - et sa problématique du langage et de la logique, la *Grammaire philosophique* développe la question de la relation entre le langage et la réalité, dont « l'harmonie, comme toute autre chose métaphysique, est à trouver dans la grammaire du langage ».

Ce livre concilie les deux orientations de la philosophie de Wittgenstein dans la dynamique de la représentation : le fondement du langage comme celui des mathématiques est convention, et la philosophie, administrant le développement de ces jeux, de ces formes de vie, y apparaît comme la forme suprême de l'imagination. Le concept de grammaire est l'instrument de l'activité philosophique par excellence.

Spécial IV^e Colloque Henri Ey Perpignan, 29-30 septembre 2000

Les Cahiers Henri Ey n°3-4, juin 2001

L'association pour la Fondation Henri Ey a participé à la célébration, par la ville de Perpignan, de la Fraternité pour en faire le thème de son IV^e Colloque. Réunissant des organisateurs de l'Ecole catalane de psychiatrie, il a surtout été question de ce que connaissent bien les psychiatres : les exclus et les psychotiques indument clochardisés (voire même incarcérés). Les adolescents, mais aussi les enfants dits « cas sociaux » comme ceux issus de la « communauté gitane » demandent des réponses spécifiques qui interrogent l'Altérité et la Fraternité. Ont été évoquées aussi l'*Etrangeté* (P. Ricoeur) et la *Valeur humaine de la folie* (H. Ey). Ce numéro accueille également des textes réunis à l'occasion du centenaire de la naissance de H. Ey et un hommage à Charles Durand.

Entrée en maison de retraite : modification de contexte

Les personnes âgées entrent de plus en plus tard en maison de retraite. Dans une étude que nous avons réalisée en 1999 à la maison de retraite de Brie-Comte-Robert, l'âge moyen d'admission avoisinait 85 ans. Il existe de nombreuses sources d'aide en ville, que le support vienne de l'entourage (familial ou non), qu'il soit social (assistante sociale, aide-ménagères, portage de repas) ou sanitaire (médecin traitant, soins à domicile, centres d'accueil de jour). Elles peuvent représenter une alternative au placement en institution. Dans plusieurs circonstances, la vie à domicile va être remise en question (4) :

- L'absence ou la défaillance du « caregiver » (aidant principal) va engendrer une situation à risque. L'isolement de la personne âgée, le conjoint malade, un voisinage indifférent ou rejetant, le refus d'aide par la famille ou l'épuisement de l'aidant principal sont susceptibles de générer des crises débouchant sur un placement. De nombreux auteurs s'accordent à penser que la famille joue un rôle prépondérant dans le maintien à domicile des personnes âgées : pour P. Frémont, la souffrance familiale est le « déterminant majeur du maintien à domicile » (5) ; pour Mittelman, l'intervention familiale retarde le placement des patients ayant une maladie d'Alzheimer (6) ; enfin, pour Berthel, seul l'accompagnement correct de la famille permet le maintien d'un dément à domicile (1). Les facteurs de tolérance familiale sont classiquement liés au stade de la maladie, à la qualité des relations antérieures, à la capacité à s'adapter physiquement ou psychologiquement de la famille, enfin à la qualité du support social (Dr Kétir) :

- Le défaut des réseaux d'aide, soit que le médecin traitant soit peu motivé ou peu formé à ce type de situation, soit l'insuffisance réelle des structures locales existantes, soit la précarité financière ou du logement.

- La difficulté de gérer certains troubles à domicile, comme les troubles somatiques graves ou les troubles du comportement à type de vocalisation, de fugue, ou d'agressivité.

Ces considérations entraînent plusieurs remarques. Le terme de « maintien à domicile » lui-même peut laisser sous-entendre une préférence pour le fait de rester à domicile comparativement à l'entrée en institution, et répondre à une idéologie sous-jacente. Une telle idéologie pourrait avoir un effet culpabilisant pour des familles déjà confrontées au drame de la maladie et de l'épuisement. Les limites sont variables selon les individus pour une même pathologie et les mêmes circonstances. De plus, elles vont dépendre étroitement de la tolérance de l'environnement et du potentiel des aidants sur le secteur, c'est pourquoi il paraît plus adéquat de parler de « limites de la prise en charge à domicile ».

Les troubles du comportement surviennent souvent en réaction à des difficultés relationnelles, notamment chez le patient dément, celui-ci n'arrivant plus à communiquer de façon satisfaisante avec son entourage ou n'arrivant plus à gérer ses activités quotidiennes. Ceux-ci peuvent, à leur tour, engendrer une attitude agressive de la part de l'entourage. La maltraitance est un problème sous-évalué en France, et peut être également à l'origine du placement. Elle est dans 86% des cas le fait des proches. Elle est favorisée par l'isolement social et affectif, la cohabitation permanente et prolongée, les difficultés financières... (Dr Monfort).

Rôle de l'entourage

Il peut être également intéressant de se pencher sur les intervenants à l'origine du placement. Dans notre étude pratiquée à la maison de retraite de Brie-Comte-Robert, la proposition d'entrée émanait au départ de l'entourage dans 54% des cas, et des facteurs affectifs avaient influencé de façon évidente la décision de la personne âgée dans 50% des cas. L'entourage était toujours très présent dans le discours de la personne âgée : soit qu'elle « ne veut plus dépendre d'eux », soit que le placement sécurise les enfants, soit qu'il ne se fait pas sans concertation avec l'entourage. La famille manifeste souvent une ambivalence à l'égard du placement. Il ne s'agit pas simplement d'un conflit entre des troubles du comportement insupportables et un investissement affectif important. Il existe un décalage dans le temps entre la déstructuration du patient et la maturation de l'entourage. Ce dernier présente parfois une méconnaissance du handicap et une mauvaise évaluation de ses propres capacités et ressources : on observe alors un syndrome dépressif chez l'aidant, pouvant confiner à l'épuisement ; le déni des troubles est alimenté par la culpabilité de ne pas pouvoir assumer cette charge, par la peur de la vieillesse, de la détérioration et de la maladie démentielle. L'aidant voudrait garder une représentation de son parent (ou conjoint) idéale, qui le protégerait peut-être par rapport à son propre vieillissement et devenir ; il ne l'accepte pas toujours vieillissant, avec les modifications qui en découlent. L'aidant se trouvant partagé entre ses enfants, son conjoint et ses parents, on peut observer un éclatement de la cellule familiale pour laquelle la présence du vieillard à domicile devient trop pesante et source de souffrance. Dans ces situations de crise, le placement se fait alors sans préparation, dans l'urgence et dans un climat non exempt de culpabilité et d'angoisse. La dépendance de la personne âgée ou sa détérioration réactivent d'anciens conflits intra-familiaux non résolus. Les rôles s'inversent, les enfants s'occupent de leurs parents, peut-être même de préférence ceux qui se sentent

ou se sont sentis les moins aimés de la fratrie, comme s'ils avaient quelque chose à prouver ou à tenter d'obtenir une dernière fois. Se font jour des mouvements oedipiens tardifs, sous la forme de dévouement exemplaire à un parent dont le conjoint est décédé, pouvant mettre à mal la propre famille de l'aidant. Par ailleurs, peuvent également s'observer des règlements de compte conscients ou non à l'égard d'un parent n'ayant pas toujours été tendre. Les critères économiques peuvent aussi intervenir dans la décision : une garde de nuit est extrêmement onéreuse en cas de maladie au stade avancé ; en revanche une famille peut préférer garder chez elle une personne âgée, l'institution représentant un coût plus élevé. D'autres intérêts économiques comme la récupération d'un logement ou de biens peuvent exister. Il n'est pas évident que le choix de la famille aille toujours dans le sens de l'intérêt du patient. La neutralité bienveillante reste un mythe, l'entourage n'étant pas en position de psychanalyste. De même en ce qui concerne le respect de la volonté du patient : dans une étude de Warren en 1986, celui-ci a montré que les proches signaient des formulaires de consentement pour des examens de leurs aînés dans 31% des cas, tout en pensant que leurs parents ne le feraient pas (9). C'est pourquoi il est fondamental de pouvoir analyser les circonstances du placement en le réinscrivant dans une histoire et un contexte particulier, en recevant non seulement le patient mais aussi son entourage. La situation de crise peut tout à fait révéler des traumatismes passés, des secrets familiaux, ou des conflits actuels (Dr J.Pellerin). Se donner le temps de repérer ces éléments peut être un moyen d'aider le patient à reconstruire sa propre histoire, d'avoir lui-même un temps de maturation, et de pouvoir accéder à une demande sur son propre projet de vie. Le placement en urgence oblitère ce temps de réflexion et d'investissement possible.

Rôle du médecin traitant

Comme nous l'avons noté dans notre étude, les raisons du placement étaient majoritairement liées à des troubles physiques ou psychiques (79% des cas), et les circonstances du placement essentiellement une maladie (également 79% des cas). Paradoxalement, la proposition du placement en maison de retraite ne provenait du médecin traitant que dans six cas soit 25%. Même s'il s'agit pour la plupart de processus morbides brutaux, nous pouvons nous demander s'il n'y aurait

SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS

Institut de psychanalyse de Paris

La psychanalyse de l'adulte

Conférences du jeudi

RÉALITÉ, TRAUMA, FANTASME25/10/2001 : *Fantasme et réalité*, Michèle Perron-Borelli22/11/2001 : *Traumatisme, Traumatique, Trauma : le conflit Freud-Ferenczi*, Thierry Bokanowski20/12/2001 : *Traumatisme et clivage fonctionnel*, Gérard Bayle24/01/2002 : *Des Traumatismes invisibles ou par manque de réalité*, François Duparc14/02/2002 : *La Psychanalyse confrontée à la violence criminelle*, Claude Balier14/03/2002 : *Les Traumatismes de la vie infantile et leurs expressions transférentielles dans la psychanalyse de l'adulte*, Marie-Lise Roux23/05/2002 : *Fixation ou Trauma : résurgence, élaboration*, Alain Fine

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

Renseignements : Société Psychanalytique de Paris, 187 rue Saint Jacques, 75005 Paris. Tél. : 01 43 29 66 70 du lundi au jeudi de 10h à 12h et de 14h à 16h. E-mail : spp@spp.asso.fr. Site internet : www.spp.asso.fr. Inscriptions : secrétariat de la Société Psychanalytique de Paris uniquement pour le cycle complet ou sur place, le soir de la conférence pour les conférences à l'unité ou le cycle complet. Cycle complet des conférences du jeudi : 600 F, à l'unité : 100 F. Aucune inscription n'est prise par l'Université René Descartes.

pas pour certains une absence d'anticipation, par exemple en cas de maladie neurologique ou de détérioration progressive.

