

LE JOURNAL DE NERVURE

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

Supplément à NERVURE
 Journal de Psychiatrie
 n° 1 - Tome XV - Février 2002

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

Louise L. Lambrichs

Mirko Grmek : un militant de l'histoire bien comprise

LIVRES

La schizophrénie en débat

Eugen Bleuler et Henri Claude
 Note éditoriale de Jacques Chazaud
 L'Harmattan

La XXX^e Session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Genève - Lausanne, 1926) a consacré un « moment historique » du débat, inachevé, sur les caractéristiques du groupe des schizophrénies. Autour de la position moniste-expansionniste de E. Bleuler qui remet, pratiquement à l'ordre du jour, dans ses variétés, la classique « psychose unique » de la psychiatrie « allemande », et du dualisme français (démence précoce/schizophrénie) de H. Claude, vont disputer et communiquer, le « phénoménologue » E. Minkowski, le « psychanalyste » Hesnard, le « Cérébraliste jacksonien » H. Steck, le professeur et historien (président de la Société Française d'Histoire de la Médecine), M. Laignel-Lavaistrie, le Pr. J. Levy-Valensi, H.W. Maier, le grand A. Forel et la fine fleur des asiles français (Anglade, P. Courbon, P. Sollier, M. de Montet) et européens (M. W. Boven, Vermelyen, A. Obregia, E. Mira, etc.). L'importance de ce Congrès tient moins à sa forme qu'à ses « séquelles ». Il annonçait soixante ans de recherches intensives - dogmatiques ou éclectiques - riches en perspectives psychothérapeutiques, en travaux neurobiologiques, qui n'ont, pas encore définitivement réglé l'ensemble des questions causales, conséquentielles et pathogéniques de la psychose majeure.

L'adolescent suicidaire

Xavier Pommereau

2^{ème} édition

Dunod

Dans la première édition parue en 1996, Xavier Pommereau faisait part de sa pratique et de celle de son équipe du centre Abadie, première unité hospitalière française spécifiquement dévolue à la prise en charge des jeunes suicidants, créée au CHU de Bordeaux en 1992. Fort de cette expérience de près de 10 ans, celui qui est reconnu comme le spécialiste français du suicide à l'adolescence, constate que les conduites suicidaires concerne les jeunes de plus en plus tôt, dès l'âge de 10-11 ans. Que si le sujet apparaît moins « tabou », les explications restent souvent sommaires, freinant le développement de véritables mesures préventives et thérapeutiques. Prenant en compte les données récentes et les « résistances », Xavier Pommereau approfondit sa réflexion là où doivent se dégager de nouvelles pistes de prévention et d'action.

Dès 1946, Mirko Grmek - encore étudiant en médecine - publie à Zagreb plusieurs articles médico-historiques sur le médecin istrien Santorio Santorio qui, au XVI^e siècle, fut parmi les premiers à chercher à mesurer objectivement les phénomènes pathologiques. En 1999, un an à peine avant sa mort, il publie son testament scientifique, *La troisième révolution scientifique*, dans une revue suisse. Entre-temps, en l'espace d'un demi-siècle d'activité ininterrompue, ce Français d'adoption, croate d'origine, européen dans l'âme, déploie une œuvre monumentale (sa bibliographie personnelle compte plus de mille entrées⁽¹⁾) dans laquelle il revisite et reconstruit la pensée médicale occidentale de l'Antiquité à nos jours, et qui lui vaudra dans son domaine les plus hautes distinctions (dont la médaille Sarton).

Qu'il s'agisse d'Hippocrate, de Galien, de la médecine au Moyen Age, de Claude Bernard ou de l'époque moderne, Grmek est ainsi devenu une référence incontournable au point que tous les historiens de la médecine occidentale sont aujourd'hui d'accord pour considérer que cet homme, profondément apprécié et reconnu aussi bien au départ par Jean Rostand ou Fernand Braudel que plus tard par Georges Canguilhem ou François Dagognet, a renouvelé en profondeur leur discipline. Et de même que *Le normal et le pathologique* reste un ouvrage qui a marqué l'histoire de la pensée médicale, il y a désormais, en histoire de la médecine, un « avant Grmek » et un « après Grmek ». Qu'apporte-t-il donc de si nouveau et comment y fut-il amené ?

REPÈRES BIOGRAPHIQUES

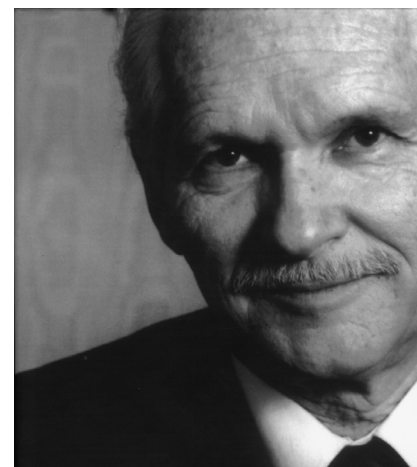
Pour l'approcher, essayons d'abord de répondre à la seconde question, en déployant rapidement le fil biographique qui constitue la trame de son itinéraire.

Le 9 janvier 1924, Grmek naît à Krapina, en Croatie (située alors dans le Royaume des Serbes, des Croates et des Slovènes), d'un père avocat et d'une mère très jeune encore et davantage attirée par le théâtre et la littérature. Il fait une partie de ses études primaires en allemand et maîtrise cette langue dès l'âge de sept ans. Sa mère lui apprend des rudiments de français.

Enrôlé en 1941 dans l'armée régulière croate, il fuit la Croatie de Pavelić pour s'inscrire comme élève-officier à l'Académie militaire de Turin, « excellente école polytechnique » où il acquiert une formation scientifique solide tout en apprenant l'italien, qu'il maîtrise bientôt comme sa langue maternelle. Engagé dans la résistance sans toutefois jamais s'inscrire au Parti communiste, il passe en Suisse (où il profite de ses heures de liberté pour

lire les philosophes occidentaux et pour élaborer son propre credo philosophique), puis en France, où il sert d'interprète aux armées américaines de Libération. De retour en Croatie à la fin de la guerre, il entreprend des études de médecine tout en commençant à publier ses premiers articles médico-historiques.

Dès lors, il poursuit en parallèle sa formation médicale et ses études historiques. Promu médecin en 1951, il fonde à Zagreb le premier Institut d'histoire de la médecine et développe rapidement une intense activité qui le fait bientôt remarquer par ses pairs, et participe à de nombreux congrès internationaux.



En 1953, il quitte la carrière médicale pour se consacrer à son travail d'historien, tout en continuant de se tenir au courant des recherches scientifiques en cours et des dernières découvertes.

Après une brillante carrière dans son pays natal (très jeune il est nommé professeur à la Faculté de médecine de Zagreb, publie abondamment et assume de nombreuses responsabilités éditoriales), il décide à la fin des années cinquante, à la suite d'une série d'événements - personnels et professionnels -, de quitter la Yougoslavie pour s'installer en France (où l'accueillent notamment Fernand Braudel et Georges Canguilhem, sous la direction duquel il fera sa thèse de doctorat sur Claude Bernard) et demander sa naturalisation.

Autrement dit, à trente-sept ans, il décide d'abandonner une situation sociale établie et plus qu'honorable, à partir de laquelle il aurait pu confortablement terminer sa carrière en accumulant les lauriers, pour une situation fort précaire dans la mesure où, aucun de ses diplômes n'étant reconnu en France, il va lui falloir, pour s'imposer dans sa discipline, repartir de rien.

Le début des années soixante marque un tournant dans ses recherches. « L'horizon de mes

intérêts commence à s'élargir : au départ, je me suis intéressé principalement, d'un côté à l'histoire de la médecine chez les Croates et plus généralement chez les peuples slaves, et d'un autre côté aux questions de déontologie médicale. Je commence à changer l'orientation de mes recherches médico-historiques en passant de l'étude des pratiques du passé et des rapports entre médecin et malade à l'analyse des concepts scientifiques dans le domaine biomédical. Je m'éloigne ainsi de l'histoire de la médecine traditionnelle pour m'engager dans une direction plus philosophique, épistémologique, et moins sociologique ou anecdotique. (...) De plus en plus captivé maintenant par l'histoire des concepts, je me rends compte que deux périodes de l'histoire de la médecine traditionnelle plus haute attention : l'Antiquité grecque et le XIX^e siècle. J'en choisis alors deux personnages clés : Hippocrate et Claude Bernard. Bien entendu, je n'ai pas abandonné mon intérêt pour le Moyen Age slave... »

Nommé attaché puis directeur de recherche au CNRS, Grmek en effet ne cesse d'élargir ses champs de compétence sans jamais abandonner les sujets qu'il a déjà étudiés mais en continuant au contraire de les enrichir à la lumière de ses nouvelles avancées. Si bien qu'assez rapidement, il acquiert une érudition d'une ampleur telle qu'aucun spécialiste en France ne peut rivaliser avec lui sur son terrain ; un terrain - l'histoire de la médecine et des sciences biomédicales - qu'il enrichit d'année en année de vues originales et de concepts novateurs ouvrant sur une nouvelle compréhension du passé et ainsi du présent, tout en le dotant d'une méthodologie rigoureuse jetant des ponts vers d'autres disciplines, telles la paléopathologie, la philologie, la philosophie des sciences, la médecine, les sciences biologiques.

Installé en France dès 1963, il développe - tout en travaillant à sa thèse qui lui permettra d'être nommé en 1973 professeur et directeur d'études à l'École Pratique des Hautes Études et tout en assumant une intense activité éditoriale - de nombreux contacts avec ses collègues étrangers. Maîtrisant, outre les langues anciennes, les principales langues européennes, son activité ne connaît pas de frontières, du moins en Occident. Car c'est bien l'homme occidental qui l'intéresse, comme en témoignent deux de ses ouvrages fondamentaux : *Les Maladies à l'aube de la civilisation occidentale* (Paris, Payot, 1983) et *Histoire de la pensée médicale en Occident* (Paris, Le Seuil, 3 vol., 1995, 1997, 1999). Outre ses participations à de multiples congrès internationaux en Italie, en Angleterre ou en Allemagne, il accomplit ainsi plusieurs voyages d'abord dans les pays de l'Est, puis aux États-Unis où il donne de nom-

LIVRES

Traité de l'essence et guérison de l'amourou
De la mélancolie érotique (1610)

Jacques Ferrand

Edition, notes et traduction des citations grecques et latines par Gérard Jacquin et Eric Foulon
Introduction de Gérard Jacquin
Postface de Michel Gardaz
Anthropos

Avec cette édition que procurent Gérard Jacquin et Eric Foulon, la version de 1610 du *Traité de l'essence et guérison de l'amour* de Jacques Ferrand, condamné à être détruite, en 1620, par un tribunal ecclésiastique toulousain, devient pour la première fois largement accessible. Médecin d'origine agenaise que ses lectures ont ouvert aux théories les plus diverses, J. Ferrand propose un tableau complet de la mélancolie érotique. Mais il n'est pas seulement un compilateur, s'attachant à décrire les symptômes et les causes de ce mal pour le guérir, il se fonde sur son expérience de praticien et se situe résolument dans une perspective médicale. Sceptique envers certaines pratiques divinatoires ou magiques, il ne recourt aux remèdes chirurgiques et pharmaceutiques que lorsque la parole, dévoilant les mensonges de la passion, ne suffit pas. Son ouvrage a contribué à une approche psycho-pathologique d'un domaine qui relevait jusqu'alors de la démonologie et de l'exorcisme.

Le consentement et la recherche épidémiologiqueSous la direction de David Weisstub
L'Harmattan

Cet ouvrage fait partie d'une série de volumes dont les trois premiers sont : *Réflexions philosophiques et historiques*, *La régulation de la recherche* et *Les populations vulnérables*. Le consentement informé est la pierre angulaire de l'éthique de la recherche et de la bioéthique elle-même. Des études transculturelles démontrent que notre compréhension de ce concept a changé depuis que le Code de Nuremberg l'a énoncé pour la première fois. La recherche actuelle dans le domaine de la santé pose de nouvelles questions en ce qui concerne les essais cliniques et l'emploi des placebos, les études de populations ou les études épidémiologiques. Ce quatrième et dernier volume examine ces problèmes et conclut une réflexion sur l'éthique de la recherche à partir de perspectives historiques, philosophiques, juridiques et sociales. Une importante bibliographie, surtout de langue anglaise, couvre les sujets des quatre volumes.

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

A partir de quatre formes de souffrance psychique, l'auteur, psychomotricienne dans une institution psychiatrique pour adultes, montre en quoi et comment une approche psychomotrice est possible même lors de crise. Cette thérapie révèle un accès à la communication avec des personnes qu'une pensée gravement destructurée conduit à une rupture de contact. L'auteur fait partager son cheminement de la clinique à la théorie autour de la rupture du lien corps-psychisme et montre comment ce lien se restaure, par le biais du corps.