Le rôle du médecin traitant (ou « médecin de famille ») n'est pas toujours aisé : celui-ci se trouve à l'interface de la personne âgée et de la famille, risquant de prendre une décision qui puisse heurter l'un ou l'autre, pouvant être l'objet de pressions, donc n'étant pas en position idéale pour garder « la nécessaire réserve » que lui impose sa tâche (Dr Riou). Le généraliste n'est pas toujours disponible, et surtout insuffisamment formé en gériatrie : les diagnostics de dépression ou de démence sont parfois sur ou sous-estimés, les prescriptions de psychotropes mal adaptées. De plus, il n'est pas toujours bien informé des aides et ressources existant sur la commune, et n'utilise pas de façon optimale les prestations à domicile offertes aux personnes âgées (Pr Belmin) ; les mondes médical et social ont parfois du mal à se rejoindre. Pourtant il est clair que le rôle joué par les généralistes est fondamental ; les personnes âgées ont confiance en lui, elles sont d'une génération où la parole du médecin a un poids. Il est celui qui connaît les antécédents médicaux de son patient, qui se déplace à domicile et connaît bien son cadre de vie. Il est théoriquement celui dont la mission consiste à éclairer voire aider ses patients dans leur décision. Qui est le plus à même d'aider son patient à prendre une décision dans son intérêt, en tenant compte de toutes les données (médicales, éprouvées de la famille, risques éventuels...) si ce n'est le médecin traitant ? De plus, son début d'intervention (ne serait-ce que par l'intermédiaire d'une suggestion) peut permettre à la famille de se libérer d'une inhibition morale (culpabilité à l'idée de placer leur parent alors que la situation le recommanderait), et à l'intéressé de commencer à préparer ce placement dans de bonnes conditions : temps de maturation nécessaire comme nous l'avons vu, deuil d'une vie autonome, choix de l'établissement, à un moment où l'adaptation à une vie institutionnelle est encore possible. Il n'existe pas de réseau sans médecin traitant. Celui-ci de par sa position peut avoir des contacts avec les aidants sociaux, les paramédicaux, l'entourage, les structures d'accueil temporaires ou définitives. Il nous paraîtrait intéressant de privilégier son rôle du fait de sa connaissance du patient et de la relation thérapeutique existant entre eux, de sa possibilité d'écoute de la souffrance, afin d'accompagner le patient dans une décision qui concerne un projet thérapeutique, et la prévention.

Conséquences

L'admission comme « dernier recours » modifiée, de toute évidence, le paysage de l'entrée en maison de retraite, même si elle est faite avec le plein accord du sujet. L'adaptation sera alors dépendante de facteurs multiples comme la personnalité antérieure, la sociabilité, et la qualité propre de l'institution. Une enquête dans une maison de retraite de Haute-Vienne⁽⁶⁾ a révélé que 80% des pensionnaires présentaient des troubles du comportement dans les suites immédiates de leur admission, ce qui « illustre parfaitement le problème de l'inadaptation des sujets âgés à une transformation de leur cadre de vie ». La personne âgée montre encore plus que l'adulte une résistance aux changements. Avec l'accroissement du sentiment de vulnérabilité, peuvent s'observer chez certains des mouvements de régression ou de repli. Le Moi vieillissant se modifie, il va se réorganiser sur la base de son fonctionnement mental antérieur et selon sa capacité à redéployer les moyens à sa disposition. La perte du logement succède chez la personne âgée à une accumulation de pertes auxquelles elle a du se confronter, et de surcroît représente un travail de deuil d'autant plus important que l'investissement de ce lieu était fort. Le logement est à la fois le lieu témoin de l'histoire du sujet, parfois partagée avec un autre, où il a entassé des objets investis affectivement, mais aussi le reflet de ce qu'il a été. Se combinent alors les registres objectif et narcissique ; le travail sera particulièrement douloureux chez un sujet à forte composante narcissique qui risque d'identifier la perte du logement à sa propre perte anticipée. La capacité à supporter l'expérience de la perte et à lutter contre le sentiment de déchéance va dépendre entre autres de l'aptitude à se forger une image positive de soi-même. Selon Le Gouès⁽⁷⁾, la qualité de la première relation maternelle, c'est-à-dire la chance d'avoir bénéficié d'une mère présente quand le sujet en avait besoin, et qui a permis l'intériorisation de « bons objets internes », fonde le narcissisme et correspond au mécanisme anti déresseur le plus efficace. Par ailleurs la perte de contrôle (qui va de pair avec l'entrée en institution) peut être un véritable facteur de stress ; les personnes n'ont plus la maîtrise des horaires de lever, des repas... cette perte est, notamment, mal supportée par les personnalités ayant un moi rigide, se révélant incapables d'accepter de dépendre des autres et de recevoir des soins.

Dans l'ensemble, avec l'âge s'observe fréquemment une perte des capacités adaptatives. Dans notre étude 13% des entrants ont développé un syndrome dépressif pendant le premier mois de leur séjour. Dans la littérature les syndromes dépressifs touchent de un-tiers à trois-quart des résidents en institution, alors que les syndromes dépressifs ne sont retrouvés que chez 20% des personnes âgées vivant à leur domicile⁽⁸⁾. Mais ces chiffres ne concernent pas uniquement la phase d'admission, et ne reflètent pas que le phénomène d'institutionnalisation à proprement parler (syndrome dépressif à l'origine de l'entrée en institution par exemple), donc ne sont pas comparables aux nôtres. Par contre plusieurs études s'accordent à montrer un taux élevé de décès dans un temps relativement court suivant l'admission⁽²⁾. L'ajustement à la vie en communauté nécessite aussi des qualités relationnelles, l'aptitude à se réjouir des succès ou avantages des autres, à les investir affectivement. C'est pourquoi il est préférable que l'entrée en maison de retraite ne se fasse pas non plus trop tard, mais à un moment où ces investissements soit encore possibles.

Conclusion

Ces dernières années ont vu considérablement se modifier le contexte de l'entrée en maison de retraite. On y rentre à un âge de plus en plus avancé, dans des conditions physiques ou psychiques souvent précaires. La prise en charge à domicile des personnes âgées s'est hautement améliorée grâce au support humain, social et sanitaire développé en ville. Peu de personnes demandent à rentrer spontanément en institution, la perte du logement correspondant à une perte supplémentaire parfois impossible à accepter. Par ailleurs certaines images péjoratives persistent à l'égard de la maison de retraite chez les personnes âgées, les familles ou même les intervenants extérieurs. L'absence de repérage de situations à risque pour lesquelles la question de l'institutionnalisation peut se poser conduit parfois à des arrivées aux urgences sans préparation. Celles-ci sont fréquemment suivies d'admission en catastrophe en maison de retraite, souvent préjudiciables à l'adaptation au nouveau cadre de vie et à la suite du séjour. ■

M.A. Gudefin-Kimmel*, C. Wong**

*Praticien Hospitalier, C. H. de Melun, Service de Psychiatrie B.

**Psychiatre, Hôpital Vaugirard, Centre de Gériatrie, Paris.

Bibliographie

- (1) BERTHEL M., *Seul l'accompagnement correct de sa famille permet le maintien d'un dément à domicile*, La revue du praticien, 1998, 12, 438:15-18.
- (2) BLENKNER M., *Environmental change and the aging individual*, The gerontologist, 1967, 7: 101-105.
- (3) FERREY G., DUPUY C., *Dimensions sociales du déclenchement et de la prise en charge de la dépression de la personne âgée*, in les dépressions du sujet âgé, ouvrage collectif, p.144, Masson, collection PRID, Paris, 1997.
- (4) FLORENTIN P., *Facteurs d'institutionnalisation*, Forums Alzheimer, 3ème Rencontre Nationale, Paris, 27 Mars 1999.
- (5) FRÉMONT P., *Prise en charge des patients et des familles*, La maladie d'Alzheimer en 1998, Symposium du 30 Octobre 1998, Tome II: 17-20.
- (6) LÉGER J.M., Bulletin OCEAN, Sept. 1997, n°1, p.6.
- (7) LE GOUËS G., *L'appareil psychique du sujet âgé*, Psychopathologie du sujet âgé (Ferrey G., Le Gouës G.), Masson, Paris, 1997.
- (8) MITTELMAN M.S. & al., *A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease*, JAMA 1996, 276, 21:1725-1731.
- (9) WARREN J.W. & al., *Informed consent by proxy: an issue in research with elderly patients*, The New England Journal of Medicine, 1986; 315, 18:1124-1128.

LIVRES

Décentralisation : de l'action sociale développement au social

État des lieux et perspectives

Ouvrage réalisé par Jean-Louis Sanchez

En collaboration avec James Kuperminc, Claudine Padieu et Sylvie Teychenne

Coordination rédactionnelle par Mélanie Ridel

L'Harmattan

Cet ouvrage tente d'apprécier la portée de la décentralisation de l'action sociale au regard des objectifs assignés par le législateur en 1984. On a d'abord cherché à mieux répondre aux besoins d'une société en mouvement, par un développement et une adaptation correspondante de l'aide sociale et de l'offre de services. Mais on entendait aussi dynamiser les politiques de prévention à travers la multiplication de démarches collectives et participatives, en s'inspirant des réflexions à l'origine de la politique de la ville. Il s'agissait de prévenir l'émergence des risques sociaux en faisant le pari du développement social. Si le premier objectif semble atteint, les départements ayant réussi très majoritairement à maîtriser le développement et l'adaptation du champ de l'action sociale légale, le second n'en est encore, souvent, qu'au stade des prémices. L'avenir de la décentralisation de l'action sociale se joue donc maintenant de plus en plus sur la capacité des départements à achever la restructuration de leurs modes d'intervention en direction du développement social.

Destins de la sexualité dans les groupes

Sous la direction de Simone Urwand et Hervé Chapellière

Erès

Dans la clinique des groupes d'enfants, d'adolescents et d'adultes, se déploient des expressions fantasmatiques conscientes, préconscientes et inconscientes, en particulier les fantasmes originaires, à travers les phénomènes de transfert et de contre-transfert : rencontre entre les membres du groupe et le (ou les) thérapeute(s), rencontre aussi entre la psychosexualité infantile des enfants et la réactivation contre-transférentielle de celle des thérapeutes. Les auteurs de ce livre approfondissent certains aspects de la sexualité dans les groupes en quête de l'objet partiel ou total, en abordant le mouvement pulsionnel, le désir, leurs modes d'expression par l'excitation, l'émprise violente ou par les liens de tendresse.

Le rêve-éveillé-dirigé revisité Une thérapie de l'imagination

Elisabeth Mercier

L'Harmattan

Le Rêve-Eveillé-Dirigé revisité trouve place au sein de thérapies qui insistent sur les possibilités de changement en faisant appel aux ressources du patient. Tout en restant fidèle à l'esprit de son inventeur, l'auteur réinscrit sa découverte dans une théorisation phénoménologique de la pratique. L'imagination en acte ou « imagination » permet au patient de découvrir, à travers ses images-symboles et ses métaphores personnelles, le sens de son être-au-monde et sa capacité à se prendre en charge. L'accent est ainsi mis sur le vécu du Rêve-Eveillé bien plus que sur son interprétation.

SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS

Institut de psychanalyse de Paris

La psychanalyse de l'enfant

Conférences du mercredi

RÉALITÉ, TRAUMA, FANTASME

10/10/2001 : *Transgénérationnel et adolescence*, Jean-José Baranès

14/11/2001 : *L'Adolescence : passions fertiles, passions mortifères*, Elsa Schmid-Kitskis

12/12/2001 : *Traumatisme, excitation et répression*, Paul Denis

16/01/2002 : *Résurgences de l'infantile traumatique dans la cure psychanalytique*, Florence Guignard

13/03/2002 : *Le Générationnel : réalité psychique et après-coup*, André Carel

10/04/2002 : *Traumatismes dans la rencontre avec l'adolescence*, Dominique Arnoux

12/06/2002 : *On tue un enfant, on viole un enfant... « Un enfant est battu »*, Rémy Puyuelo

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

Renseignements : Société Psychanalytique de Paris, 187 rue Saint Jacques, 75005 Paris. Tél. : 01 43 29 66 70 du lundi au jeudi de 10h à 12h et de 14h à 16h. E-mail : spp@spp.asso.fr. Site internet : www.spp.asso.fr. Inscriptions : secrétariat de la Société Psychanalytique de Paris uniquement pour le cycle complet ou sur place, le soir de la conférence pour les conférences à l'unité ou le cycle complet. Cycle complet des conférences du mercredi : 600 F, à l'unité : 100 F. Aucune inscription n'est prise par l'Université René Descartes.

LIVRES

Les deux gouvernements : la famille et la Cité

Geneviève Fraisse
Folio essais n°390
Gallimard

Geneviève Fraisse part d'un constat : la citoyenneté moderne qui s'acquiert progressivement, pour les femmes, au long de ces deux derniers siècles est à l'évidence le cadre où se pense le nouvel exercice du gouvernement, domestique et politique. La reconstruction généalogique du lien entre les sexes paraît nécessaire parce qu'elle répond à l'absence de textes fondamentaux comme à la dérobade affichée des enjeux politiques. L'unité donnée de la Révolution française au débat sur la parité représente le fil rouge de ce livre. Au regard de la vieille histoire de la domination masculine, deux siècles, c'est peu et les ruptures, celles des guerres comme des constitutions, paraissent d'une importance moindre que l'ouverture proposée par la démocratie à penser et à réaliser l'aventure égalitaire.

Les associations d'action sociale**Outils d'analyse et d'intervention**

Jean Afchain
2^{ème} édition
Dunod

Le champ du social étant devenu flou, le professionalismisme des associations subit une crise de légitimité, dans un double mouvement de remise en cause et de défenses corporatives. Les associations d'actions sociale sont amenées à s'interroger sur les outils d'analyse dont elles disposent qui sont peut nombreux et empruntés à des formes d'organisation dont les finalités et les stratégies sont différentes, à savoir l'entreprise (posée trop souvent comme le modèle à suivre) et l'administration perçue comme cadre tutélaire peu rassurant. Ce livre qui analyse l'organisation, les stratégies et les missions des associations d'action sociale, propose une vision de leur rôle, non réductible à une logique marchande ou de pouvoir.

La maison du Docteur Blanche Histoire d'un asile et de ses pensionnaires, de Nerval à Maupassant

Laure Murat
J.C. Lattès

Esprit et Emile Blanche ont tenu, tout au long du XIX^e siècle, une « maison de santé » psychiatrique à Montmartre puis à Passy, sur le modèle d'une pension de famille que Nerval a défini comme une « villa fashionable et même aristocratique ». Les registres de la loi de 1838 de cet établissement sont à l'origine de ce livre, comme une autre source. Le 4 janvier 1977, Georges Mévil-Blanche, le fils adoptif de Jacques-Emile, a légué à la bibliothèque de l'Institut de France les papiers personnels de sa famille pour constituer un fonds Blanche, soit des milliers de lettres échangées entre les médecins et leurs proches, amis ou patients. Croisée avec les registres, cette correspondance permet de suivre la vie d'une institution qui a accueilli, à des titres divers : Alfred de Vigny, Hector Berlioz, Eugène Delacroix, Alexandre Dumas, Théophile Gautier, Édouard Manet, Auguste Renoir, Edgar Degas, en visiteurs amicaux ou voisins ; Charles Gounod, Marie d'Agout, la comtesse de Castiglione, les Halévy, Gérard de Nerval et Guy de Maupassant, Jules Verne et Ernest Renan, en pères inquiets pour la santé mentale de leur fils ou encore l'avocat Jules Grévy, venu y placer sa sœur.

BIOGRAPHIE (suite)

ce qu'ils puissent être portés en nourrice (...). Tous les enfants illégitimes ne seront point réunis par grande masse dans les hôpitaux ; plus une administration de ce genre est étendue, moins elle est surveillée. Il serait à désirer que chaque hôpital ne fût chargé que de quarante ou cinquante enfants légitimes, et chaque Municipalité environ de cinquante enfants trouvés ; ce qu'ils auraient d'excédent serait versé dans les lieux où il y en aurait moins ». Et il faut mieux surveiller les hôpitaux : « Leurs administrateurs, jusqu'à ce jour, inspectent seuls les registres, les enfants, leur santé, leur sort, et l'administration principale ne paraît que pour arrêter des états imparfaits et ordonner le paiement des dépenses. Je ne vois que deux moyens d'obvier à tant d'inconvénients : l'établissement des Comités de bienfaisance et de quelques petits hôpitaux de plus ». Il insiste sur un point précis, souvent oublié par la suite : la nécessité de ne pas léser sur le salaire des nourrices, tentation permanente des administrations hospitalières : « Quelle classe que celle qui, se repliant sur elle-même, vit de son sang ! Nous avons toujours dénoncé comme un abus révoltant, les retenues qui sont faites sur le salaire des nourrices, quel que soit le motif. On n'a qu'un mot à dire sur ce sujet ; il ne faut que deux prix pour les mois de nourrice : 8 livres pour la première année, et 7 livres jusqu'à l'âge de la pension. Aussi il faut augmenter leur salaire dans les circonstances actuelles. La plus utile des charités est celle qui vivifie les campagnes, sans prendre le masque de l'aumône. La plus sainte des institutions est celle qui perfectionne l'amour des mères et des enfants, enfin, la plus sage des administrations est celle qui unit par des liens invisibles l'intérêt personnel, la vie et la fécondité ».

Quatrième proposition : il faut procurer un asile secret aux filles enceintes « qui voudraient nourrir leurs enfants ou les élever » et leur accorder des secours pendant deux ans si elles gardent l'enfant près d'elle au lieu de l'abandonner : « Il est quelques cas particuliers où une fille a besoin de se soustraire aux yeux du public : rien n'est plus propre à corrompre les mœurs que ces réduits obscurs où des accoucheuses favorisent à la débauche les malheureuses victimes qui ont recours à elles. C'est surtout dans les grandes villes où ce genre de crime a lieu. Il est beaucoup plus aisé qu'on ne croit de décider une fille du peuple à nourrir son enfant. Le goût de la maternité existe d'une manière pressante dans le premier instant au physique comme au moral. Trente filles ont fait leurs couches au dépôt de mendicité de Soissons : comme elles sont forcées, par la règle établie, de nourrir leurs enfants, plusieurs les ont gardés (...). Quand on ne pourrait placer ainsi qu'un dixième des enfants trouvés, l'administration feroit encore un très grand bénéfice. Une fille qui serait admise dans un asile secret, commun pour quatre départements au moins, coûterait environ 200 l. pour une année dans le cas où elle ne paierait pas de pension. Si après ce terme elle emportait son enfant, soit par attachement soit pour faciliter le mariage, on lui accorderait encore pendant deux ans une pension annuelle de 96 l. et une pareille somme, ou une année de plus, dans le cas où elle légitimerait son enfant en épousant le père. Un enfant trouvé coûte un peu plus de cent pistoles pendant la durée de son existence d'hôpital : on gagnerait donc la moitié de la dépense par ce nouvel arrangement, et ce qui est bien plus précieux, on obtiendrait un enfant légitime, et une mère de famille de plus » : on trouve là une doctrine qui est très proche de celle de 1793-1794.

Cinquième proposition : il faut établir des Comités de bienfaisance, un au chef-lieu et douze autres dans les principales villes de la géné-

ralité, qui auraient une responsabilité générale pour la surveillance des hôpitaux et des enfants trouvés. On voit que les propositions de Montlinot étaient très tranchées : il revient à nouveau sur son idée de transportation dans des colonies, et esquisse tout un plan de transfert des enfants illégitimes. Il calcule que le coût d'un enfant trouvé survivant à 16 ans est de 1000 livres, et que les résultats de cette « tutelle conservatrice » ne pourront jamais être que détestables : « Il s'élèvera une nouvelle génération de malheureux, dont la misère agissant sans cesse sur la classe aisée de la Société tarira toutes les sources de bienfaisance, gênera l'industrie et finira par épuiser le Trésor public ». L'enfant trouvé deviendra mendiant vagabond, il sera renfermé dans un dépôt, à charge à l'État pendant sa vieillesse. Bref la transportation est la seule voie possible : « Hâtons-nous, il est temps, de débarrasser le corps politique de membres parasites qui l'appauvrissent et lui ôtent sa vigueur. La transportation est le seul bienfait que le gouvernement puisse accorder aux familles pauvres » : on voit que sur ce point Montlinot montrait beaucoup de ténacité.