BIOGRAPHIE (suite)

breuses conférences et assume à plusieurs reprises de véritables cycles d'enseignement, notamment à Berkeley.

Les années 1973-1989 marquent l'apogée de sa carrière en France : il dispense pendant cette période, dans le cadre de l'EPHE, un enseignement aussi varié qu'original qui lui vaut un auditoire fidèle tant français qu'étranger, et qui rend compte – selon les principes de l'École – de l'évolution continue de ses propres recherches. Il traite ainsi, parmi d'autres thèmes : « *La pathocénose de l'Antiquité et du Moyen âge, une nouvelle approche dans l'étude historique des maladies* », « *La médecine parisienne au XIX^e siècle* », « *Les sciences de la vie dans la pensée méditerranéenne du XVI^e siècle* », « *Aspects historiques et fondements logiques du concept de maladie* », « *Logique et psychologie de la découverte scientifique* », « *Les sciences de la vie et la médecine en France pendant la seconde moitié du XVII^e siècle* », « *L'expérimentation biologique et la chirurgie au XIX^e siècle* », « *La description et la conceptualisation des maladies de Morgagni à Laennec* », « *L'expérimentation physiologique de Galien à Claude Bernard* », « *Histoire des méthodes d'investigation dans les sciences de la vie* », « *L'expérience clinique et la formation des entités nosologiques modernes* ».

Parallèlement à cet enseignement, il publie de nombreux ouvrages, dont son *Histoire du sida* (1989), qui le fait connaître d'un plus large public et où il applique pour la première fois à une maladie émergente la méthode historique qu'il a mise au point pour étudier les maladies de l'Antiquité ; ce qui lui permet d'éclairer cette pandémie d'une hypothèse explicative qui reste d'actualité : constatant que l'épidémie survient au moment même où la variole a été éradiquée et où les moyens scientifiques et technologiques de diagnostiquer le sida ont été élaborés, il en déduit – puisqu'on ne peut raisonnablement établir entre ces trois événements des relations de cause à effet – qu'ils doivent avoir une cause commune. Or, cette cause commune paraît bien être le progrès technologique. C'est lui en effet qui a permis d'éradiquer la variole ; c'est lui encore qui a permis d'élaborer de nouvelles techniques diagnostiques ; c'est lui enfin qui, à un rétrovirus dont il sera prouvé qu'il existait déjà en 1952 mais qui alors tuait son hôte avant même que celui-ci ait pu contaminer un grand nombre de personnes, ouvrira soudain des voies beaucoup plus larges de transmission (par les nouvelles méthodes de transfusion sanguine qui dépassent la technique du bras à bras, par l'utilisation en masse des seringues chez les toxicomanes, par les voyages transcontinentaux permettant des échanges massifs de population et des rencontres plus nombreuses parmi les groupes multipliant les partenaires sexuels, en particulier les homosexuels). Dès ce moment-là, il attire donc l'attention sur les effets pervers du progrès pensé uniquement dans une perspective de profit et sur les dangers que présente le traitement industriel des produits sanguins ainsi que sur les risques existants notamment pour les hémophiles ; cependant, à l'époque, l'affaire du sang contaminé ne fait pas encore la une des médias et personne ne croit qu'un historien des maladies peut apporter des conclusions intéressantes notre avenir. N'avons-nous pas appris à l'école que l'histoire n'est que le récit des événements du passé ? Et comment imaginerions-nous que cette discipline est en réalité tout autre chose ?

En 1989, après avoir formé de nombreux disciples qui non seulement en France, mais en Allemagne, en Italie, en Suisse, aux États-Unis, au Mexique, au Canada, en Angleterre, se réclament de son enseignement, il prend

sa retraite et profite de cette disponibilité nouvelle pour mettre au point de nombreux travaux en cours et publier l'une de ses œuvres maîtresses, à laquelle j'ai déjà fait allusion : la première *Histoire de la pensée médicale en Occident* (I : *Antiquité et Moyen Age* ; II : *De la Renaissance aux Lumières* ; III : *Du romantisme à la science moderne*). Ouvrage éclairant s'il en fut, qui, rompant avec les histoires anecdotiques et légendaires flattant l'imaginaire médical, reconstruit une pensée vivante en quête d'une compréhension de ses propres pratiques et d'une prise toujours plus précise et efficace sur la pathologie.

Mais sa retraite est aussi, pour lui, une période de nouvel engagement politique : de même qu'il s'était engagé en 1941 contre la dictature nazie, il se mobilise cette fois contre la dictature de Milosevic dont l'armée vient d'envahir sa patrie de naissance, la Croatie, et publie de nombreux articles et deux ouvrages en collaboration pour faire comprendre au public français les véritables ressorts de ce drame⁽²⁾. Se battant pied à pied contre la désinformation de quelque bord qu'elle vienne, il accomplit là encore un précieux travail de retour aux sources et de critique rigoureuse des idéologies et des préjugés historiques qui hantent les politiques, tant française que yougoslave.

Atteint en 1999 d'une maladie de Charcot (SLA), il meurt à Paris le 6 mars 2000, après s'être battu plusieurs mois encore pour créer à Paris un centre culturel croate dont il souhaitait faire un lieu de rencontres et d'échanges, indépendant des instances politiques, pour permettre aux Français et aux Croates, ces deux peuples européens dont il se réclamait également, de mieux se connaître et, ainsi, de se comprendre.

UNE DÉMARCHE LUCIDE ET EXIGEANTE

A ses amis proches, Mirko Grmek confiait volontiers, avec toute la prudence qu'exige une telle déclaration, que la Deuxième Guerre mondiale avait été sa « chance ». Et il s'en expliquait volontiers : tout en déplorant le conflit mondial et ses conséquences effroyables (en particulier en Croatie), il constatait avec étonnement que cet événement catastrophique avait eu, dans son cas particulier, des effets bénéfiques. C'est grâce à la guerre, survenue alors qu'il avait dix-sept ans, qu'il avait pu échapper à la sollicitude un peu encombrante de sa mère, qui le couvait d'autant plus qu'il avait été soigné un an plus tôt pour une primo-infection tuberculeuse ; c'est grâce à la guerre qu'il avait pu quitter la Croatie et s'engager en Italie, dans les rangs de la résistance, où il avait appris l'italien et découvert ce pays auquel il restera profondément

La vie, les maladies et l'histoire

Mirko D. Grmek

Suivi de

Mirko D. Grmek, un humaniste européen engagé

par Louise L. Lambrichs

*Seuil***La guerre comme maladie sociale et autres textes politiques**

Mirko D. Grmek

Préface d'Alain Finkielkraut

Seuil

La vie, les maladies et l'histoire est constitué par la traduction d'entretiens avec un journaliste italien menés en 1998 dans le but de constituer un livre pour le grand public. Son intérêt est évident puisqu'il précise les grandes lignes d'une pensée et d'une œuvre dont la bibliographie chronologique intégrale, publiée en fin

attaché et où il ira par la suite donner régulièrement des conférences et enseigner ; c'est grâce à la guerre enfin qu'il avait pu bénéficier d'une formation scientifique et découvrir les grands textes philosophiques pour revenir en Croatie, après la Libération, avec un credo philosophique déjà mûri et un véritable projet de vie : comprendre l'humain⁽¹⁾.

Or, comment mieux le comprendre qu'en faisant au départ des études de médecine pour s'orienter ensuite vers l'histoire de la pensée ? « *Ma curiosité dominante* – écrit-il dans *La vie, les maladies et l'histoire – était de type scientifique : en fait, j'ai surtout choisi d'étudier la médecine parce que, parmi les diverses possibilités d'études, c'est celle qui me paraissait le plus tournée vers l'aspect anthropologique. J'espérais apprendre tout ce qu'on pouvait savoir sur la nature et sur la condition humaine* ».

Ce serait toutefois un contresens que de voir dans ce choix celui d'un intellectuel se réfugiant dans l'abstraction et fuyant les dures réalités à l'ombre des laboratoires ou des bibliothèques. Pour lui, cette orientation constitue au contraire et d'emblée un engagement responsable, au même titre que son engagement politique : parce que penser, écrire, transmettre par l'enseignement les résultats de ses recherches, engagé autant l'avenir que prendre les armes, et si Grmek n'eût certainement pas souscrit à l'idée que nous vivions « la fin de l'histoire », il milita pourtant toute sa vie pour une nouvelle façon de penser l'histoire, résolument tournée vers l'avenir, et pour construire un nouvel humanisme dont il fut sans aucun doute l'un des premiers représentants.

Pour saisir l'esprit de sa démarche, il faut revenir à ce credo philosophique qu'il élabore pendant la guerre, après avoir lu Kant, Hegel, Schopenhauer, Darwin – parmi d'autres : « *Chaque espèce vivante* – écrit-il – *a une stratégie particulière et des moyens spécifiques de survie. L'éléphant a sa force, l'oiseau sa capacité de voler, la bactérie son adaptabilité ; l'homme, lui, a son intelligence. Nous ne comprenons les choses que dans la mesure où elles peuvent être utiles pour notre survie et pour la domination des autres êtres et sur le cadre naturel. Les questions métaphysiques dépassent notre entendement car il ne s'est pas constitué pour les affronter* »⁽³⁾. Se définissant comme agnostique (et non comme athée), il comprend rapidement que l'histoire – et notamment l'histoire de la médecine – telle qu'elle se transmet de génération en génération est un tissu serré de mythes et de légendes s'appuyant sur des faits pas toujours avérés mais si souvent répétés qu'ils en acquièrent dans l'imaginaire collectif force de vérité. Comment savoir ce qui est vrai ?

(suite p.11)

de volume, comporte (livres et articles confondus) plus de mille entrées. Deux ans avant sa mort, Mirko Grmek confie ses convictions profondes sur la vie et la mort, cachant la sienne, inexorable à court terme. Ce premier volume contient, également, une solide esquisse biographique de Louise Lambrichs. Dans *La guerre comme maladie sociale et autres textes politiques* sont présentés les articles de presse consacrés à la Croatie, nation d'origine de Mirko Grmek au cours de la guerre en Yougoslavie. L'ensemble est passionnant de bout en bout. Au-delà de l'unité d'un homme, l'historien des sciences biomédicales, se trouve éclairé de façon intime et ramassée alors que l'œuvre est considérable, l'attachement à la Croatie, « perte de la nation tout à la fois négligée et agressée », comme le souligne Alain Finkielkraut dans sa préface est exprimée avec une rigueur toute scientifique. Il n'en fallait pas moins dans un fort climat de désinformation.

G. Massé

Troubles du comportement alimentaire et addictions

La table ronde APRID / Nervure qui s'est tenue le 6 décembre 2001 à l'Institut Mutualiste Montsouris a été consacrée à ce thème

Clarification de la notion d'addiction

La notion d'addiction propose, en s'appuyant sur plusieurs références théoriques, de constituer sur le plan clinique une nouvelle catégorie transnosographique. Son extension au cours des années 1990 lui confère aujourd'hui une polysémie telle que cette notion mérite d'être réinterrogée dans sa pertinence et ses limites d'un point de vue à la fois historique, clinique, théorique et épistémologique.

Pour ce faire, et après un bref rappel étymologique, Alain Rigaud a indiqué les étapes et les enjeux successifs de l'émergence de la notion moderne d'« addiction » à partir de la psychiatrie et de la psychanalyse jusqu'aux propositions cognitivo-comportementales de A. Goodman en 1990 et la promotion actuelle de l'addictologie en France depuis 1998.

Au terme de cette étude, il a proposé de reconnaître à la notion d'addiction au moins six acceptions distinctes :

1/ une acception clinique, historique et restreinte, synonyme de toxicomanie et de dépendance aux substances psychoactives ;

2/ une acception psychanalytique qui spécifie certains processus inconscients dans la mesure où ils tendent à assurer une fonction de protection pour la vie psychique quand une faille traumatique de l'environnement est venue affecter trop précocement les processus de séparation-individuation et les assises narcissiques ; ces processus n'ont pas nécessairement une expression comportementale et clinique ;

3/ une acception cognitivo-comportementale strictement définie : le trouble addictif ou *Addiction* de A. Goodman (1990) ;

4/ une acception contemporaine proposant à partir du Trouble Addictif le regroupement transnosographique des nouvelles addictions comportementales, c'est-à-dire des conduites impulsives ou de dépendance communément identifiées comme addictives parce qu'elles s'avèrent répétitive et durables : troubles liés à l'utilisation d'une substance, troubles des conduites alimentaires et troubles du contrôle des impulsions ;

5/ une acception hypothétique : le modèle général explicatif de l'Addiction qui se propose, avec ses modèles complémentaires, de rendre compte à la fois de ce Trouble Addictif et des nouvelles addictions comportementales pour définir de nouvelles stratégies thérapeutiques ;

6/ une acception française et restreinte aux différents comportements de consommation de substances psychoactives qualifiés de pratiques et conduites addictives qui mobilise une nouvelle politique publique de santé et une évolution des représentations dans ce champ.