Que devint Montlinot dans les premières années de la Révolution ? Il semble que cet homme de Necker se soit très engagé dans le mouvement révolutionnaire, mais il garde les fonctions d'inspecteur du dépôt de mendicité de Soissons. Ses deux rapports sur la mendicité de 1789 et les enfants trouvés de 1790 font de lui un technicien de la pauvreté, dès février 1790 il est associé de près aux travaux du Comité de mendicité, présidé par La Rochefoucauld-Liancourt ; il rédige divers rapports, mais il est difficile de savoir la part qu'il a prise dans le Cinquième rapport consacré à la mendicité ; il a acquis une réputation pa-

risienne et en 1791 il est nommé administrateur des hôpitaux de Paris avec Cabanis, Thouret - alors inspecteur général des hôpitaux - et Cousin, professeur au Collège de France, mais il continue toujours à diriger le dépôt de Soissons. Nous ne savons trop quel fut son rôle après la disparition du Comité de mendicité en septembre 1791, apparemment il ne publie rien, il se marie avec une femme chargée d'enfants. En février 1793 il entre au service des Affaires étrangères (il a 61 ans), on le nomme vice-consul à Messine, mais la guerre éclatant avec les Deux-Siciles, il exerce par intérim les fonctions de consul à Gènes à l'été 1793 : ce passage dans la diplomatie est fort énigmatique. À son retour à Paris, on le trouve dans les coulisses du pouvoir : quand la Commission des secours publics s'organise en avril 1794 (les ministères sont supprimés par la Convention), on lui demande d'organiser la division chargée des hôpitaux et des secours : il choisit ses sous-chefs, qu'il prend parmi les anciens du Contrôle général, il fixe lui-même ses attributions : « 1° Les secours aux habitants des campagnes dans l'état d'indigence ou d'infirmité - 2° Les enfants abandonnés et les hospices qui les contiennent - 3° Les maisons de travail ou de répression, ou l'extinction de la mendicité - 4° Les hôpitaux civils placés à la campagne ou dans les villes - 5° Les détails relatifs aux états de population dans leur rapport avec la répartition des secours » : on voit l'ampleur de ces attributions, et la continuité entre ses travaux de Soissons et la politique qu'il est chargé de mettre en œuvre. Quelle part prit-il à la définition de cette politique ? C'était un homme à idées, ce protégé de Necker paraît s'être bien adapté aux tâches d'administration centrale, et c'est un des rares à avoir une pratique du terrain. Il

SEMINAIRE • Année 2001-2002

PSYCHOPATHOLOGIE DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Responsable : Pr Ph. Jeammet - Coordinateur : Dr M. Corcos
Université Paris IV - Broussais Hôtel-Dieu

- | | |
|-----------------|--|
| Mardi 2/10/2001 | Pr Ph. Jeammet, Dr M. Corcos, Dr F. Perdereau Présentation du séminaire. Aspects épidémiologiques, cliniques et données évolutives. |
| Mardi 6/11/2001 | Pr Ph Jeammet, Dr D. Lippe, Modèles étiopathogéniques et approches compréhensive des TCA. Approche psychanalytique des Troubles des Conduites Alimentaires. |
| Mardi 4/12/2001 | Dr M. Corcos, Dépression et Troubles des Conduites Alimentaires. Dr F. Atger, Problématique d'attachement et Troubles des Conduites Alimentaires. |
| Mardi 8/01/2002 | R. B. Foliot, Modalités de la prise en charge Psychothérapeutique des patientes anorexiques et boulimiques. Dr M. Corcos, Thérapie bifocale dans les Troubles des Conduites Alimentaires. |
| Mardi 5/2/2002 | Dr G. Agman, Dr N. Godart, Traitement institutionnel, hospitalisation des Troubles des Conduites Alimentaires. Dr J. Chambry, Complications médicales des TCA. Aspects endocrinologiques et TCA masculines. |
| Mardi 5/03/2002 | Dr I. Kaganski - Dr N. Godart, Aspects familiaux des Troubles des Conduites Alimentaires. Dr B. Richard, E. Birot, Groupes d'anorexie et de boulimie. |
| Mardi 2/04/2002 | Dr N. Mammam, Dr M. Botbol, Prise en charge en soins-Études. Articulation et réseaux. |
| Mardi 7/05/2002 | Dr N. Guedeney, Les enfants de mères anorexiques. Dr D. Bochereau, Troubles du comportement alimentaire chez l'enfant. |
| Mardi 4/06/2002 | Pr Ph. Jeammet, Présentation clinique avec enregistrement vidéo et clôture du séminaire. |

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES - 3614 ORDMED ou www.imm.fr.
Madame C. CORLIER : tél : 01 56 61 69 23 - fax 01 56 61 69 24. E-mail : claudie.corlier@imm.fr
LIEU DU SÉMINAIRE : INSTITUT MUTUALISTE MONTSOUSIS, 42 bld Jourdan 75014 Paris, métro : Pte d'Orléans, Cité Universitaire. Bâtiment de Psychiatrie 1er étage.
HORAIRE SÉMINAIRE : 1er mardi de chaque mois de 14 h à 17 h.
MODALITÉS D'INSCRIPTION : Adresser par courrier une demande d'inscription sur papier libre en précisant: Nom, prénom, Activité professionnelle, Fonction, Adresse, fax, téléphone, Motivation de l'inscription, joindre chèque à l'ordre de l'A.R.E.A. TARIFS : 1.500 F l'année ou 150 F par séminaire, Internes : 800 F l'année. Site internet : www.imm.fr

TABLE RONDE APRID* / NERVURE**

Troubles du comportement alimentaire et addictions

6 décembre 2001

L'Institut Mutualiste Montsouris, 42, Bd. Jourdan, Paris 14^e

Modérateurs : Pr. Bernard Brusset et Dr. Gérard Massé

14h30 : Alain Rigaud, *Clarification de la notion d'addiction*

15h00 : Bernard Brusset, *Le retour en psychothérapie analytique de l'ancienne anorexique*

15h30 : Pause-café

16h00 : Christine Vindereau, *Boulimie, aspects récents en pratique*

16h30 : Maurice Corcos, *Anorexie et mélancolie*

17h00 : Remise du Prix Jean Trémolières à Madame Chantal Bizeul pour son Mémoire de D.E.A. de Psychologie clinique, pathologique et psychanalytique Université Paris V, René Descartes, « *Contribution à l'étude de la relation entre Anorexie mentale et Dépression* »

17h30 : Apéritif - cocktail

*APRID : Association des Praticiens pour l'Information en Nutrition et Diététique, 94 rue Lauriston, 75116 Paris. Tél. : 01 47 04 87 44.

**NERVURE : Journal de Psychiatrie, 54, Bd. de Latour Maubourg, 75007 Paris. Tél. : 01 45 50 23 08.

est vraisemblable qu'il prit une grande part à la préparation de la loi du 22 floréal an II. Le Premier rapport fait au nom du Comité de Salut public sur le moyen d'extirper la mendicité dans les campagnes et sur les secours que doit accorder la République aux citoyens indigents, que prononça Barère à la Convention, porte sa marque : *Point d'aumônes, point d'hôpitaux*, la formule paraît empruntée au Discours de 1779 et la loi crée bien des pensions pour les cultivateurs invalides et pour les femmes chargées d'enfants, comme il le souhaitait dès 1782 : mais nous ne pouvons préciser son rôle exact dans la rédaction de ce grand rapport. Barère le 22 floréal annonçait un rapport « *sur les moyens prompts et efficaces de débayer la mendicité dans les villes* » ; ce « deuxième rapport » Barère ne fut jamais présenté, en raison même du 9 thermidor. Mais nous avons retrouvé dans un carton de la Commission des secours publics un projet de rapport, et un projet de décret sur les secours à distribuer dans les villes, qui sont de la main de Montlinot. Ces brouillons suggestifs montrent une doctrine fort cohérente :

« *La Convention Nationale, persuadée qu'il est urgent d'organiser les secours qu'elle doit à l'indigence, considérant que les hôpitaux destinés aux malades dans les villes contiennent un trop grand nombre d'individus, que distribués sans ordre, ils ne remplissent pas le but de leur destination, considérant enfin que le secours à domicile est le seul qui convienne à l'indigent chez un peuple libre, voulant restreindre l'admission dans les hôpitaux aux individus sans asile, sans femme et sans enfants, sans parents qui puissent prendre soin d'eux dans leur état de maladie, a décrété et décrète ce qui suit...* » ; on voit que la priorité est accordée aux secours à domicile. Mais il n'est pas facile de légiférer dans un pareil domaine et de préciser le rôle exact des hôpitaux. Le projet cherche à fixer quelques règles du jeu : 1° il y a, pour une population des villes évaluée à 5 millions d'habitants, 12 500 malades, dont la moitié sera secourue à domicile, et la moitié hospitalisée ;

2° il faut imposer au départ des ratios : un lit d'hospice d'humanité par 1000 habitants, et limiter le nombre d'hospices en établissant une sorte de carte hospitalière pour les hospices d'humanité et en supprimant les hospices inutiles ;

3° les établissements hospitaliers de Paris doivent avoir un régime particulier ;

4° les hospices qui ne seraient pas retenus dans le programme seraient supprimés : sur 400 hospices, on n'en retiendrait que la moitié environ ;

5° la dépense pour les secours à domicile représente en province et à Paris une somme à peu près équivalente à celle nécessaire pour les hospices ;

6° la dépense envisagée pour les secours aux malades soit en hospices, soit à domicile,

s'élève à 12 millions, mais elle a pour contrepartie les revenus subsistant encore des hospices (soit 8 millions) ; l'effort financier nécessaire ne serait donc que de 4 millions. Montlinot montre en 1794, tout comme en 1777, une grande défiance vis-à-vis des hôpitaux et surtout des grands hôpitaux, dont l'administration est nécessairement vicieuse (c'est là une doctrine continue depuis le Comité de mendicité) ; c'est un excellent exemple de manie réglementaire, et l'on voit le rédacteur se préoccuper de tout fixer minutieusement, jusqu'au détail de la literie du malade. L'esprit de système qui caractérise ce texte aboutit à une planification hospitalière autoritaire, qui ne tient guère compte des nécessités géographiques, ni des traditions provinciales : c'est, un singulier témoignage sur le jacobinisme administratif, qui a toujours eu une certaine influence dans l'administration sociale (Montlinot est peut-être l'inventeur de la « carte hospitalière »). Mais il était très difficile de réglementer cette partie des secours publics (alors que la tâche était plus aisée pour les secours dans les campagnes), ce qui explique le retard apporté par Barère à présenter le rapport. Après le 9 thermidor on abandonna ces beaux projets d'organisation des secours publics, la crise financière s'aggravant. Montlinot rencontre de multiples difficultés pour gérer les secours décidés par la Convention en 1793-1794 et pour aider les hôpitaux, dont un décret du 22 messidor an II avait décidé l'aliénation des biens : les brouillons de rapports de la main de Montlinot montrent nettement l'étendue de la crise sociale et financière, et la Convention a bien d'autres soucis. Mais Montlinot réussit à obtenir l'abrogation du décret du 22 messidor, c'est lui-même qui rédige les discours du conventionnel Delecloy en thermidor an III. Malgré son âge, il