L'existence d'autant d'acceptions différentes indique combien cette notion d'addiction exige d'être encore discutée et invite chacun à préciser dans tout débat à quelle sorte d'addiction il se réfère.

Le retour en psychothérapie de l'ancienne anorexique

Les données des psychothérapies de patients ayant été anorexiques à l'adolescence, qu'ils aient ou non été soignés comme tels, peuvent contribuer à la connaissance de l'organisation psychique sous-jacente au processus ano-

rexique. Outre le problème méthodologique, à partir d'une large expérience, Bernard Brusset a envisagé quelques conclusions qui peuvent être tirées des régularités observées dont quelques exemples ont été donnés. Outre la persistance de certains troubles ou de certaines préoccupations typiquement anorexiques ou boulimiques, ou des conséquences à long terme de ceux-ci, il s'agit surtout de l'adolescence différée, ou retrouvée autrement lors de la crise du milieu de la vie, des difficultés de relation avec le corps et avec les aliments, mais surtout et fondamentalement avec l'identité sexuelle et avec la mère. Il peut s'agir de vécus persécutifs à minima, d'une insatisfaction affective avec dépressivité et, parfois, du sentiment de « passer à côté de sa vie » quelles que soient les réalisations effectives. La reprise d'un travail psychanalytique permet de préciser certaines caractéristiques des rapports avec l'imgo maternelle.

Les boulimies : aspects récents en pratique

Les troubles du comportement alimentaire ne concernent pas essentiellement l'adolescence, mais bien tous les âges de la vie chez la femme. Ceci est particulièrement vrai pour la *Bulimia Nervosa* et le BED (binge eating disorder) des auteurs anglosaxons. Christine Vindreau a précisé que ce sont surtout les boulimiques vomisseuses présentant un déséquilibre pondéral et métabolique, mais aussi une grande désorganisation de leurs conduites et de leur fonctionnement psychique, que l'on voit à l'hôpital, ou dans les services très spécialisés. Dans la population générale, ces syndromes sont fréquents, encore mal identifiés par les patients eux-mêmes, et rarement reconnus par les omni-praticiens (diagnostic fait seulement dans 9% des cas en médecine générale). Leur association à une prévalence élevée des troubles psychiatriques, somatiques (le diabète, par exemple) et de dysfonctionnements divers est frappante. Anxiété, dépression, conduites de dépendance, sont le plus souvent signalées. Cette clinique actuelle de la boulimie a été présentée à travers l'étude d'une population de patients hospitalisés à l'Hôpital Paul Brousse,

et en particulier de leur fonctionnement émotionnel et celle des données de la littérature récente. Tous ces travaux soulignent la nécessité d'une information des patientes et de leur médecin de ville, d'un dépistage des troubles à des âges divers, d'un traitement de l'anxiété et des troubles associés, comme d'une double prise en charge psychologique, bien sûr, et nutritionnelle.

Anorexie et mélancolie

Dans les Troubles de Conduites Alimentaires, les dimensions addictives et dépressives coexistent jusqu'à se confondre ou à alterner la gestion de la dépendance à l'objet humain, en particulier maternel. Pour bien étudier leur lien, Maurice Corcos qualifie la nature de cette dépression plutôt que de simplement évaluer son incidence et sa prévalence. L'approche quantitative est réductrice et donne des résultats extrêmement contradictoires en fonction du registre psychopathologique rencontré et de la date d'évaluation. Ont été évoqués les liens sur le plan structural de la fragilité des assises narcissiques sur fond de carence et de sensibilité dépressive que présentent ces patientes avec les organisations dépressives suivantes : dépressivité, dépression essentielle, mélancolie. Leurs difficultés d'élaboration et leur agir comportemental reflètent l'échec relatif des processus d'intériorisation et de projection, ce que l'on peut traduire cliniquement par l'échec dans la constitution d'une véritable mélancolie comme d'une paranoïa, alors que ces deux problématiques se retrouvent en arrière-fond et constituent de possibles modalités évolutives, même si elles demeurent exceptionnellement dans leurs formes majeures. Ce double échec correspond à un besoin de disqualification des éprouvés interne, voire de déni, leur dévoilement étant immédiatement associé à des sentiments de honte, et parfois d'effondrement du Moi en rapport avec un vécu de soumission à l'objet ou même d'envahissement par celui-ci. Ainsi, ce que l'on observe cliniquement est dès lors des décompensations anaclitiques mélancoliformes ponctuant des intervalles libres marqués par une personnalité conformiste (alexithymie) qui se défend de la menace dépressive à l'aide de ce que l'on pourrait appeler une solution dépressive et antidépressive à expression corporelle et comportementale. Après la table ronde, le Prix Jean Trémolières a été remis à Chantal Bizeul pour son Mémoire de DEA de Psychologie clinique, pathologique et psychanalytique Université Paris V - René Descartes : « Contribution à l'étude de la relation entre anorexie mentale et dépression ». ■

G. Massé

LE PRIX HENRI PHILIPPART EN EPIDEMIOLOGIE ET SANTE PUBLIQUE

Le Prix Henri Philippart en épidémiologie en santé publique d'un montant de 150.000 francs (22.867 euros), financé par GlaxoSmithKline, vient d'être attribué au Pr Gérard Salem (Paris) et son équipe. Décerné pour la première fois, ce prix a pour but de promouvoir les travaux scientifiques dans le domaine de la santé publique. Il relève d'un partenariat avec l'association des épidémiologistes de langue française et l'Institut de veille sanitaire (InVS). Un jury composé d'experts et de spécialistes et présidé par le Pr Catherine Grillot-Courvalin (CNRS, Paris) a examiné les dossiers.

Le projet retenu va étudier les disparités socio-spatiales d'états de santé des jeunes hommes français en exploitant la base de données médico-sociales constituée par le Service de santé des armées et la Direction centrale du service national, lors des visites d'aptitude au service national. Ces données couvrent la période 1987-1996 et concernent plus de quatre millions d'hommes. Pour chacun, les chercheurs disposeront des 7 indicateurs sociaux, culturels et médicaux, et de sa commune de résidence. Ils souhaitent pouvoir dresser à une échelle spatiale fine l'état des lieux sanitaire en France pour cette population, puis croiser ces informations avec d'autres indicateurs de santé et sociaux. Les résultats devraient pouvoir donner aux décideurs de santé publique des indications sur la prise en charge sanitaire des jeunes et sur les problèmes de santé à venir. Le Pr Salem a déjà utilisé cette base de données pour étudier la géographie française de l'obésité.

Pour le prix 2002, les dossiers de candidature doivent être adressés avant le 31 mai 2001 à la direction des affaires économiques et des prix du laboratoire GlaxoSmithKline à Marly-le-Roi (Yvelines).

B.L.

LIVRES

Distance et santé

La question de la proximité des soins

Emmanuel Vigneron

Coll. *Médecine et Société*

Section *Territoire et économie de la santé*

PUF

Ce livre pose la question de l'organisation spatiale au cœur d'un domaine d'intérêt général : la santé. Il contribue, également, par l'œil du géographe et avec ses outils, au débat sur l'organisation des systèmes de santé, et plus généralement au débat sur l'organisation des services d'intérêt général. La question de la distance aux soins n'est plus une affaire de kilomètres, elle est une affaire d'inégalités, de barrières. Le critère pertinent pour l'équité en matière sanitaire est davantage l'accessibilité que la distance. En passant de la distance à l'accessibilité et à son organisation, l'auteur nous conduit à franchir un pas, de la description géographique à la décision politique. Poser la question en termes de choix collectifs amène à se demander qui se prononce sur ces options et qui fait les choix. Pour que le plus grand nombre puisse s'approprier les termes du débat, cet ouvrage propose des outils : mesures de l'attractivité, du potentiel, bassins de santé.

La question du genre et autres essais psychanalytiques

Daniel Leader

Editions Payot et Rivages

Daniel Leader ne souhaite pas se focaliser sur « les développements internes » à l'œuvre de Freud mais désire dévoiler les questions sous-jacentes à la préoccupation de ce dernier. Cet ouvrage ne constitue pas une simple étude des notes de bas de page de l'œuvre de Freud mais plutôt un questionnement de certains points de théorie. Dans un premier temps, l'auteur s'intéresse à la façon dont ces concepts musicaux peuvent aider, en psychanalyse, à formuler des problèmes cliniques. Il met l'accent sur le fait que ces concepts sont présents chez Freud, et que « ces références musicales font écho à la terminologie psychanalytique des mécanismes de rêve ». Il développe l'idée que la perlaboration, négligée dans la littérature analytique, associée à ces références musicales contribuent à une meilleure compréhension du Temps en psychanalyse. Est abordée, ensuite, la question du genre en s'interrogeant sur la négligence de Freud, de 1920 à 1930, envers la sexualité féminine. comme sur les questions soulevées par le Complexe d'Œdipe et le moment de construction de la féminité et de la masculinité. La troisième partie est basée sur la théorie du fantasme, et plus particulièrement, sur le fantasme « d'être battu », dégageant les implications contenues dans les travaux de Freud et de sa fille ainsi que dans ceux de Lacan pour, ensuite, s'intéresser à la conception kleinienne de la position dépressive et à la réponse de Lacan, en résonance, sur « le stade du miroir ». Les deux derniers chapitres se centrent, respectivement, sur la notion de « représentation de la psyché », une recherche des termes apparentés à l'intériorisation, et sur le bien-fondé des origines scientifiques de la psychanalyse, qui a pour seul point commun, quelles que soient les écoles, Freud. Pour finir, ce livre offre un séminaire inédit de Mélanie Klein : « Sur le développement du complexe d'œdipe ».

N. Guillebot

LIVRES

Enfants délaissés, adoptions tardives**En France et en Europe**

Claire Gore

Préface de Marcelline Gabel

Postface de Jean-François Mattei

ESF éditeur

L'adoption tardive n'est que la phase ultime d'un processus psychologique lié au délitement des liens parents-enfants, et d'un processus juridique et social particulier à chaque pays de l'union européenne. En France, la procédure juridique qui l'accompagne est essentiellement définie par la loi du 22 décembre 1966, remaniée en 1976 puis en 1996 par la loi dite Mattei. Dans un tel cadre, il est nécessaire de savoir que l'enfant devenu pupille éventuellement adoptable n'est pas un enfant « sans famille », mais un enfant victime d'un délaissement parental progressif, bien difficile à identifier, à évaluer et traiter tant il nous interroge et remet en cause nos valeurs, nos vécus et pratiques. Claire Gore, explore l'expérience d'enfants ayant eu à vivre une telle évolution et à traverser un parcours bien périlleux, de la naissance à l'adoption, à partir de leur placement familial. Ces enfants qui ont tous souffert d'un désinvestissement parental insidieux et durable, ont pu être décalés judiciairement abandonnés, et devenir adoptables. Le suivi de leur évolution, sur plusieurs années, permet de mettre en évidence les aléas de ces parcours, d'approfondir les critères d'adoption et d'établir les conditions nécessaires au bon déroulement de leur adoption.

Maladie mentale et pauvreté

François Sicot

L'Harmattan

Cet ouvrage analyse les recherches, tant françaises qu'anglo-saxonnes, épidémiologiques ou sociologiques, qui abordent les relations entre maladie mentale et pauvreté. Dans un second temps, il présente les résultats d'une recherche sociologique empirique menée pendant plusieurs années dans un département français à la fois pour connaître la situation sociale de patients de psychiatrie et, sur l'autre versant, pour comprendre les processus de désignation et d'orientation en psychiatrie des usagers du travail social dont on juge qu'ils ont besoin de soins. Si les pauvres apparaissent surreprésentés dans certaines institutions de prise en charge psychiatrique, c'est le résultat de plusieurs processus qui se conjuguent : politiques de recrutement et de sélection des services assurant des soins en santé mentale, renommée de ces différentes institutions auprès du public, existence de filières de prise en charge, inégal pouvoir des acteurs à faire valoir leur « libre choix », demande sociale.

Vies en urgence

Éditions de l'Encre Vive*

Matthieu Méreau, médecin, et Jean-Pierre Sageot, photographe, cosignent un ouvrage émouvant sur les réalités des services urgents « pour que le lecteur appréhende un peu mieux ces services et les professionnels qui les font vivre ». Les textes ont bénéficié de l'expertise de Nadine Ruolt, chef de service au Centre Hospitalier de Lens (Pas-de-Calais), les photos ayant été prises au CHU de Lille et dans les Centres Hospitaliers d'Arras, Denain, Lens, Tourcoing et Valenciennes. L'ouvrage a reçu le soutien de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais. Son directeur, Gérard Dumont, a rédigé la préface.

* 71, boulevard Montebello - 59000 Lille.

Troubles bipolaires : avancées cliniques et thérapeutiques

Les 16 et 17 novembre derniers, à Florence, s'est tenu, sous l'égide de l'« International Academy for Biomedical and Drug Research », un symposium consacré aux innovations dans le diagnostic et le traitement des troubles bipolaires. Psychiatres et neuropharmacologues ont synthétisé les connaissances dans le domaine des troubles bipolaires afin de satisfaire aux exigences de bonne pratique thérapeutique. Les échanges furent nourris, constructifs et souvent passionnés.

Le spectre bipolaire

Jules Angst, de l'Hôpital Universitaire de Zurich, a ouvert ce congrès en présentant une vision pertinente du concept de spectre bipolaire. Classiquement, la maladie bipolaire est divisée en quatre sous-types :

- le type I : un épisode maniaque franc au moins même si la dernière décompensation peut être de nature dépressive,
- le type II : des épisodes dépressifs majeurs,
- le type III : des épisodes dépressifs suivis d'une hypomanie due au traitement,
- les troubles cyclothymiques.

Selon J. Angst, ce découpage nosologique artificiel ne refléterait pas la réalité clinique, psychopathologique et évolutive de la maladie. Un assouplissement des critères diagnostiques permettrait une meilleure estimation des formes atténuées de la maladie (dites *soft*). Ces expressions modérées de la bipolarité se situent entre le trouble bipolaire de type I (un épisode maniaque caractérisé) et le trouble dépressif majeur unipolaire. La maladie bipolaire de type II est le prototype même de ces formes intermédiaires : des dépressions majeures sont suivies ou précédées par des épisodes hypomaniaques spontanés dont la durée peut être inférieure aux quatre jours requis par le DSM-IV. Ce même DSM soutient ces évolutions nosologiques en ayant intégré les états maniaques dont l'humeur n'est pas congruente telle la manie dysphorique. La cyclothymie, les cycles dits rapides, constituent, d'après J. Angst, une évolution au long terme du type II, une complication transitoire, et non un sous-type distinct.

La notion de spectre bipolaire prend ici toute sa pertinence : une même maladie peut s'exprimer selon toute une palette de manifestations différentes.

J. Angst pense nécessaire une meilleure évaluation clinique des pathologies et symptômes associés chez les patients bipolaires. Une telle démarche montre une fréquence accrue de phénomènes anxieux, une consommation abusive d'alcool, de benzodiazépines ou de toxiques, ainsi qu'une augmentation des plaintes somatiques. Plus remarquable est la comorbidité avec les troubles paniques, l'anxiété généralisée et les troubles alimentaires, dont la boulimie en particulier. L'association avec un trouble obsessionnel compulsif apparaît manifeste chez les patients BP II. Ces derniers présentent d'autres caractéristiques notables comme une propension importante au divorce, une intégration scolaire et professionnelle difficile, une prédisposition à l'anxiété phobique. Certains traits de caractère semblent plus marqués tels la jalousie, l'auto-apitoiement ou la revindication⁽²⁾.

Un élargissement des critères diagnostiques modifie de fait l'épidémiologie des troubles

bipolaires⁽³⁾. Jusqu'à très récemment, moins d'1% de la population semblait concernée par ces désordres thymiques. L'émergence de nouvelles données chiffrées en fonction de ces recommandations indique des taux de prévalence avoisinant les 5%. Dans la cohorte zurichoise détaillée par J. Angst, la prévalence du type II atteint 4,8% (< à 3% dans la littérature) et celle du spectre complet de la maladie franchit les 10%. J. Angst conclut à une rareté du type I mais à une gamme étendue de manifestations hypomaniaques aux conséquences sociales importantes.

Lewis Judd, du département de psychiatrie de San Diego, soutient ce modèle multidimensionnel de la maladie bipolaire. La conceptualisation en spectre d'une seule et même pathologie admet une physiopathologie commune et donc la possibilité, au cours du temps, de glissement d'un symptôme à l'autre chez un même patient. Cette hypothèse est séduisante mais elle impose d'être validée par une étude prospective. La campagne de recherche relative à la dépression organisée sous l'égide du NIMH (National Institute of Mental Health) est apparue comme une source considérable d'informations puisqu'elle regroupe une large cohorte de patients bipolaires suivis longitudinalement sur plus de 20 ans.

Lewis Judd a observé, en fonction du diagnostic initial, la nature et la fréquence des rechutes thymiques. Il a ainsi identifié de nombreuses correspondances cliniques entre des sujets diagnostiqués initialement dans des sous-types distincts de la maladie. Tous les patients ont présenté, alternativement, la gamme des expressions comprises entre la dépression et l'accès maniaque franc. Ceci confirme, selon lui, la possibilité d'un substrat commun. De ces observations cliniques phénotypiques, Lewis Judd conclut à l'existence d'une connexion avérée entre les troubles bipolaires I et II. Cependant, il persiste certains particularismes dont l'évolution des BP I constatée comme plus sévère. Ces patients nécessitent des hospitalisations plus fréquentes et présentent volontiers une symptomatologie d'allure psychotique.

Quelles conséquences thérapeutiques ?

Charles Bowden est Professeur de psychiatrie à San Antonio au Texas. Il est à l'origine de multiples publications sur l'efficacité et la pharmacodynamie des thymorégulateurs. Il souligne dans son exposé les implications thérapeutiques qui découlent du découpage en spectre de la maladie bipolaire. Les troubles bipolaires présentent, comme nous l'avons vu, une corrélation forte avec d'autres troubles de l'axe I comme les états anxieux, les attaques de panique, les troubles de la concentration ou les prises de toxiques. De telles manifestations imposent la recherche systématique d'une pathologie thymique sous-jacente. L'impulsivité, les comportements agressifs ou dys-sociaux justifient, eux aussi, une vigilance toute particulière. En limitant l'utilisation des thymorégulateurs aux patients remplissant strictement les critères DSM-IV de manie, nous négligeons tout un panel de sujets qui bénéficieraient de tels traitements. Le spectre complet de la maladie bipolaire reste à déterminer mais les variantes déjà répertoriées de manie méritent d'être identifiées. Limiter l'accès maniaque à une expansion de l'humeur ou à une excitation psychomotrice peut être considéré désormais comme une attitude réductrice ayant des conséquences dommageables. Restent plusieurs points d'interrogation. Quel traitement pour quel patient ? L'usage des neuroleptiques est-il justifié ? Le lithium a-t-il encore un avenir ? On peut répondre en partie à cette dernière question, en détaillant les résultats de l'étude de Johnson et col. On y voit, notamment, que le nombre de patients sous lithium après 500 jours cumulés de traitement est divisé par 10. L'absence de tolérance et de compliance à cette molécule lui paraissent suffisamment documentés pour que soient évaluées des alternatives thérapeutiques.

Un symposium satellite a été consacré aux approches thérapeutiques actuelles et futures dans la prise en charge de l'épisode maniaque. Les habitudes américaines et européennes apparaissent, pour l'instant, divergentes.

Même si les situations cliniques sont superposables d'un continent à l'autre, elles suscitent des réactions différentes et parfois contradictoires. Ce forum proposait de donner un éclairage scientifique et documenté de cette dichotomie.

Gary Sachs a présenté l'approche américaine qu'il soutient sans réserve, fort de son expérience en tant que directeur du *Bipolar*

LES RENCONTRES MASTER PSY*

Faisant suite au Concours de Nouvelles « *Le déprimé et l'amour* » organisé l'année dernière, Ardix Médical propose un programme de formation médicale continue, appelé « MASTER PSY ». L'idée était de concevoir un jeu de type « Trivial Pursuit » adapté à la psychiatrie, élaboré par des psychiatres et leur permettant d'animer des tables rondes proposées à leurs confrères médecins généralistes.

Le jeu est construit autour des questions à thème et de cas cliniques. Quatre cent cinquante-quatre questions portent sur six thèmes : dépression et clinique, législation et éthique en psychiatrie, histoire de la dépression, évolution des traitements antidépresseurs, définition des termes en psychiatrie et Stablon®. Le joueur déplace son pion sur le jeu après avoir lancé un dé. A chaque case correspond une couleur, un thème et une question à laquelle doit répondre le joueur pour avancer. Cinq « masters » sont répartis aux angles du jeu et permettent, en cas de bonne réponse, d'acquiescer le « master » correspondant au thème défini par la couleur de la case. Des cases Stablon® permettent d'obtenir un sixième « master ». Enfin, une fois les six « masters » acquis, un cas clinique avec ses quatre questions permet d'accéder à la case centrale « Master Psy » et de terminer gagnant.

Afin de donner à ce programme une dimension scientifique, « MASTER PSY » a été cautionné par un Comité Scientifique présidé par Jean-François Allilaire (Paris) et regroupant Thierry Bougerol (Grenoble), Philippe Renot (Bordeaux), Henry Cuhe (Paris) et Bernard Lachaux (Villejuif). La soirée « Rencontres Master Psy », organisée par Ardix Médical et animée par Sylvain Augier, a permis aux 250 psychiatres qui ont élaboré le contenu scientifique de ce jeu, d'être confrontés aux questions qu'ils ont rédigées en participant à une partie « géante » de « MASTER PSY ». ■

P.C.

* Soirée de présentation du programme FMC organisée par les laboratoires ARDIX Médical le 14 décembre 2001 à Paris.

treatment center. Pionnier dans la compréhension et le traitement de cette maladie, il appuie sa démonstration par plusieurs études standardisées dont certaines intègrent 2000 patients⁽⁶⁾. Ses recommandations se sont vues largement appropriées par les experts de la conférence de consensus d'Avril 2000 en Amérique du nord⁽⁹⁾. Le message délivré est explicite et tranché : l'accès maniaque impose un traitement par une de ces deux molécules, lithium ou divalproate, la carbamazépine intervenant en deuxième intention. Les neuroleptiques sont accessoirement prescrits en complément dans les manies sévères, les symptomatologies dominées par des éléments psychotiques et chez les patients résistants aux traitements sus-cités. Outre une efficacité supérieure aux antipsychotiques, les thymorégulateurs présentent l'avantage de prévenir les rechutes. Dyskinésies, effets extrapyramidaux et autres syndromes malins engendrés par les neuroleptiques le confortent dans ce choix. Sachs n'hésite pas à égratigner des principes hégémoniques européens tels que la rapidité supposée des neuroleptiques. L'étude Prien et col. de 1972⁽⁷⁾ qui soutenait cette possibilité, référence en la matière, n'est selon lui plus d'actualité. Cette attitude est valable pour l'ensemble des variétés documentées de manies. En effet, la même stratégie est appliquée aux cycles rapides pour une durée minimale de 4 mois avant toute remise en cause du traitement.

Guy Goodwin, Professeur de Psychiatrie à Oxford, défend l'usage européen des neuroleptiques dans l'accès maniaque. Ses articles sur la neurobiologie et la génétique des désordres thymiques, publiés dans les plus grandes revues internationales, ont fait sa réputation. La différence de pratique qu'il constate entre les deux continents provient selon lui, des traditions liées à l'utilisation européenne du lithium. Ce dernier conserve une position privilégiée au sein de la pharmacopée et reste considéré, malgré un maniement contraignant, comme le traitement de fond de la maladie bipolaire. Face au patient, dans l'urgence, les Européens privilégient souvent l'usage des neuroleptiques. Les jours et les semaines qui suivent la crise maniaque sont mis à profit

pour étayer le diagnostic avant l'instauration du traitement thymorégulateur. Ainsi, l'emploi du lithium se pose dans un second temps. Certains thérapeutes attendent parfois plusieurs décompensations avant d'entreprendre un tel traitement. La question pour les Européens s'énonce en terme de choix des patients à traiter au long cours après un accès maniaque plutôt que du choix de la molécule à utiliser. Ces pratiques lui paraissent légitimes, appropriées et tout à fait défendables. G. Goodwin tempère cependant son propos, pour évoquer la commercialisation récente du Divalproate (Depakote*) en Europe. Véritable *challenge*, selon son expression, *qui exige que l'ensemble de nos pratiques en matière de troubles bipolaires soient réévaluées*. Dans cette perspective, de larges études multicentriques, randomisées, aux paradigmes rigoureux s'imposent. Goodwin sollicite, dès à présent, la participation de chacun sur le site Internet : <http://cebmb.warne.ox.ac.uk/balance/> « *Join us, it's interesting!* » conclut-il enthousiaste.