à 63 ans, il garde ses attributions quand le ministère est reconstitué en l'an IV, et en l'an V il devient chef de la seconde division : c'est un homme puissant, zélé, qui gère toute la politique hospitalière et l'ensemble des secours publics, il doit faire face à une crise financière sans précédent (les secours ne sont pas une priorité en ces temps troublés). Jean Imbert a montré que l'œuvre législative du Directoire fut considérable, qu'il s'agisse des hôpitaux, des enfants trouvés ou de la création des bureaux de bienfaisance. Le rôle de Montlinot dut être capital, mais nous n'avons plus aucune trace directe. Au 18 brumaire il garde ses fonctions, il a 68 ans, avec le titre de chef de bureau, mais, on ne sait trop pourquoi, il est réformé au début de l'an IX, sans doute à la suite de quelque intrigue administrative, et il meurt peu après. Il avait réussi à rester à la tête des affaires hospitalières de façon continue de floréal an II à thermidor an VIII, ce qui, en ces temps difficiles, était une prouesse. Il est très difficile de porter un jugement sur Montlinot : ce philosophe avait vécu de façon plutôt obscure jusqu'en 1780, il ne fait carrière comme expert social que dans les vingt dernières années de sa vie. Il fut, déclare un de ses amis en 1806, « *modeste et désintéressé dans toute sa carrière politique, où il ne lui manqua que de l'ambition pour jouer un rôle, sinon plus utile, du moins plus brillant et plus favorable à sa fortune* » : apparemment il n'a jamais cherché à avoir un mandat politique. Nous connaissons mal l'homme : il semble avoir eu quelque souplesse puisqu'il est bien vu successivement de Necker, de Barère, de Thouret, de François de Neufchâteau, et qu'il a su traverser sans dommages les diverses crises de 1790 à 1800. Il avait quelques talents administratifs, de l'esprit d'ordre, de l'initiative, de l'application, et en même temps c'était un homme à idées, un « projeteur » capable de bâtir des systèmes compliqués, d'inventer des choses neuves, dont certaines eurent une longue durée de vie... Et à cette capacité doctrinale il joignait (ce qui était fort rare à l'époque) une longue pratique sociale. Il avait de 1781 à 1793 observé, gouverné, géré plusieurs milliers de mendiants, il tenait les deux bouts de la chaîne, le général et le particulier, ce qui devait en faire un administrateur fort capable. On trouve une grande cohérence dans ses principes du *Discours de 1777* à l'*Essai sur la transportation* de l'an V, alors que son expérience s'était singulièrement élargie : mais pour des raisons obscures son nom n'est jamais mis en avant et ses écrits ont été généralement oubliés. Le corpus de textes que nous avons rassemblé, sans doute incomplet, permet de mieux saisir la doctrine d'une personnalité singulière, qui souvent surprend, et parfois ses écrits ont encore quelques résonances actuelles. ■

CONFÉRENCES DE SAINTE-ANNE

Organisées par les Psychiatres-Psychanalystes membres de la Société Psychanalytique de Paris

Clinique psychiatrique et psychanalyse

Ces conférences ont lieu, sauf exception, le 4^e lundi du mois à 21h00
Salle de conférence du service hospitalo-universitaire
Rez-de-chaussée par le jardin, entrée piétons, 1 rue Cabanis, 75014 Paris

PROGRAMME 2001 - 2002

22/10/2001 : *Le fantasme organisateur*, Jean Cornut

26/11/2001 : *Traitements psychanalytiques par le psychodrame analytique à partir des états limites*, Gérard Bayle

28/02/2002 : *Psychothérapie des schizophrènes*, Vassilis Kapsambelis

25/02/2002 : *Traiter psychanalytiquement les troubles graves de la subjectivation chez les adolescents*, Bernard Penot

25/03/2002 : *De la Perception à la Symbolisation : le rôle des images dans la psychothérapie des schizophrènes*, Michel Schweich

27/05/2002 : *Les issues tardives du plaisir*, Gérard Le Gouès

24/06/2002 : *Les contre-attitudes vis-à-vis des patients alcooliques*, Jean-Paul Descombey

LIVRES

L'anorexie mentale, une déraison philosophique

Bernard Vialettes

L'Harmattan

Bernard Vialettes est nutritionniste et PU.PH à Marseille. Il propose l'association de deux mots aussi antinomiques que *déraison* et *philosophique* pour caractériser l'anorexie mentale, traduisant ainsi l'ambiguïté de cette maladie. Les comportements, les obsessions, le déni de la dénutrition, la résistance au traitement, signent la maladie mentale. Pourtant, sous ce masque, transparaissent des pensées et des conduites spécifiques de la puberté féminine normale, comme si la fuite dans l'anorexie était la seule protection contre le vertige inacceptable que font naître les idées de liberté, de sexualité, de vieillissement et de mort. Le contrôle du temps par la suspension et la ritualisation des désirs conduit à une régression, à la fois voulue et subie. L'ambivalence des liens de dépendance avec les parents participe à cette impossible nécessité d'affronter la crise identitaire pubertaire.

Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé*

Par an, les chutes sont la cause de 9 000 décès chez les plus de 65 ans et de 40 000 cas de fractures du col du fémur. Une chute sur deux survient dans un établissement de soins ou dans une maison de retraite. Après une première chute, le risque de récurrence est multiplié par 20 et le risque de décès dans l'année qui suit la chute est multiplié par 4. La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.

A la demande de la Direction Générale de la Santé, l'ANAES a élaboré des recommandations et présente un référentiel de pratique. Il ne s'agit pas d'encourager la contention physique, mais d'améliorer sa sécurité quand elle est considérée comme inévitable et de proposer des alternatives afin d'en réduire l'utilisation.

Ce guide est destiné à l'ensemble des professionnels de santé qui veulent évaluer et améliorer leurs pratiques, quelle que soit la structure où sont prises en charge les personnes âgées. Il est téléchargeable gratuitement sur le site web de l'ANAES www.anaes.fr, rubrique « Publications ».

*ANAES, Service Communication, 159 rue Nationale, 75640 Paris Cedex 13. Tél. : 01 42 16 72 72. Fax : 01 42 16 73 73. <http://www.anaes.fr> ou <http://www.sante.fr>.

Au-delà du conscient Histoire illustrée de la psychiatrie et de la psychanalyse

Pierre Morel, Jean-Pierre Bourgeron, Elisabeth Roudinesco Hazan

Il s'agit d'une histoire croisée mais aussi intriquée de la psychiatrie et de la psychanalyse, à la hauteur de ses auteurs qui ont largement fait appel à leurs archives et collections personnelles, d'où une iconographie abondante, peu connue, voire inédite. Ce très beau livre devrait intéresser de très nombreux lecteurs.

LIVRES

L'hyperactivité infantile**Débats et enjeux**

Sous la direction de Jean Ménéchal
Préface de Roger Misès
Dunod

L'hyperactivité de l'enfant est une manifestation psychopathologique sur laquelle le questionnement paraissait délaissé, au profit de l'un de ces pragmatismes d'attitude qui tendait à laisser le champ libre à une conduite thérapeutique relativement symptomatique, souvent limitée à la prescription d'un médicament promu au rang de molécule mythique (mais sans guère d'interrogation effective sur les raisons de son - éventuelle - efficacité), prescription parfois d'ailleurs abandonnée, non sans quelque lâcheté, aux pédiatres, débordés d'une demande parentale d'atténuer les effets problématiques, sinon dévastateurs, du comportement de l'enfant. L'ouvrage collectif, dirigé par Jean Ménéchal, vient heureusement ressaisir un débat de fond sur ce tableau clinique qui demeure un motif fréquent de demande d'aide médico-psychologique ; il présente des contributions de perspectives diverses (même si la tonalité générale, clairement indiquée par la préface de Roger Misès, est nettement tournée vers une compréhension psychodynamique de la manifestation), mais dans tous les cas richement argumentées. Le terme choisi « hyperactivité » se propose certes comme intermédiaire entre la classique « instabilité psycho-motrice » de l'école française et l'« hyperkinésie » chère à la culture anglo-saxonne : le débat, loin d'être évité, est engagé de front, dans une variété des approches qui ne vise pas à la synthèse consensuelle mais à la rigueur des arguments. L'ouvrage comprend quatre parties : 1- présentation du tableau clinique, 2- approche psychopathologique et psychodynamique, 3- variété des approches thérapeutiques, 4- perspectives de nouvelles recherches. Il permet un point très documenté explorant la question de l'hyperactivité et présente des recherches abouties ou encore en cours, qui relancent précieusement l'étude de ce tableau et redonne à celle-ci une nouvelle actualité.

C. Flavigny

Freud et la guérison**La psychanalyse dans le champ thérapeutique**

Monique Totah
Préface d'André Green
L'Harmattan

L'hypothèse de cette recherche questionne comment Freud a opéré un changement conceptuel des idées médicales de son époque sur la guérison, la suppression des symptômes, en proposant un autre sens par l'abandon et le dépassement des notions de norme et de normalité. Ce livre décrit ce changement conceptuel dans une perspective historique. En partant de l'idée de rendre conscient l'inconscient, ce qui prévaudra, dès 1920 avec la deuxième topique, sera la réorganisation et l'élargissement du moi. Ainsi, l'inconscient est perçu par Freud comme une qualité, présente à tous les niveaux du psychisme : le ça, le moi et le sur-moi. A partir de ce tournant, l'équilibre du sujet vers la guérison sera à rechercher entre les pulsions de vie et les pulsions de mort qui priment dans le fonctionnement psychique. La guérison devient une restitution, en tant que retour à l'état supposé antérieur ; mais aussi une modification concomitante, car impliquant un changement et une reconstruction. Mais elle demeure à l'image d'une asymptote, tendue à l'infini vers un idéal jamais complètement atteint.

L'APA à la loupe*

La réunion s'est déroulée en deux parties : la première a consisté en un débat régional sur le diagnostic différentiel entre schizophrénie et troubles bipolaires. Pendant la deuxième partie ont été présentés des reportages sur le congrès de l'Association Psychiatrique Américaine suivis de commentaires à partir du plateau parisien. Des questions ont été posées par des professionnels dans les 29 sites.

Selon les études américaines, le diagnostic des troubles bipolaires est posé environ 10 ans après le début de la maladie et après des consultations avec quatre médecins différents. Maurice Ferreri pense que le retard du diagnostic en France est moindre, parce que l'accès est plus facile, les patients ne passant pas forcément par les médecins généralistes. Il relève que le diagnostic est posé au bout d'un an et demi chez les patients atteints d'un trouble bipolaire du type I et de dix ans pour le type II. Jean Adès a insisté sur l'importance de la formation en psychiatrie des infirmiers ainsi que sur la formation des médecins généralistes pour le dépistage de la dépression et des troubles bipolaires.