JM Azorin, Professeur de Psychiatrie à l'Université Aix-Marseille II, coordonne actuellement le programme national EPIMAN II Mille chargé d'évaluer les caractéristiques de la manie en France. Son analyse est argumentée et repose sur une connaissance fine des troubles bipolaires. Le choix d'une molécule, selon lui, ne peut s'effectuer qu'après avoir défini des objectifs thérapeutiques précis, adaptés aux phases aiguës de la maladie. Il les résume en 10 points dont certains sont extraits des ECNP Bipolar Guidelines 2000 :

- contrôler rapidement les symptômes sévères,
- stabiliser l'humeur sans passage vers la polarité opposée,
- traiter tous les sous-types de la maladie,
- être efficace durant la durée complète de l'épisode,
- restaurer les fonctions cognitives pré-morbides,
- éviter de nuire au patient,
- utiliser un produit compatible avec une poly-médication,
- favoriser la compliance au traitement,
- proposer une molécule simple d'utilisation et au coût modéré,
- pouvoir s'adapter au jeune adulte comme

à la personne âgée.

L'expérience du Divalproate montre qu'il répond à la majorité de ces exigences. Et si l'orateur cite volontiers de multiples études américaines et européennes, c'est moins pour souligner les différences de pratiques que pour circonscrire les spécificités du Divalproate : McElroy⁽⁶⁾ a comparé lors d'épisodes maniaques avec éléments psychotiques la rapidité d'action du Divalproate (20 mg/kg/jour) versus Halopéridol (0.2 mg/kg/jour). L'efficacité clinique sur la symptomatologie est comparable avec une réponse précoce dans le cas du Divalproate durant les trois premiers jours. Les effets secondaires dans les deux cohortes, peu fréquents, concernent essentiellement les signes extra-pyramidaux liés au neuroleptique. Riche de son expérience, JM Azorin confirme la rapidité d'action avec une diminution de 20 % de la durée moyenne de séjour hospitalier chez les patients qu'il prend en charge avec du Divalproate. La réalité de l'effet anti-maniaque est confirmée par l'étude de Bowden⁽⁴⁾. 372 patients randomisés ont permis la comparaison Divalproate versus Lithium pendant une période d'un an. L'intérêt du Divalproate est particulièrement marqué dans la durée avec des scores à la Mania Rating Scale tout à fait significatifs. JM Azorin considère que la supériorité au lithium est manifeste dans les cycles rapides, les états mixtes, la manie secondaire et lors de prises concomitantes de toxiques. L'efficacité est par ailleurs indépendante du nombre d'épisodes antérieurs. Le Divalproate peut être utilisé pour un accès inaugural comme pour une rechute.

Conclusion

La complexité de la prise en charge des patients souffrant de maladie bipolaire impose souplesse, malléabilité et prudence. Les récents modèles multidimensionnels, la conceptualisation en spectre d'une seule et même pathologie, bousculent des concepts nosographiques parfois rigides et ouvrent des perspectives thérapeutiques nouvelles. L'arrivée sur le marché européen du Divalproate risque de modifier les habitudes de prescription lors d'un épisode maniaque. ■

E. Hengen*

Bibliographie

- (1) AKISKAL HS, BOURGEOIS ML, ANGST J, POST R, MOLLER H, HIRSCHFELD R, *Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders*, J Affect Disord, 2000, Sep, 59 Suppl 1: S5-S30.
- (2) ALLILAIRE JF, HANTOUCHE EG, SECHTER D, BOURGEOIS ML, AZORIN JM, LANCENON S, CHATENET-DUCHENE L, AKISKAL HS, *Frequency and clinical aspects of bipolar II disorder in a French multicenter study: EPI-DEP*, Encephale, 2001, Mar-Apr, 27(2) : 149-58.
- (3) ANGST J, *The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder*, J Affect Disord, 1998, Sep, 50 (2-3) : 143-51.
- (4) BOWDEN CL, CALABRESE JR, Mc ELROY SL, GYULAI L, WASSEF A, PETTY F, POPE HG JR, CHOU JC, KECK PE JR, RHODES LJ, SWANN AC, HIRSCHFELD RM, WOZNIAC PL, *A randomized, placebo-controlled 12-month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder*, Divalproex Maintenance Study Group, Arch Gen Psychiatry, 2000, May, 57 (5) : 481-9.
- (5) GOLDBERG JF, *Treatment guidelines: current and future management of bipolar disorder*, J Clin Psychiatry, 2000, 61 Suppl 13:12-8.
- (6) Mc ELROY SL, KECK PE, STANTON SP, TUGRUL KC, BENNETT JA, STRAKOWSKI SM, *A randomized comparison of divalproex oral loading versus haloperidol in the initial treatment of acute psychotic mania*, J Clin Psychiatry, 1996, Apr, 57 (4) : 142-6.
- (7) PRIEN RF, CAFFEY EM JR, KLETT CJ, *A comparison of lithium carbonate and chlorpromazine in the treatment of excited schizo-affectives*, Report of the Veterans Administration and National Institute of Mental Health collaborative study group, Arch Gen Psychiatry, 1972, Aug, 27 (2) : 182-9.
- (8) SACHS GS, THASE ME, *Bipolar disorder therapeutics: maintenance treatment*, Biol Psychiatry, 2000, Sep 15, 48 (6) : 573-81.
- (9) SACHS GS et al, *Medication Treatment of Bipolar Disorder 2000*, The Expert Consensus Guideline Series, Published April 2000.

*Assistant Spécialiste, Service du Dr. Ph. Lascar, Centre Hospitalier Paul Guiraud, Villejuif.

LIVRES

Tous à l'école ?

Sous la direction de Nicole Denni-Krichel, Ginette Francequin et Jean-Louis Le Run *Enfances & Psy* 2001, n°16

D'abord marginale et expérimentale, l'intégration scolaire s'est développée et est devenue une priorité en termes de politique éducative (Ginette Francequin), mais plus souvent sous forme de circulaires ou de recommandations que sous forme de dispositifs concrets et de moyens (Bernard Durand). Ce dossier interroge les acteurs de cette intégration en leur demandant de décrire les modalités selon lesquelles ils travaillent. Leurs expériences déclinent les multiples façons d'ajuster un « contenant » (l'école) à des « contenus » (les élèves) de plus en plus divers. Elles dessinent un dedans et un dehors avec des interfaces. Ce ballet topologique consiste à envisager toutes les figures qui permettent de maintenir le lien, de faire qu'il y ait pour presque tous, « de l'école » :

- inclusion, comme dans les classes spécialisées CLIN et CLA (Monique Réal-Douté, Ginette Francequin), CLIS (Pauline Muffang, Daniel Stinius),
- go-between comme dans le travail avec les femmes-relais (Fabienne Hiegel, Madame B.),
- pseudopodes, comme lorsque l'école se déplace à l'hôpital (Nicole Bonnet, France Ba-

lande) ou dans les institutions (Suzie Blanchard), ou encore à domicile,

- allers et retours, quand l'intégration en classe ordinaire est associée à une hospitalisation à temps partiel,
- étayages assurés par des équipes extérieures (Isabelle Bermond, Abdel Ajenoui) ou internes comme les RASED, etc.
- il arrive même que l'école reste ouverte pendant les vacances pour accueillir les enfants de milieux défavorisés (Danielle Paszkiewicz). L'intégration, c'est aussi les moments symboliques de rencontre entre protagonistes - équipes éducatives (Pascale d'Hervé, Alice Sédille, Patricia Rochelemagne), CCPE (Hélène Bourgoin-Lambert) -, où se discutent souvent douloureusement ses modalités, où évoluent au fil du temps les représentations de chacun.

En imposant l'échange entre les partenaires, médicaux, sociaux, éducatifs et judiciaires, l'intégration contribue à ouvrir l'école à des professionnels qui interviennent dans l'école pour des missions précises, qu'elles relèvent du soin, de la prévention ou de la citoyenneté (Denis Colinet, Sébastien Rodor).

Au fil des pages se dessine le rapport de l'école avec les parents qu'ils soient parents d'enfants différents ou parents d'enfants « ordinaires », gageons que le dialogue peut, comme dans d'autres champs, conduire à de salutaires remises en cause. C'est donc par la réflexion de l'une d'entre eux (Bernadette Wahl) que s'ouvre ce dossier.

Accompagner l'enfant maltraité et sa famille

Chantale Parret et Jacqueline Iguenane *Dunod*

Les auteurs présentent les données théoriques à prendre en compte pour accompagner, concrètement, les enfants maltraités et leur famille. Seul un lien entre connaissance et pratique permet de formaliser la démarche à mettre en œuvre de manière interdisciplinaire et concertée. Ce livre expose le concept d'enveloppe parentale qui constitue, pour les enfants et leurs familles, un soin thérapeutique et pour les professionnels, un soin institutionnel. Il permet aux professionnels d'assimiler et de réaliser plus aisément ce qui leur est demandé : centrer l'action sur l'enfant et la famille pour apprécier le danger encouru par l'enfant, établir une analyse de la situation, identifier les capacités de collaboration de la famille et définir une stratégie d'évaluation qui est, en elle-même, un véritable processus thérapeutique.

Des criminelles au village Femmes infanticides en Bretagne (1825-1865)

Annick Tillier
Préface d'Alain Corbin
Presses Universitaires de Rennes

En droit français, le terme infanticide désigne le meurtre commis sur un enfant dans les trois jours suivant sa naissance, qui correspondent au délai légal de sa déclaration à l'état civil.

C'est dire que ce crime est avant tout celui de l'illégitimité et qu'il frappe particulièrement les enfants dont la naissance doit demeurer clandestine. Entre 1824 et 1863, le législateur s'efforçant de l'adapter à l'état d'esprit des jurés qui répugnent à infliger la mort aux mères coupables, remanie par trois fois la pénalité de l'infanticide.

Au cours de la même période, près de 600 affaires ont été portées devant les tribunaux bretons. La Bretagne, réputée pour sa ferveur religieuse et considérée par les ethnologues comme un véritable conservatoire des traditions, connaît un taux d'infanticide légèrement supérieur à la moyenne nationale. Doit-on y voir le signe de l'intolérance des populations rurales - qui fournissent l'essentiel des accusées - à l'égard des grossesses illégitimes ou bien, au contraire, un indice de l'affaiblissement des structures traditionnelles d'encadrement des conduites, autorisant une forme de vagabondage sexuel ?

Les sources judiciaires permettent de reconstituer une grande partie des crimes. Elles éclairent la personnalité des femmes mises en accusation, leur vie quotidienne, leurs amours, le regard que portent sur elles les communautés villageoises. La pesanteur du contrôle exercé sur les femmes seules, la sévérité avec laquelle sont traitées les déviances, mettent en lumière la place qu'occupe la réputation dans le système de valeurs des ruraux et démontrent que l'infanticide est profondément arrimé à la problématique de l'honneur et de son envers, la honte.

LIVRES

Le sang et les hommes

Jacques Louis Binet

Nouvelle édition revue

Collection Découvertes n°32

Gallimard

La réédition de cet excellent « Découvertes » montre bien un intérêt très actuel. Les premières descriptions de la composition du sang remontent au XVII^e, avec Leuwenhoeck, l'inventeur du microscope. Il est à la fois miroir où se reflètent le bon et le mauvais fonctionnement des organes, et la preuve de l'unicité d'un être humain. Chacune de nos cellules porte la marque de notre individualité grâce à un groupe de molécules appelés marqueurs. D'abord reconnus sur la membrane de globules rouges, ces marqueurs sont désormais identifiables au niveau du gène. Chaque individu possède une formule biologique unique, une carte d'identité infalsifiable. Ces développements sont bien connus par leurs applications, entre autres, dans le domaine de la police scientifique pour confirmer l'identification d'un criminel ou d'une victime. Le sang est aussi une matière première, qui peut être donnée, échangée ou vendue. Selon les pays, les règles de la transfusion sanguine changent ; en France, il s'agit d'un don, et la première opération consiste à s'assurer qu'il est sain ; le drame du sang contaminé, dans les années 80, a fait revivre cette ambiguïté qui s'attache au sang.

**Penser les pratiques sociales
Une utopie utile**

Sous la direction de Rémy Puyuelo

Érès

Cet ouvrage, élaboré par la revue *Empan* à l'occasion de son dixième anniversaire, propose un panorama des pratiques professionnelles et des mouvements de pensée qui ont traversé l'éducation, la santé et le social ces dernières années. Le PACS, la parité, l'IVG à douze semaines, l'arrêt Perruche, les nouvelles donnes familiales, l'adoption et l'homoparentalité, le chômage, les trente-cinq heures, le choix du patronyme, l'Europe, Internet, la mondialisation, les violences... ont conduit à une entrée en politique de l'action sociale. Entre la gestion des relations avec les citoyens déniés et l'utopie de révolutionner la société à partir des relations privilégiées qu'elle entretient avec ses marges, l'action sociale ne peut désormais se concevoir que dans sa volonté politique de faire société.