Selon Daniel Bailly la sémiologie des troubles bipolaires chez l'enfant a des particularités. Les symptômes n'ont pas de valeur prédictive pour le pronostic. Selon des chercheurs américains les facteurs intrinsèques des troubles bipolaires chez l'enfant sont : l'irritabilité, la réactivité émotionnelle, la mégalomanie et le besoin réduit de sommeil. Il remarque que l'irritabilité est un des symptômes bien connus dans les troubles de l'humeur chez l'enfant. D'après les études menées aux Etats-Unis, les troubles liés à l'utilisation d'alcool sont plus fréquents lors de troubles de l'humeur que dans la schizophrénie ou la population générale. L'alcool peut accélérer le début du trouble bipolaire de dix ans. La tonalité dysphorique ainsi que les cycles rapides répondent moins favorablement au lithium et sont d'un plus mauvais pronostic. Jean Adès pense que la fréquence des troubles bipolaires en alcoologie n'est pas considérable et doit être environ de deux pour cent. Par contre chez les patients avec trouble bipolaire, on observe une plus grande fréquence des troubles liés à l'utilisation d'alcool. L'abus d'alcool chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire est souvent secondaire. L'association avec l'alcool diminue l'observance du traitement et augmente le risque de suicide, l'alcool étant un inducteur des phases maniaques comme d'autres drogues (cocaïne, tabac, hachisch, etc.). Daniel Bailly pense qu'avoir été victime d'abus sexuel aggrave le pronostic par une augmentation de la vulnérabilité mais qu'il n'est pas une cause des troubles de l'humeur. La maltraitance contribue à la formation de certains types de personnalité qui font partie du spectre des troubles bipolaires. Il trouve que les critères de classification sont très restrictifs et souvent mal appropriés chez l'enfant. Chez les personnes atteintes de schizophrénie l'alcool aggrave le pronostic. La prise en charge est plus difficile suite au refus des soins, qui pour les toxicomanes psychotiques en service ouvert, sont compliqués. Pour Jean-Paul Chabannes il est impensable de soigner un schizophrène sans sevrage. Il rappelle que dans la schizophrénie le hachisch n'est pas une « drogue douce ». Au sujet des hypothèses de neurotransmission dans la schizophrénie, il a rappelé le rôle de la sérotonine en tant que modulateur de la transmission dopaminergique. L'hyperactivité de la voie mésolimbique est responsable des symptômes positifs et l'hypoactivité de la voie mésocorticale des symptômes négatifs et des troubles cognitifs. Jean-Pierre Kahn a

précisé que le dépistage des personnes à risque grâce à l'imagerie n'est pas à l'ordre du jour. Un facteur génétique permet d'identifier les personnes à risque avec une plus grande certitude. Les tests neuropsychologiques sont utilisés pour capter les difficultés cognitives précoces (altération de la concentration, de la mémoire à court terme, de la planification du comportement, etc.) chez les personnes asymptomatiques. Des études longitudinales sont nécessaires pour découvrir les prodromes de la schizophrénie. Beaucoup de ces symptômes ne sont pas spécifiques, par exemple les parents des sujets schizophrènes manifestent souvent ces symptômes sans être malades. Jean-Pierre Kahn considère qu'il faut interpréter avec prudence les résultats des études américaines concernant l'identification d'une région spécifique dans le cortex préfrontal qui serait responsable de l'hystérie. Daniel Bailly est sceptique quant à la possibilité de trouver un marqueur biologique d'un symptôme psychique. Aux Etats-Unis 80% des patients psychiatriques prennent plus de deux psychotropes. En France la polychimiothérapie est également très répandue. Souvent les patients ne savent pas pourquoi on leur a prescrit le traitement ni comment en parler avec leur médecin.

Pour Marie-France Patris l'annonce du dia-

gnostic se prépare, sinon le patient mobilise ses défenses et n'intègre pas l'information qu'on lui donne. Elle a rappelé qu'il faut demander le consentement du patient quand on veut informer la famille de son état.

Pendant les années 50 l'objectif des soins psychiatriques était de contrôler l'agitation et l'agressivité, puis de réduire les effets secondaires, maintenant il s'agit d'améliorer la qualité de vie. Les patients sont considérés comme des sujets qui souffrent d'un trouble. La recherche sur la qualité de vie leur permet de s'exprimer. Toutefois, une grande partie des instruments d'évaluation de la qualité de vie est conçue sur la base des modèles normatifs et est destinée surtout à la recherche. Ils ne peuvent pas refléter la diversité des facteurs importants pour la qualité de vie, que l'on constate lors d'une relation empathique avec les patients. La désinstitutionnalisation, dont le but est d'améliorer la qualité de vie, exige un accompagnement à l'extérieur et donc une évolution des soins et des rôles des soignants. ■

V.P.

*Réunion organisée par Sanofi-Synthélabo et vidéo-transmise dans 29 sites en France. Radio France - Studio 102, 31 mai 2001. Intervenant au débat : Professeur Jean Adès, Colombes ; Professeur Daniel Bailly, Lille ; Docteur Jean-Paul Chabannes, Grenoble ; Professeur Maurice Ferreri, Paris ; Professeur Jean-Pierre Kahn, Nancy ; Docteur Marie-France Patris, Strasbourg et Professeur Daniel Sechter, Besançon.

ASSOCIATION NATIONALE DES HOSPITALIERS PHARMACIENS et PSYCHIATRES et NERVURE

Journée Nationale d'Information ANHPP sur les Neuroleptiques à Action Prolongée

« Des neuroleptiques aux antipsychotiques à action prolongée
stratégie surannée ou thérapeutique d'avenir »

Le 14 décembre 2001 de 8h30 à 17h

Grand amphi de la CMME, Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris

1° SESSION : 9h à 13h

Président de séance : Pr J.D. Guelfi Psychiatre, CH Sainte-Anne, Paris

Modérateur : Docteur I. de Beauchamp, Pharmacienne, CH Saint-Egrève, Grenoble

9h Introduction : Pr J. D. Guelfi

9h15 Aspect galénique :

Evolution des formes galéniques des neuroleptiques à action prolongée,

Pr D. Brossard, Faculté de Pharmacie de Paris V

La mise au point du premier antipsychotique à action prolongée,

J.L. Levron, Laboratoire Janssen

10h *Pratiques de prescription des NAP* : Dr B. Lachaux, Psychiatre, CH Paul Guiraud, Villejuif

Pause de 10h30 à 11h

11h *Des études aux recommandations : données factuelles*

Dr P.M. Llorca, Psychiatre, CH Sainte-Marie, Clermont Ferrand

11h30 *Les représentations des NAP* : Dr C. Kapsambelis, Psychiatre, CH Soisy sur Seine

12h *Impact des NAP sur l'observance* : Dr F. Bayle, Psychiatre, CH Sainte Anne, Dr D. Misrahi, Psychiatre C.H. Charles Perrens, Bordeaux

12h30 Débat

Déjeuner de 13h à 14h30

Assemblée Générale de l'ANHPP : 13h30 à 14h30

2° SESSION : 14h30-16h45

Président de séance : Dr F. Caroli, Psychiatre, CH Sainte-Anne

Modérateur : Dr C. Gury, Pharmacien, CH Sainte-Anne

14h30 Introduction : Dr F. Caroli

14h40 *Les NAP améliorent-ils la tolérance ?*, Dr C. Lancon, Psychiatre, CH Sainte-Marguerite, Marseille

15h10 Table ronde : *Le point de vue des utilisateurs.*

Débat réunissant : Dr O. Canceil, Psychiatre CH Sainte-Anne, Dr C. Fabre

Pharmacien, CH G. Marchant Toulouse, M.C. Hebrail, C.S.I., CH Paul Guiraud et Dr F. Petitjean, Psychiatre, CH Sainte-Anne

16h30 Synthèse et conclusion : Dr B. Lachaux, Psychiatre, CH Paul Guiraud

Clôture de la Journée

Comité scientifique : F. Bayle, F. Caroli, J.D. Guelfi, C. Gury, E. Hensgen, B. Lachaux, Ph. Lascar, M. Mounier, F. Petitjean, N. Poisson.

INSCRIPTIONS : Auprès du Docteur C. Gury, Service Pharmacie, Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris. Adhérents ANHPP : gratuit. Non adhérents : 300 F.

LIVRES

**Dits et écrits I, 1954-1975
Dits et écrits II, 1975-1988**

Michel Foucault
Coll. Quarto
Gallimard

**Michel Foucault et la médecine
Lectures et usages**

sous la direction de Philippe Artières et
Emmanuel da Silva
Editions Kimé

La lecture des articles, entretiens et des autres textes rassemblés dans les *Dits et écrits* montre que le thème de la médecine le parcourt de façon continue avec une nette accentuation à partir du milieu des années 1970 et une incroyable pluralité d'approches. Sont successivement abordés l'institution médicale et ses pratiques, le savoir médical et son discours, ce que Foucault désigne comme une « médicalisation », à savoir la constitution d'une pratique médicale élargie. Pour autant, son approche ne s'avère jamais définitive. Philippe Artières et Emmanuel da Silva montrent qu'il se sert de la médecine comme « d'une matière, un combustible, constitué de discours à partir duquel il construit un édifice conceptuel ». Les thèmes dérivés qu'il traite sur le plan historique apparaissent d'une extrême variété d'où un apport non douteux à l'affirmation d'une nouvelle historiographie de la médecine, à un moment où les questions concernant la santé ne présentaient pas leur actuelle acuité. Foucault n'a pas rejeté la médecine, il a précisé, parmi les premiers, les symptômes d'un dysfonctionnement devenu maintenant clairement perceptible. Il a patiemment constitué « l'archéologie de notre auto-constitution comme sujets malades et en bonne santé, ainsi que de notre perception, de nos pensées et pratiques relatives à la maladie, à la santé, au médecin, à l'institution médicale et à ses normes » d'où son concept d'un biopouvoir aux effets déterminants sur la population. *Naissance de la clinique* aborde la façon dont la méthode anatomo-clinique et la maladie se sont constituées à partir de mutations conceptuelles issues d'autres domaines (linguistique et mathématiques) et des transformations sociales et politiques. Ce livre et *Histoire de la folie* s'appuient sur les relations nouées entre l'émergence d'un champ de connaissances et un contexte qui l'a rendue possible. Ultérieurement, Foucault a perçu que le discours sur la maladie s'inscrivait dans un ensemble de données politiques, économiques, institutionnelles ainsi que concernant l'enseignement, d'où un écart énonciatif qui explique une dissémination et une fonctionnalité sociale de la médecine qui dépassent, de loin, ses compétences initiales (ce qu'il appelle la « médicalisation indéfinie »). Les progrès des Sciences du vivant accompagnent et favorisent une multiplication des lieux normalisés et « la médecine privée ne rend pas à elle seule possible un savoir sur les maladies ». Elle ne saurait être opposée à la médecine sociale. Toutes deux relèvent de la même stratégie biopolitique. La médecine n'est que sociale en son origine.

La lecture de *Dits et écrits*, indispensable du fait de l'ampleur des textes fournis montrant l'évolution des intérêts et des conceptualisations est très utilement complétée par celle des articles issus du colloque « Michel Foucault et de la médecine » qui s'est tenu en 1999 à l'Abbaye d'Ardenne, antenne normande de l'IMEC où ont été déposées les archives de Michel Foucault.