Le RMI et après ?

Claudine Offredi et Gérard Martin (eds)

L'Harmattan

Le RMI a été considéré et a fonctionné dans les premières années comme un outil permettant de transformer le regard et les pratiques de la société et des institutions sur ce que l'on appelait, à l'époque, les « nouveaux pauvres ». Il est devenu, peu à peu, un segment des politiques d'assistance, un outil d'une insertion mal définie, bref un secteur du social parmi d'autres. Les incantations globalisatrices sur l'impôt négatif ou le revenu minimum d'existence ne change rien à cela. La lutte contre l'exclusion ne se décrète pas, elle s'organise concrètement et au quotidien de ses formes locales. Les auteurs sont convaincus qu'il n'est pas besoin de grandes politiques nouvelles pour peu qu'on s'attache en permanence à préciser les outils que nous proposons celles qui existent. La pauvreté et la précarité sont un processus et une dynamique, les politiques publiques le sont aussi. Alors il paraît préférable de gérer ensemble ces processus pour qu'enfin une prospective de la cohésion sociale soit un projet tenable et non pas incantatoire.

Rapport annuel du Défenseur des Enfants Année 2001

L'institution du Défenseur des Enfants⁽¹⁾ défend et promeut les droits de l'enfant, tels qu'ils sont définis par la législation française et par la Convention internationale sur les droits de l'enfant.

Cette autorité indépendante, créée par la loi du 6 mars 2000, est investie d'une triple mission : recevoir des requêtes individuelles des mineurs ou de leurs représentants légaux ; identifier des questions majeures qui font obstacle à l'application de leurs droits ; élaborer des propositions de réformes de pratiques ou de textes législatifs.

Ce rapport publié par la Documentation Française⁽²⁾ porte témoignage des plaintes qu'expriment les enfants eux-mêmes ou leurs familles ; il analyse les dysfonctionnements collectifs qui les touchent et, surtout, présente des propositions de réformes qui invitent à porter, à modifier en profondeur la manière dont l'enfant est accueilli par notre société.

Protéger les plus faibles est, en effet, une mission essentielle de la puissance publique comme de chaque citoyen.

Nous présentons l'introduction du rapport signée par Claire Brisset, Défenseuse des Enfants, ainsi que les propositions faisant suite à un chapitre important consacré à la psychiatrie infanto-juvénile.

Protéger les plus faibles

Instituer en France un Défenseur des Enfants, investi de la triple mission de recevoir des requêtes individuelles, d'identifier des questions de fond et d'élaborer des propositions de réforme, ce n'était pas seulement faire acte de courage politique. C'était aussi s'engager dans un immense défi : allait-on décevoir les enfants dont les droits élémentaires sont quotidiennement bafoués ? Allait-on identifier les questions majeures auxquelles ils se heurtent, eux qui ne peuvent ni faire grève ni voter ? Allait-on émettre des propositions qui ne correspondent qu'à ce que notre société accepte de changer ? Notre société qui pense, en toute honnêteté, candeur ou insouciance que les enfants, en France, sont si bien protégés ? A cette triple interrogation, il convient aujourd'hui de répondre. Cette institution est jeune. Elle a à peine deux ans. Elle a acquis dans ce court laps de temps une expérience qui témoigne abondamment de son travail et de son engagement. Mais elle porte aussi les stigmates de ce que les adultes sont capables d'infliger aux enfants, en France comme ailleurs.

Ce rapport, de ce fait, se veut bien plus qu'un classique rapport d'activité. Il porte d'abord témoignage de la nature des plaintes qu'expriment les enfants eux-mêmes et ceux qui parlent en leur nom. Il analyse aussi, et c'est d'une égale importance, des dysfonctionnements collectifs majeurs auxquels il est urgent de porter remède.

Enfin, il présente des propositions de réformes profondes, positives, sans lesquelles la mise en évidence des manquements aux droits de l'enfant serait totalement dénuée de sens.

Les plaintes individuelles qu'expriment les enfants sont, par nature, multiformes et touchent à tout ce qui constitue la trame même de leur existence : leurs attachements, leur vie familiale, leur vie à l'école, leur santé, bref leurs droits dans la vie quotidienne. Et pourtant la souffrance qu'ils expriment, ou que rapportent ceux qui parlent pour eux, ne reflète pas la diversité de leur existence. Loin de là. Une très grande proportion de leurs plaintes se concentre en effet sur ce qui de toute évidence les fait le plus souffrir : l'éclatement de leur famille, la séparation de ceux qu'ils aiment le plus, leurs parents, la perte de repères qui en résulte, le sentiment d'arrachement qui consiste à ne plus voir l'un, ou l'autre.

Les plus aiguës de leurs souffrances témoignent de la violence de ces déchirements, de l'incompréhension qu'ils suscitent et du besoin éperdu des enfants de réconcilier ceux qu'ils voudraient conserver pour toujours.

Les plus jeunes ne nous disent-ils pas, si souvent qu'ils nous en étonnent : « c'est pour toute la vie ? », dès lors que leur advient un événement heureux ?

C'est pour toute la vie, aussi, qu'ils peuvent se trouver marqués par le malheur, à moins qu'on ne les aide, malheur parfois infligé par une organisation bureaucratique qui n'accède plus à la souffrance de ceux qu'elle broie.

Car les plaintes d'enfants s'adressent aussi à ceux que la société a chargés de régler les conflits familiaux tout en préservant l'intérêt des mineurs, de les protéger, de les placer loin de leurs parents si ceux-ci les font souffrir... Est-il mission plus difficile ? La justice, les divers services d'aide et de protection de l'enfance sont chargés de tâches d'une difficulté, d'une complexité presque infinies. Mais cette mission essentielle de la puissance publique, protéger les plus faibles, repose en France sur un enchevêtrement de textes et de pratiques où se perdent nombre de bénéficiaires, et ils nous le disent. Malgré l'immense bonne volonté des professionnels, malgré la qualité de leur travail, combien de placements hâtifs,

voire expéditifs, combien de familles traitées avec paternalisme quand elles ne sont pas purement et simplement ignorées, combien de mesures d'« assistance éducative » non exécutées quoique ordonnées par la justice ?

De tout cela, les saisines parvenues à l'institution du Défenseur des Enfants témoignent abondamment. Mais nous avons voulu aller plus loin pour comprendre les raisons de tels dysfonctionnements et analyser des pans entiers de la protection de l'enfance qui nous paraissaient, pour certaines, demeurer dans l'ombre ou insuffisamment mises à jour.

C'est pourquoi ce rapport explore particulièrement quatre problématiques essentielles à toute vision « intégrée » de l'enfance en souffrance : le mineur face à la prison, la pédopsychiatrie, la place des familles dans la protection de l'enfance, la situation des adolescents. Face à la prison, l'enquête menée par l'équipe du Défenseur des Enfants est parvenue à un certain nombre de conclusions. Inévitable dans certains cas, l'incarcération des mineurs n'en doit pas moins respecter des règles fondamentales voulues par notre droit comme par la Convention internationale sur les droits de l'enfant. Ces droits existent, c'est l'évidence, même derrière les barreaux et parmi eux figure celui de ne pas être incarcéré avec des adultes mais dans des « quartiers » séparés. Cette règle n'est pas encore respectée partout dans notre pays. Le droit des enfants à maintenir tant bien que mal des liens avec leurs parents quand ceux-ci sont détenus pourrait, lui aussi, être grandement amélioré. A la condition que notre société le veuille et accepte d'y mettre le prix. La prise en charge des enfants atteints de troubles psychiques, des plus bénins aux plus graves, figure aussi au nombre de leurs droits élémentaires. Pourtant, il n'est pas rare que les enfants et leurs parents doivent patienter trois mois, six mois, avant une telle prise en charge. Il n'est pas rare non plus que des adolescents tentés par un geste suicidaire ne soient ni repérés ni soignés, comme en témoigne la fréquence stupéfiante du suicide des adolescents dans notre pays. Il y a à la crise de la pédopsychiatrie en France des causes structurelles auxquelles il est d'une extrême urgence de remédier et ce rapport entend contribuer à la mise en évi-

**Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale : Service du Professeur J.D. Guelfi
Université René Descartes Paris V - U.F.R. Cochin Port-Royal**

**CENTRE D'ETUDE DE L'EXPRESSION
CONFERENCES 2002**

Vendredi de 12h à 13h - Grand amphithéâtre de la C.M.M.E.
100, Rue de la Santé - 75014 Paris

- 25 janvier 2002 **Anne Larue**, Professeur de littérature comparée (Université Paris XIII)
L'acedia dans l'Art: une autre mélancolie
- 8 février 2002 **Vladimir Marinov**, Professeur de psychopathologie (Université Paris XIII), psychanalyste, psychologue clinicien (C.M.M.E.)
Le thème cosmogonique chez Constantin Brancusi
- 8 mars 2002 **Sylvie Ballestra Puech**, Maître de conférence de littérature comparée (Université Paris IV), *Le mythe d'Arachné dans la littérature et dans l'art*
- 22 mars 2002 **Jacqueline Verdeau-Pailles**, Psychiatre des hôpitaux (Limoux), musicothérapeute, *Réflexions autour du message dans l'œuvre*
- 12 avril 2002 **Marie-Laure Cauvin-Mantienne**, Psychologue, art-thérapeute (Paris)
L'autoportrait
- 3 mai 2002 **Janet Kaylo**, Danse-thérapeute (Université d'Essex - Angleterre)
Le corps et le mouvement dans l'espace thérapeutique (en danse-thérapie)
- 17 mai 2002 **Anne-Merle Dubois**, Praticien hospitalier (C.M.M.E.), Secrétaire général du Centre d'étude de l'expression (Paris), *De l'art psychopathologique à l'art contemporain (à propos des expositions)*
- 24 mai 2002 **David MacLagan**, Artiste, art-thérapeute (Université de Sheffield - Angleterre), *Le corps dans l'art et dans l'art-thérapie*
- 7 juin 2002 **Nayla Obegi**, Psychologue clinicienne, art-thérapeute (C.M.M.E.)
Des haïkus à vous (à propos d'un atelier d'écriture)

Accès gratuit. Renseignements : Tél. & fax : 01 45 89 21 51 - E-mail : cee@chsa.broca.inserm.fr
Organisation: Dr. A-M. Dubois, V. Marinov, M. Miquelarena

dence de solutions concrètes. Chaque jour nous apporte son lot de suicides, de fugues ou de mal être qui sont autant d'appels à l'aide auxquels il est impossible de rester sourds. Comme il est impossible de ne pas entendre les familles désarticulées, en conflit avec elles-mêmes ou avec la société et dont les enfants sont ballottés entre des décisions judiciaires ou administratives auxquelles on ne les a pas, le plus souvent, associées. Réfléchir à une réforme profonde de l'« assistance éducative », en d'autres termes à tout ce qui devrait être soutien aux familles en difficulté, figure au nombre des missions essentielles du Défenseur des Enfants. Là encore, des réformes de fond sont évidemment possibles. Elles sont nécessaires. Elles reposent sur une idée force : lorsqu'une famille traverse des difficultés, des conflits tels qu'ils mettent ses enfants en péril, toutes les solutions envisageables doivent être conçues et imaginées avec et non contre elle, sur une base contractuelle.

En cas d'échec, et dans ce cas seulement, devrait s'imposer le recours à la justice pour trancher le différend. Nous sommes, pour le moment, très loin du compte. Enfin, ce rapport évoque un thème qu'il ne fait cette année que traiter partiellement tant il est vaste et crucial : celui de l'adolescence. Cet âge de la vie qui est celui de la maturation et de la découverte est aussi celui des premières confrontations avec soi-même et avec le monde. Pourquoi est-il si difficile de lui trouver sa place, sa juste place, toute sa place, au cœur de nos sociétés, de nos cités, de nos institutions et même... de nos réflexions ?

Cette question, les adolescents peuvent la poser avec vigueur et même, parfois, avec violence. Nous nous montrons, collectivement, le plus souvent, incapables d'y répondre. L'institution du Défenseur des Enfants ne peut ni ne veut s'abstraire d'un tel débat, bien au contraire. Elle y contribuera, pour des années sans doute, par ses recherches et ses propositions. Elle placera le thème de l'adolescence, comme celui de l'enfance, sans relâche, au cœur du débat public. Car ni l'enfance ni l'adolescence n'ont encore vraiment acquis droit de cité au cœur de ce débat public. Il est temps aujourd'hui de le dire.