G. Massé

**Planification et évaluation des
besoins en santé mentale**

Viviane Kovess, Alain Lesage
Bénédicte Boisguerin, Louise Fournier,
Alain Lopez, Aubert Ouellet
Flammarion

C'est dans la foulée des échanges de Québec et de Nantes, qui se sont échelonnés de 1993 à 1995, qu'a été initié le projet sur la mesure des besoins en santé mentale, échanges auxquels a contribué particulièrement, du côté français, la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales des pays de la Loire. La Direction générale de la santé en France et le Comité de santé mentale du Québec ont alors constitué un groupe de travail composé de six auteurs, trois français et trois québécois, choisis en fonction de leur expertise complémentaire dans les domaines de l'épidémiologie, de la planification et de l'administration de la santé. Le mandat qui leur était confié consistait à produire un rapport sur la mesure des besoins en santé mentale à des fins de planification et d'évaluation. L'ouvrage présenté est constitué par ce rapport qui décrit les points de convergence et de divergence entre les concepts, les pratiques et les perspectives françaises et québécoises. Il propose une définition des besoins centrée sur les interventions susceptibles de stabiliser les problèmes de santé mentale et leurs conséquences. Même si la définition proposée se veut large, et ne se limite pas aux interventions cliniques, incluant le champ de la prévention, de la promotion et de la réhabilitation psychosociale, elle ne saurait couvrir toutes les définitions que l'on retrouve dans la littérature. Des perceptions différentes des besoins émergent selon le statut des personnes concernées par les problèmes de santé mentale : personnes souffrant de problèmes de santé mentale, utilisateurs des services, familles et proches, intervenants des institutions, associations et collectivités territoriales, planificateurs ou élus. Tout en évoquant différentes définitions des besoins, les auteurs ont clairement fait le choix d'une définition qui soit utile aux planificateurs. A partir d'une telle définition, ils recensent des outils concrets de mesure des besoins et proposent des stratégies d'utilisation des différentes sources de données pour en arriver à estimer les besoins. Ils suggèrent des pistes pour mieux tenir compte des besoins dans le processus de planification. Le lecteur à la recherche d'un livre de recettes permettant de déduire les besoins d'une population donnée à partir de quelques études ou de formules toutes faites sera déçu. La mesure des besoins à des fins de planification ne peut pas être un simple exercice technique. Elle constitue un processus de raisonnement sys-

tématique qui doit être éclairé par des mesures rigoureuses et des données probantes. Au bout du compte, une décision sera prise qui prendra en considération l'ensemble des informations utiles pour établir les besoins. Suivront les étapes d'établissement des priorités et l'organisation de la réponse aux besoins en fonction des ressources disponibles aux niveaux national, régional et local.

Une revue de la littérature en langue française et anglaise a été réalisée. De nombreux auteurs ont publié des études sur les besoins utiles à la planification en santé mentale et ont décrit les procédés permettant d'arriver à cette connaissance. Les résultats de ces travaux font l'objet de la troisième partie de ce travail, la description de certains outils de mesure figurant à la fin, dans des fiches techniques. La revue de la littérature confirme la nécessité de bien apprécier, au départ, la stratégie de mesure des besoins la mieux adaptée au projet de planification envisagé. Elle reprend toutes les informations dont disposent les planificateurs et propose des instruments et des méthodes.

La dernière partie développe diverses propositions qui découlent des situations observées dans les deux Etats et des connaissances rapportées dans la littérature. Le livre comprend, par ailleurs, plusieurs fiches techniques, signalées dans les chapitres correspondants. Le report de l'information plus technique dans des fiches permet d'alléger le rapport et de lui conserver un fil directeur tout en permettant au lecteur qui souhaite-

rait plus de précisions de connaître les méthodologies ou les détails concernant certaines situations spécifiques.

On trouve dans les fiches les descriptions respectives des systèmes sanitaires et sociaux des différents états et leurs enjeux actuels, les résultats détaillés de l'enquête auprès des planificateurs, les instruments de mesure des différentes dimensions évoquées dans le livre (santé mentale, fonctionnement social, qualité de vie, expérience des familles et mesure individuelle du besoin de soin), mais aussi la description détaillée des systèmes d'information et des textes, normes, recommandations de bonne pratique et règlements dans les deux Etats.

**Le test de Bender : une épreuve
projective**

Jean Buisson
L'Harmattan

Ce livre présente le « test moteur de structuration visuelle » de Lauretta Bender, nommé aussi « test de Bender » en France et « B.G.T. » (Bender Gestalt Test) dans les publications internationales. A partir d'un retour aux sources de l'épreuve et d'un exposé sur les principales recherches auxquelles elle a pu donner lieu, l'auteur précise l'orientation projective du test et l'ensemble des éléments nécessaires à sa pratique dans le cadre du bilan psychologique. Trois études de cas complètent et illustrent cette démarche.

Trouble de l'Adaptation avec Anxiété (TAA) : premières données épidémiologiques en médecine générale

Que les événements de vie aient une influence sur l'évolution et la sévérité d'un trouble psychiatrique est un fait admis. Que ces mêmes événements stressants puissent avoir un rôle causal dans l'apparition du trouble est une notion plus nouvelle, qui a amené les rédacteurs du DSM à ouvrir en 1980 le chapitre des Troubles de l'Adaptation (TA). Le DSM distingue trois catégories de TA : le TA avec anxiété (TAA), le TA avec dépression, et le TA avec perturbation des conduites. De part leur individualisation récente et l'absence de marqueurs cliniques ou biologiques spécifiques, les troubles de l'adaptation ont été des pathologies probablement sous-diagnostiquées car peu étudiées.

Une première étude mondiale sur la prévalence du Trouble de l'Adaptation avec Anxiété en médecine générale

Le Trouble de l'Adaptation avec Anxiété (TAA) se définit par une souffrance anxieuse et un handicap socio-professionnel pouvant être rattaché à un événement de vie déclenchant. Une étude épidémiologique* a évalué sa prévalence en médecine générale. La méthodologie de l'étude a reposé sur une procédure rigoureuse de sélection des patients et de validation du diagnostic par un entretien structuré : le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). 7 759 patients ont été vus en consultation par 78 médecins généralistes, ce qui a permis de retenir au travers de différents critères successifs de sélection, 158 patients présentant un TAA. Si l'on considère l'ensemble des patients, quel que soit leur motif de consultation, la prévalence du trouble est de 1% pour la forme isolée et de 2% pour la forme isolée ou associée à d'autres troubles psychiatriques. Dans le sous-groupe des patients consultant pour une plainte psychologique,

4.5 % présentent un TAA isolé, et 9.2 % sont porteurs d'un TAA isolé ou associé.

Une pathologie du sujet actif

Le TAA touche le plus souvent des sujets « actifs », puisque la moyenne d'âge des consultants présentant ce trouble est de 42 ans. Le retentissement professionnel ou social est particulièrement préjudiciable chez ces sujets, dont les capacités d'adaptation sont en permanence sollicitées. La mise en évidence du rôle déclenchant de certains événements de vie, telles que les difficultés professionnelles, retrouvées dans 28% des cas, ou les soucis de santé personnels ou familiaux (18 %), constitue une étape importante pour le diagnostic.

Une prise en charge jugée nécessaire dans plus de 90% des cas

Le TAA se caractérise par une souffrance anxieuse marquée. D'où l'intérêt d'évoquer ce trouble chez tout patient dont l'interrogatoire fait apparaître, à la fois, une souffrance anxieuse et des contraintes ou événements stressants dans l'environnement. Les médecins généralistes ayant participé à cette étude ont jugé dans 91% des cas que le niveau d'anxiété des patients justifiait une prise en charge. Le plus souvent, il s'agissait de l'association d'un anxiolytique et/ou d'un conseil à visée psychothérapeutique. ■

G.M.

* Etude transversale de la prévalence du Trouble de l'Adaptation avec Anxiété en médecine générale, W. Semaan, T. Hergueta, J. Bloch, Y. Charpak, A. Duburcq, ME Le Guern, C. Alquier, F. Rouillon, Encephale, 2001 ; XXVII : 238-44.

D'après les interventions de : F. Rouillon (hôpital A. Che-nevier et hôpital H. Mondor, Créteil), A. Duburcq (société Cemka-Eval, Bourg-la-Reine), T. Hergueta (Inserm U 302, La Pitié Salpêtrière), Conférence de presse des Laboratoires Biocodex, le 14 septembre 2001.

**Pour répondre à l'accroissement de ses activités,
à la diversification de ses pratiques et à
la création de nouveaux services et d'un nouvel établissement,
la Fondation Santé des Etudiants de France va ouvrir 12 nouveaux
postes de psychiatre au cours de la période 2001 - 2003.**

**Certains postes sont en cours de recrutement.
Pour tout renseignement, contacter**

Docteur Christian CIANCIONI, Directeur Médical

Tél. : 01 45 89 43 39 • Fax : 01 45 89 10 64 • E-mail: fondation.sef@wanadoo.fr

LIVRES

Risquer sa peauClaude Got
Bayard

Claude Got, dans ce livre de vulgarisation, s'appuie sur sa grande expérience du risque sanitaire. Il montre que certains risques très répandus et mortels mais aux causes et remèdes connus (tabac, alcool, automobile) sont bien tolérés. D'autres, infinitésimaux (listériose, canettes de soda, effraient. D'autres enfin, comme celui de la vache folle, sont mal connus mais entraînent dans l'ignorance et la peur d'éventuels procès, une surenchère de décisions coûteuses.

La résilience : le réalisme de l'espéranceFondation pour l'enfance
Erès

La résilience désigne l'aptitude à s'adapter malgré les événements douloureux. Cet ouvrage précise les facteurs de protection, au premier rang desquels se situent les relations affectives. D'autres facteurs déterminants de la résilience sont étudiés : la possibilité de créer des réponses positives avec son entourage, l'approche active pour mieux résoudre les problèmes, et enfin l'assurance que la vie a un sens et que ce sens est positif.

Les personnes handicapées vieillissantesCCAH (Comité national de coordination de l'action en faveur des personnes handicapées)
Rédaction coordonnée par Bernard Belin
L'Harmattan

Les personnes handicapées vieillissantes risquent d'être doublement condamnées à l'exclusion et peuvent rapidement, si nous n'y prenons pas garde, se trouver totalement isolées de la communauté. Le problème est relativement récent. Il a commencé à se poser il y a quelques années et il est apparu opportun de réfléchir ensemble à cette composante nouvelle de notre société, ignorée en son temps par la loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées, pour essayer d'arriver à des solutions constructives. Ce livre présente le travail collectif organisé par le Comité National de coordination et de l'action en faveur des personnes handicapées (CCAH) les 18 et 19 avril 2000 à l'occasion de ses « Journées Nationales » annuelles afin de définir les besoins de ces personnes, les mesures à prendre, les moyens à mettre en œuvre pour pallier les carences actuelles et, ceci, notamment en matière de structures d'accueil, d'accompagnement et de soutien.