A l'heure où ces lignes sont écrites, mille enfants ont déjà pris à témoin notre jeune institution de leur chagrin, de leur révolte ou de leurs espoirs. Ces mille-là parlent pour tous ceux qui ne pensent pas pouvoir être entendus. Ils parlent pour eux, pour les autres, et nous les entendrons.

Claire Brisset
Défenseuse des enfants

Propositions

• **1** Institutionnaliser les psychothérapies d'enfants et d'adolescents par des psychologues cliniciens, sur prescription du psychiatre et remboursées par la Sécurité sociale.

De la même façon qu'un médecin spécialiste prescrit des séances de kinésithérapie, qui sont alors remboursées par la sécurité sociale, un psychiatre, aussi bien dans le public que dans le privé, doit pouvoir prescrire des thérapies effectuées par un psychologue clinicien. Cette mesure, qui se pratique déjà dans certains pays européens comme l'Allemagne, ne peut être mise en place qu'aux conditions suivantes :

- qu'une formation homogène de psychologie clinique, sanctionnée par un diplôme unique, soit organisée ;
- que cette formation permette d'accéder à un nouveau statut de psychologue clinicien reconnu par l'ensemble des administrations concernées ;
- que cette formation soit à la fois théorique et pratique.

Cette réforme permettrait de :

- mieux répondre aux besoins de la population, objectif prioritaire ;

- réduire la charge de travail des psychiatres, qui ne peuvent en aucun cas mener de front, pour tous les patients, l'ensemble des tâches constituées par le diagnostic, la prescription du traitement et la prise en charge ;

- réduire, voire annuler, les délais de prise en charge ;

- mieux utiliser les compétences des nombreux psychologues qualifiés actuellement dépourvus d'un emploi à temps plein ou contrainsts, faute de poste, d'exercer d'autres métiers. Dans cette hypothèse, le psychiatre aurait le rôle d'animateur de l'équipe soignante et de supervision des psychothérapies menées par les psychologues cliniciens. Ce qui ne l'empêcherait nullement, bien entendu, de mener lui-même les psychothérapies et les soins psychiatriques des cas les plus complexes. En outre, un tel schéma devrait pouvoir s'appliquer non seulement dans les structures publiques mais aussi dans le secteur libéral. Les psychologues cliniciens, peu nombreux en libéral, pourraient alors s'installer en cabinet (au même titre que les infirmières ou les masseurs-kinésithérapeutes).

• **2** Instituer, sur le modèle de ce qui se met actuellement en place au CHU de la Pitié-Salpêtrière, un stage obligatoire de 4 mois en psychiatrie ou en pédopsychiatrie pour tous les étudiants en médecine.

Cette mesure aurait pour effet de :

- faciliter le repérage, par l'ensemble du corps médical et en particulier par les généralistes, des troubles psychiques et améliorer considérablement la prise en charge ;

- faciliter la collaboration entre professionnels de spécialités différentes dans une approche centrée sur la personne (bébé, enfant, adolescent) ;

- revaloriser les études de psychiatrie, et la profession de psychiatre, par une meilleure connaissance de cette spécialité, ce qui contribuerait à la sortir de son ghetto.

Une telle réforme est d'autant plus importante que la médecine générale va devenir une « spécialité » et que ce sont les généralistes qui sont en première ligne pour la détection et le traitement des troubles mentaux.

• **3** Instituer une formation spécialisée commune « Maltraitance et abus sexuels » d'une durée d'un an, ouverte aux professionnels de la santé, de l'éducation, de la justice, du social.

Cette mesure aurait pour effet de :

- actualiser les compétences en les adaptant aux besoins actuels de la population ;

- améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des mauvais traitements ;

- constituer un langage et des pratiques communs à des professionnels issus de champs différents.

Propositions complémentaires

- Augmenter le numerus clausus en psychiatrie.

- Développer et promouvoir le travail en réseau, notamment par des financements conjoints à plusieurs tutelles (État, Région, Département).

- Compléter la loi de 1990 sur l'hospitalisation des personnes souffrant de troubles mentaux par un volet spécifique aux mineurs.

- Modifier l'article 375-3 du Code civil en rendant obligatoire une expertise psychiatrique avant tout placement d'un mineur sur décision judiciaire dans un centre hospitalier spécialisé.

- Étendre le DERPAD, Dispositif expert régional pour adolescents en difficulté, à toutes les régions.

(1) Le Défenseur des Enfants, 85 boulevard Montparnasse, 75006 Paris. Internet : www.defenseurdesenfants.fr

(2) 12 Euros / 78,71 F. La Documentation française, 29-31 quai Voltaire, 75344 Paris Cedex 07. Tél. : 0140 15 70 00. Fax : 01 40 15 72 30 www.ladocfrancaise.gouv.fr

LIVRES

Une psychiatrie philosophique : l'organo-dynamisme comme anthropologie

Philippe Prats
L'Harmattan

Si personne ne doute du rôle fondamental qu'a joué Henri Ey dans la pratique clinique psychiatrique (son *Manuel de psychiatrie* reste une référence incontournable 40 ans après sa première édition), c'est après un long purgatoire que son corpus théorique est à nouveau lu, adulé ou critiqué certes, à tout le moins pris en compte. L'objectif de Philippe Prats est d'apporter sa pierre à l'édification d'une pensée voire d'une philosophie eyienne avec son livre, *Une psychiatrie philosophique*. Livre ambitieux puisqu'il se propose de répondre à une question essentielle : « une science de l'homme est-elle possible et à quelles conditions ? ». C'est dans l'œuvre et la pensée du maître de Bonneval que Philippe Prats pense trouver les réponses. La psychiatrie n'est pas, en effet, selon lui une simple « branche de la médecine » mais une « science de l'homme » dans son entier dont il s'efforce, dans la première partie de son livre, de définir le statut épistémologique et de délimiter la place dans ou hors du champ de la médecine : « affirmer que la psychiatrie est une science et montrer sa spécificité : une connaissance ayant un domaine propre, un objectif propre et une méthode propre ». La théorie eyienne de l'organo-dynamisme répond selon Philippe Prats à l'ensemble de ces exigences.

Le modèle organo-dynamique s'assigne pour objectif le dépassement de la disjonction dualiste, « négative de la psychiatrie », à laquelle Descartes a donné ses lettres de noblesse. Ey rompt non seulement le clivage entre corps et esprit mais aussi entre endogène et exogène, sources de l'opposition stérile entre biogenèse et psychogenèse, entre nature et culture et ce, en tant que « le psychique contient le biologique autant qu'il en dépend ».

Dès lors, Henri Ey a cherché à définir le continuum, voire l'unité du Eros et de la Psyché, de la conscience et de l'inconscient : c'est ce sens que Philippe Prats assigne au concept de « Corps psychique » construit par Henri Ey, en tant qu'il est un « espace pluriel stratifié, unifié, hiérarchisé et orienté vers son devenir conscient ».

Le corps psychique est ainsi organisé et centré sur la conscience, cherchant à se définir comme « troisième topique », c'est-à-dire comme prolongement et dépassement de l'appareil psychique freudien et de ses deux topiques. Mais alors que la psychanalyse freudienne se fonde autour de l'inconscient, la conscience, dans une acception certes élargie et dynamique, occupe une place centrale dans l'œuvre d'Henri Ey : « le conscient encadre l'inconscient » écrira-t-il.

On comprend ici l'influence qu'a exercé la phénoménologie dans la construction des paradigmes eyiens. Faisant sien le principe husserlien du « retour aux choses elles-mêmes », Ey fonde sa démarche sur la notion de « réduction » décrit par Husserl dans ses *Idées directrices pour une phénoménologie* (1913).

Husserl décrit trois grandes réductions : une « réduction phénoménologique » qui donne accès aux choses elles-mêmes telles qu'elles sont saisies dans l'imédiateté de l'intuition et qui dévoile la conscience comme intentionnalité (« toute conscience est conscience de quelque chose » écrira Sartre) une « réduction éidétique » qui cherche à réduire significations à leur essence phénoménologique, enfin, une « réduction transcendentale », une « époque » tentant de mettre hors jeu tout jugement d'existence sur le monde. Cette dernière étape « dévoile le monde en tant que son

sens est produit par le sujet ». Ey reprend la division husserlienne de « conscience constituante » (qui produit le sens du monde) et de « conscience constituée » (produite par le monde). Il existe ainsi une structure hiérarchisée des niveaux de conscience repérable sous ce que Ey appelle des « espèces de déstructuration du champ de la conscience » : la conscience est ainsi une « activité hiérarchisée admettant des degrés et non des parties ». Ey objective ainsi dans l'être humain un axe dynamique de verticalité avec ses mouvements alternés de descente vers l'inconscient et de remontée vers le « devenir conscient », reprenant le modèle jacksonien de hiérarchie des états de conscience.

C'est la raison pour laquelle Ey considère la maladie mentale comme manque, comme « moins-value » (Robert Palem) : la maladie mentale est une « forme de désorganisation de l'être qui s'organise à un niveau dynamique inférieur », un mode de « déstructuration » (Philippe Prats) du corps psychique dont l'être conscient constitue la forme. D'où l'importance du paradigme de la « régression » dans la pensée eyienne, comme le suggère Philippe Prats : « la folie est une soustraction d'être » avec sa propre structure dynamique à laquelle correspond « une forme de conscience et d'existence régressives réorganisées ».

D'où, également, le rôle central joué par le concept de liberté dans l'élaboration de son système philosophico-pratique : la maladie mentale ne se contente pas de remettre en question le problème de la liberté dans ses conséquences mais dans sa structure même. La psychopathologie est pathologie du sujet : or, le sujet est libre par essence, car le corps psychique est à la fois « corps composé d'organes et de structures à priori » et sujet humain à part entière « acteur de son monde et porteur de valeurs, capable de choix et de liberté ». C'est à ce titre que l'on peut comprendre cette définition eyienne de la maladie mentale comme « pathologie de la liberté » tant « le cerveau est l'organe du choix et de la liberté ». « Là où il n'y a pas de liberté, le phénomène psychiatrique n'apparaît pas » (cité par Robert Palem).

L'ambition de Henri Ey était grande : « construire un système général qui soit non seulement une psychopathologie mais aussi une anthropologie », c'est-à-dire « approcher la nature humaine dans sa surface, sa profondeur, sa genèse et sa finalité ». Il ne nous appartient pas de dire si il y a réussi mais la tentative de Philippe Prats pour nous en convaincre souffre de deux écueils : tout d'abord, un nombre invraisemblable de ce que nous nommerons par pudeur, des coquilles, enfin, il eut été sans doute intéressant de confronter l'organo-dynamisme eyien à la philosophie de Heidegger qui, à partir de Husserl, déplace la question du sujet vers celle de l'être, la division du sujet husserlien étant pensée du point de vue de la différence entre l'être et l'étant, du point de vue du « Dasein » l'existence remplaçant alors la conscience comme interrogation fondamentale.

Pedro Valente

Les amours adolescentes

La Lettre du Grape, n°46, 2001
Érès

Quand la poussée pubertaire relance massivement les pulsions, la libido – sans que soit épuisée, loin de là, la quête d'amour qui les anime depuis leur naissance –, l'adolescente comme l'adolescent sont confrontés à la nécessité de confirmer leur identité sexuelle inconsciente (sexuation) en découvrant la sexualité souvent appelée « faire l'amour ». Les auteurs qui ont participé à ce dossier montrent comment ces mots énigmatiques se nouent dans leur réalité.

LIVRES

**Des maternités impensables
Accompagnement des
parentalités blessées**Sylvie Babin
L'Harmattan

Certaines maternités sont impensables car dérangeantes, violentes, inquiétantes ou blessantes. Ce sont ces mères qui choisissent de se séparer de leur enfant à la naissance, celles qui le maltraitent, ces femmes malades (séropositives, maladies mentales, toxicomanes ou substituées) qui choisissent de devenir mère, ces femmes et ces hommes prêts à être parents mais qui n'arrivent pas à avoir d'enfant. Les maternités sont aussi « impensables » parce qu'elles sont inscrites à tout jamais dans l'histoire de ces femmes, ces hommes et ces enfants. Accompagner ces maternités, c'est permettre à ces mères, ces parents d'être reconnus et de rester acteurs de leur vie. C'est aussi accueillir l'enfant en mettant des mots sur ce qu'il vit, en lui restituant son histoire. En témoignant de ces parcours de vie, Sylvie Babin s'interroge sur la place que la société laisse à ces maternités et parentalités particulières : être mère et père jusqu'à l'abandon, être parents maltraitants, malades, blessés.