Kléo, l'oisillon adoptéAnnie Stammler
L'Harmattan

Kléo, le coucou-geai s'adresse bien évidemment aux enfants, à tous les enfants tant il est vrai que l'adoption les concerne tous. Mais il s'adresse aussi aux parents adoptifs et représente sans doute un moyen supplémentaire de communiquer avec leur enfant (adopté) et de répondre aux nombreuses questions qu'il ne manquera pas de leur poser. L'histoire est belle, quoique douloureuse, l'illustration de l'auteur constitue un support visuel agréable et nécessaire aux jeunes esprits pour s'évader d'une histoire parfois embarrassante. Un livre pour les enfants à conseiller aux parents concernés.

Yves Contejean

ANNONCES EN BREF

29 septembre 2001. Paris. Rencontre Nationale organisée par le Cercle d'Etudes et de rapprochement entre la Dermatologie et la Psychanalyse (CERDP) : 3^{ème} journée de Psycho-Dermatologie sur le thème : *Les psoriasis*. Renseignements : CERDP, 8 rue de l'Abbaye, 75006 Paris.

10 octobre 2001. Paris. Séminaire du CTNERHI sur le thème : *L'éthique au service d'une analyse critique des pratiques auprès des personnes handicapées et de leurs proches*. Pour tout renseignement complémentaire, contactez Régine Martinez au 01 45 65 59 40. CTNERHI, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. Fax : 01 45 65 44 94. E-mail : ctnerhi@club-internet.fr. Site : http://perso.club-internet.fr/ctnerhi.

11 et 12 octobre 2001. Toulouse. XIII^{ème} Congrès de l'Organisation hospitalière sur le thème : *Ethique et organisation à l'hôpital*. Renseignements : Florence Boudoussier-Aniorh. Tél. : 04 77 12 74 97. Fax : 04 77 12 71 34. E-mail : florence.boudoussier@chu-st-etienne.fr.

16 octobre 2001. Forcilles. Seizième journée d'actualités médico-pharmaceutiques du Centre médical de Forcilles sur le thème : *Les encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles. Epizootie, infection nosocomiale, risque sériel ou aléa médical ?* Pour tout renseignement s'adresser au secrétariat de direction, tél. : 01 64 40 01 42.

18 au 20 octobre 2001. Toulouse. XXX^{èmes} Journées annuelles de thérapie psychomotrice organisée par le Syndicat National d'Union des Psychomotriciens sur le thème : *L'espace corporel, l'espace psychique et la clinique psychomotrice*. Renseignements : SNUP, 24 bd Paul Vaillant Couturier, 94200 Ivry-sur-Seine. Tél. : 01 56 20 02 91. Fax : 01 56 20 14 70. Site : www.snup.fr. E-mail : info@snup.fr. Permanence téléphonique mardi et jeudi de 9h30 à 13h30.

20 et 21 octobre 2001. Paris. Journées d'étude de la Société Française de Psychopathologie de l'Expression et d'Art thérapie sur le thème : *Le double et ses miroirs cliniques artistiques et scientifiques*. Renseignements et inscriptions : Dominique de Miscault, 68 ave. d'Italie, 75013 Paris. Tél. : 01 45 88 88 25.

23 octobre 2001. Paris. Colloque National dit de la Domus Medica sur le thème : *Le délire*. Renseignements : Secrétariat du 37^{ème} secteur de Paris, 11^{ème} section, Secteur de Ménilmontant, CHS de Maison Blanche, 3 ave Jean Jaurès, 93300 Neuilly-sur-Marne.

26 octobre 2001. Paris. Séminaire du CTNERHI sur le thème : *Interactions entre usagers et professionnels : les outils de régulation*.

Pour tout renseignement complémentaire, contactez Régine Martinez au 01 45 65 59 40. CTNERHI, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. Fax : 01 45 65 44 94. E-mail : ctnerhi@club-internet.fr. Site : http://perso.club-internet.fr/ctnerhi.

26 et 27 octobre 2001. Paris HEGP. Colloque sur le thème : *Achitecture et psychiatrie. Une nouvelle rencontre*. Renseignements : Pr Viviane Kovess, DRESP-MGEN, 3 square Max Hymans, 75478 Paris Cedex 15. Tél. : 01 40 47 24 20. Fax : 01 40 47 21 91. E-mail : vkovess@mgen.fr.

30 octobre 2001. Paris. 2^{èmes} Etats Généraux de la Sclérose Latérale Amyotrophique sur le thème : *La parole aux malades*. Renseignements : Elysabeth Ebel, Marie Vinatier, Greenwich Corporate. Tél. : 01 58 05 10 70. Fax : 01 58 05 10 71. E-mail : contact@greenwich-corporate.com.

8 au 10 novembre 2001. Toulouse. Colloque organisé par l'Institut de la Famille de Toulouse sur le thème : *Nouvelles parentalités, nouvelles pratiques thérapeutiques*. Renseignements et inscriptions : L'Institut de la Famille de Toulouse, 46 rue de Metz, 31000 Toulouse. Tél. : 05 61 52 31 34. Fax : 05 61 52 22 92. E-mail : ift@institut-famille.com.

8 au 10 novembre 2001. Besançon. Quatrième Colloque international du Réseau interuniversitaire européen de recherches cliniques et d'épidémiologie en sciences humaines. Troisième Colloque européen des jeunes chercheurs. Sur le thème : *Détresse sociale, souffrance psychique : un enjeu pour le sujet*. Renseignements : Géraldine Mougeot, Laboratoire de psychologie, université de Franche-Comté. Tél. : 03 81 66 54 41 de 9 à 12h et de 14h à 17h (sauf mercredi). Fax : 03 81 66 54 40. E-mail : geraldine.mougeot@univ-fcomte.fr.

17 et 18 novembre 2001. Paris. Journées de Paris de Euro-Psy Collectif Pernety sur le thème : *Psychanalyse et question du cadre*. Inscription : Euro-Psy Collectif Pernety, 45 bis rue Pernety, 75014 Paris. Tél. : 01 45 43 00 10. Fax : 01 45 45 45 45. Site : www.euro-psy.org. E-mail : secretariat@euro-psy.org.

19 au 21 novembre 2001. Paris. 13^{èmes} Rencontres Nationales de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (SMPR) organisées par le SMPR de Fresnes et l'UMD Henri Colin-Hôpital Paul Guiraud-Villejuif sur le thème : *Les dangers de la criminologie à la psychopathologie entre justice et médecine*. Secrétariat scientifique : SMPR de Fresnes, Service du Dr C. Beaurepaire, 1 allée de Thuyas, 94260 Fresnes. Madame C. Mirailles, tél. : 01 46 15 90 75, fax : 01 43 50 90 71. Madame C. Denis, tél. : 01 46 15 90 70, fax : 01 46 15 94 09.

22 et 23 novembre 2001. Dijon. Colloque organisé par la Conférence Nationale des Présidents de CME de CHS et l'Association des Psychiatres Présidents et vice-présidents de CME des centres hospitaliers avec la FNAP-Psy, l'UNAFAM, l'ADESM, la Fédération Croix-Marine, l'ANFIDE, l'ASCISM, le CEFI sur le thème : *Droit d'être soigné. Droits des soignants*. Renseignements et inscriptions : Carole Thiry-Bour, Clinique de Psychologie Médicale, BP 20230, 57372 Phalsbourg Cedex. Tél. : 06 20 56 69 07. Fax : 03 87 03 07 01.

23 et 24 novembre 2001. Tours. Colloque Enfances & Psy sur le thème : *Idéologies et enfances*. Renseignements et inscriptions : Séverine Lhoussène, Clinique Goerges Heuyer, 6 rue du Conventionnel Chiappe, 75013 Paris. Tél. : 01 45 85 25 17. Fax : 01 53 60 07 89 ou 01 45 85 13 44. E-mail : congres.ideo.enfances@wanadoo.fr.

29 et 30 novembre 2001. Rouffach. Colloque Graph sur le thème : *Hôpital psychiatrique et actions de coopération internationale*. Renseignements programme : Pierre Wesner, p.wesner@ch-rouffach.fr ; René Nething, r.nething@ch-rouffach.fr. Renseignements et inscriptions : Secrétariat de direction, Centre Hospitalier, BP 29, 68250 Rouffach. Tél. : 03 89 78 70 20. www.ch-rouffach.fr.

1er et 2 décembre 2001. Paris. Journées d'automne d'Espace analytique sur le thème : *L'art et la cure et ses effets*. Renseignements : Dominique Platier-Zeitoun. Tél. : 01 47 05 23 09. E-mail : espacana@club-internet.fr.

6 décembre 2001. Paris. Table Ronde APRID/Nervure sur le thème : *Troubles du comportement alimentaire et addictions*. Renseignements : APRID, 94 rue Lauriston, 75116 Paris. Tél. : 01 47 04 87 44. Fax : 01 47 04 87 08.

6 et 7 décembre 2001. Dax. 7^{èmes} Journées de Psychiatrie de Dax sur le thème : *Autour de la notion de secteur en psychiatrie*. Renseignements et inscription : CSM, 1 rue Labadie, BP 323, 40107 Dax. Tél. : 05 58 91 48 38. Fax : 05 58 91 46 84.

7 et 8 décembre 2001. Lyon. 12^{ème} Congrès de l'Association ANCRE-PSY sur le thème : *Secrets et confidences*. Renseignements : Secrétariat du Dr Angelo Poli, Centre Hospitalier, rue H.B. Porret, 69450 St Cyr au Mont d'Or. Tél. : 04 78 22 00 06. Fax : 04 72 42 20 65. Communication libre à adresser à : Dr Dominique Brengard, CMP, 12 rue Chomel, 75007 Paris. Tél. : 01 42 22 70 70. Fax : 01 42 22 33 58.

14 et 15 décembre 2001. Paris. 29^{èmes} Journées Scientifiques de Thérapie Comportementale et Cognitive. Renseignements et inscriptions : AFTCC, Secrétariat administratif, 29^{èmes} Journées Scientifiques, 100 rue de la Santé, 75674 Paris Cedex 14.

LE JOURNAL DE
NERVURE S'abonner
pour recevoir la formule complète :
REVUE + JOURNAL
+ FORMATION MÉDICALE CONTINUE
45€* (300 F) pour un an • 75€* (500 F) pour 2 ans (9 numéros par an)
*supplément étranger et DOM//Tom • 30€ (200F)/an

Je m'abonne pour : 1an 2 ans

Nom :

Prénom :

Adresse :

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

 Je souhaite recevoir une facture acquittée justifiant de mon abonnement