**Conscience et cerveau
La nouvelle frontière des
neurosciences**Jean Delacour
DeBœck Université

L'auteur s'efforce d'intégrer épistémologie des sciences humaines et des neurosciences, psychologie expérimentale, phénoménologie et neurobiologie. La première partie est consacrée à des considérations théoriques : rappel des principales positions philosophiques, recherche d'une définition utile sinon définitive de « l'esprit », dont la conscience est un des modes ; examen de la possibilité d'une biologie de l'esprit, fondée sur la capacité de représentation et d'autonomie des organismes. La deuxième partie se présente comme un essai de définition et de description de la conscience ; une place importante est donnée aux aspects subjectifs. Une conception d'ensemble du conscient et de l'inconscient au plan psychologique est proposée qui relie les données des approches objectives et celles de l'introspection, la psychologie expérimentale et la phénoménologie. Selon cette conception, la conscience a une valeur adaptative qui peut rendre compte de son émergence au cours de l'évolution et suggère sa présence, sous des formes variées, chez différentes espèces animales. Enfin, une revue d'ensemble de la neurobiologie de la conscience tend à montrer que sans recourir à une physique spéciale, à des propriétés extraordinaires du système nerveux, il est possible de déterminer des équivalents neurobiologiques des principaux aspects de la conscience, même ceux de son versant subjectif.

Sociologie de la prisonPhilippe Combessie
Collection Repères
La Découverte

Ce livre rend compte des origines et des justifications de l'institution carcérale, des populations qui y vivent et y travaillent, des politiques sociales dont elle est l'objet et des éclairages qu'en donnent les analyses sociologiques. Ces analyses permettent de déboucher sur les questions que posent les pratiques carcérales aux sociétés démocratiques ; les exigences éthiques et les limites pragmatiques des projets de réforme pénitentiaire doivent être envisagées, à l'aube du XXI^e siècle, dans une perspective de réduction des risques.

Actualités dans l'épilepsie

La conférence de presse organisée par le laboratoire
GlaxoSmithKline le 13 décembre dernier a permis de faire le
point sur certaines données récentes concernant l'épilepsie.

**Des canalopathies à
l'anticipation des crises**

Le professeur Philippe Ryvlin (Hôpital Pierre Wertheimer, Lyon) a précisé que dans le domaine de la génétique moléculaire, près d'une dizaine de gènes ont été récemment reconnus comme directement impliqués dans l'émergence de formes familiales d'épilepsie. De manière inattendue, la majorité de ces gènes se sont révélés coder pour des sous-unités de canaux ioniques, conduisant au concept de canalopathie. L'atteinte de ces canaux, dont le rôle physiologique est considéré comme essentiel au niveau neuronal, était antérieurement supposée comme incompatible avec un développement normal.

Les retombées thérapeutiques immédiates de ces découvertes restent limitées dans la mesure où les syndromes épileptiques concernés sont extrêmement rares, et de manière générale, faciles à contrôler avec les anti-épileptiques actuels.

Certaines des mutations concernent des canaux ioniques déjà ciblés depuis de nombreuses années par des anti-convulsivants d'ancienne génération, tels les canaux sodiques voltage-dépendant sensibles à la carbamazépine et à la phénytoïne. Néanmoins, le concept de canalopathie a le mérite de pouvoir à présent orienter de manière rationnelle la recherche dans le domaine de la génétique moléculaire des formes d'épilepsie les plus courantes, et de pouvoir déboucher à moyen terme sur la synthèse d'agents pharmacologiques originaux.

Des analyses mathématiques de plus en plus complexes ont été mises à profit dans l'étude de l'électroencéphalogramme, dans le but d'identifier des phases correspondant à la préparation des crises d'épilepsie, et permettant d'anticiper ces dernières dans un créneau temporel de plusieurs minutes. Ces hypothèses ont été en grande partie validées, notamment par l'équipe de Francisco Varela (Paris), et ouvrent la voie à de futures applications cliniques qui passeront par la miniaturisation des appareillages nécessaires à la détection en temps réel des phénomènes pré-critiques, et à leur couplage éventuel avec des systèmes de neurostimulation intra-cérébrale visant à interrompre le processus épileptique en cours. Les obstacles techniques restent cependant nombreux, rendant l'échéance de telles applications encore lointaine.

**Innovations diagnostiques et
thérapeutiques : entre mythe et
réalité**

Il est maintenant possible de mettre en évidence de fines anomalies du ruban cortical en faisant appel à des techniques d'imagerie anatomique sophistiquées, de visualiser de façon plus ou moins routinière les variations de débit sanguin cérébral au cours d'une crise épileptique (tomographie par émission mono photonique), d'apprécier le retentissement d'une épilepsie sur le métabolisme cérébral ou la biodisponibilité de certains récepteurs (tomographie par émission de positrons), d'étudier de façon non invasive les constituants chimiques du cerveau épileptique (spectroscopie par résonance magnétique), ou d'imager les conséquences hémodynamiques des pointes EEG intercritiques (IRM dite « fonctionnelle »).

Tout autant spectaculaires sont les méthodes encore très sophistiquées d'analyse du signal

EEG permettant, par exemple, la détermination 3-D des pointes intercritiques (méthodes de localisation de sources), ou la détection de phénomènes anticipatoires à la survenue d'une crise.

Enfin, qui dit avancées diagnostiques dit souvent innovations thérapeutiques, et le fait est que si certaines d'entre elles restent encore clairement du domaine de la recherche clinique (neurostimulation des noyaux gris centraux), d'autres se sont affirmées potentiellement utiles (stimulation vagale chronique) ou ont apporté un plus en termes de confort par rapport au traitement chirurgical conventionnel de certaines formes d'épilepsies (radiochirurgie).

Pour le Docteur Philippe Kahane, l'essentiel de ces avancées ne concerne qu'une minorité de patients (ceux qui souffrent d'une épilepsie partielle pour laquelle un traitement neurochirurgical est envisagé), toutes ne sont pas accessibles sur un seul site, et bon nombre d'entre elles restent encore à l'heure actuelle du domaine de la recherche.

Les progrès les plus significatifs résultent surtout d'un accès facilité, pour l'ensemble des patients, à certains outils diagnostiques et traitements considérés actuellement comme indispensables pour une prise en charge rationnelle

Il en est ainsi de l'IRM dite de haute résolution, maintenant disponible dans la majorité des centres, qui a apporté dans un nombre grandissant de cas la preuve du caractère symptomatique d'une épilepsie, en suggérant ainsi indirectement un pronostic plus défavorable.

Les exemples les plus caricaturaux sont celui de la sclérose hippocampique, mise en évidence chez plus de 70% des patients souffrant d'une épilepsie du lobe temporal, et la reconnaissance croissante, en particulier chez l'enfant, de malformations du développement cortical jusque là méconnues. Il en va de même pour l'enregistrement EEG couplé au monitoring vidéo, technique qui, si elle n'est pas toute nouvelle, est actuellement largement répandue et reste irremplaçable aussi bien pour affirmer ou infirmer le diagnostic d'épilepsie chez des patients présentant des épisodes

paroxystiques de nature indéterminée, que pour l'analyse des caractéristiques d'une épilepsie donnée.

De ces deux avancées diagnostiques a naturellement découlé une meilleure identification des candidats à un éventuel traitement neurochirurgical.

**Des essais cliniques à la
pratique**

Le traitement des épilepsies a bénéficié de l'arrivée de plusieurs nouvelles molécules antiépileptiques. L'évaluation de leur efficacité est effectuée selon des procédures de développement dans le cadre d'essais contrôlés contre placebo et en thérapeutique additive chez des patients souffrant d'épilepsies partielles réfractaires. Une fois la preuve faite d'un bon rapport bénéfice/tolérance, ces médicaments font l'objet d'études complémentaires dans la population pédiatrique, dans les autres formes d'épilepsie et en monothérapie.

Pour le Docteur Alexis Arzimanoglou les études contrôlées n'apportent pas toujours les moyens d'étayer le raisonnement et d'orienter la stratégie thérapeutique. Ceci est surtout dû à la complexité de la maladie épileptique, à la variabilité des symptômes pouvant être présents, à l'existence de très nombreuses formes d'épilepsie. La plupart des données de la littérature concernant l'évaluation des médicaments antiépileptiques font état de résultats en fonction des crises et non d'autres éléments déterminants pour le choix du traitement le plus approprié, comme l'âge du patient, l'effet d'un traitement sur la durée et la sévérité des crises, l'éventuelle diminution de la durée de la phase post-critique, les syndromes épileptiques et/ou leur étiologie. L'efficacité selon le type d'épilepsie, la facilité d'utilisation et la bonne tolérance sont des critères majeurs dans le choix du traitement. Après la commercialisation d'un antiépileptique pour une indication précise (le plus souvent pour le contrôle des crises partielles), un grand nombre d'études ouvertes apportent des renseignements précieux pour l'utilisation du médicament. L'un des principaux avantages des études menées en ouvert est de se rapprocher le plus possible de la pratique clinique quotidienne, de permettre l'inclusion d'un grand nombre de patients et l'opportunité d'un suivi à long terme. Par ailleurs, l'attitude thérapeutique devant un événement indésirable est plus souple que dans le cadre d'une étude contrôlée qui souvent ne permet pas une adaptation des posologies.

**INFORMATIONS DESTINÉES AUX PATIENTS
BIPOLAIRES ET À LEUR ENTOURAGE PROCHE (1)**

Amphithéâtre Pierre Deniker, Service des Pr. Loo et Olié,
Hôpital Sainte-Anne, 75014 Paris Entrée par la rue Broussais

Réunions du jeudi soir : 19h- 20h30

Jeudi 24 janvier 2002	<i>Généralités sur la maladie bipolaire</i>
Jeudi 31 janvier 2002	<i>La dépression (1ère partie)</i>
Jeudi 7 février 2002	<i>La dépression (2ème partie)</i>
Jeudi 14 février 2002	<i>L'excitation maniaque et les états mixtes (1ère partie)</i>
Jeudi 14 mars 2002	<i>L'excitation maniaque et les états mixtes (2ème partie)</i>
Jeudi 21 mars 2002	<i>Causes et facteurs de vulnérabilité</i>
Jeudi 28 mars 2002	<i>Les maladies associées (comorbidité)</i>
Jeudi 4 avril 2002	<i>Conséquences et complications du trouble bipolaire</i>
Jeudi 11 avril 2002	<i>Les traitements médicamenteux</i>
Jeudi 16 mai 2002	<i>Les traitements psychologiques</i>
Jeudi 23 mai 2002	<i>Gestion de sa vie familiale et socioprofessionnelle</i>
Jeudi 30 mai 2002	<i>Aspects juridiques</i>
Jeudi 6 juin 2002	<i>Projection du film « Au sommet de la descente »</i>
Jeudi 13 juin 2002	<i>Les associations de patients</i>
Jeudi 20 juin 2002	<i>Questions diverses et conclusions</i>

Ces réunions sont animées par le Dr Gay⁽²⁾ et des spécialistes des troubles bipolaires. Inscription à la consultation du SHU (01 45 65 81 50)

(1) Réunions d'information organisées en collaboration avec l'UNAFAM, France-Dépression et ARGOS 2001.

(2) Responsable de la consultation Troubles bipolaires.

L'incidence de l'épilepsie est particulièrement élevée chez l'enfant. Dans cette tranche d'âge, les épilepsies ont des étiologies et des manifestations cliniques spécifiques. La réponse au traitement peut être différente de celle observée chez l'adulte et requiert donc une attention particulière. L'évolution des connaissances a désormais rendu obsolète une approche thérapeutique empirique. Devant toute épilepsie de l'enfant, l'élaboration d'une stratégie thérapeutique dépend d'une série de facteurs : l'âge de début des crises, leur expression clinique, le substratum neurologique, les indications spécifiques et la tolérance des médicaments. Les conséquences de certaines formes d'épilepsie sur le développement et les fonctions cognitives, rendent urgent le besoin d'une utilisation rationnelle des nouvelles molécules chez l'enfant. La diversité et la spécificité des nouveaux antiépileptiques renforcent la nécessité d'une parfaite connaissance de leurs indications cliniques. Parmi les antiépileptiques de dernière génération, certains sont utilisés depuis suffisamment longtemps pour permettre une bonne appréciation de leur spectre d'action ainsi qu'une utilisation au risque mesuré. La majorité des nouvelles molécules sont mieux tolérées par les patients, présentent peu d'effets idiosyncrasiques, s'associent facilement aux autres traitements éventuellement en cours, avec des conséquences directes sur la qualité de vie.

De la thérapeutique à la pratique

Le Professeur Edouard Hirsch a relevé que les progrès dans le domaine de la génétique, l'imagerie cérébrale, la prédiction des crises ont permis une meilleure compréhension de la physiopathologie des crises épileptiques. Néanmoins, les retombées directes thérapeutiques sont pour l'instant limitées, bénéficiant essentiellement aux patients pouvant subir un traitement chirurgical.

La prise en charge thérapeutique de la majorité des patients épileptiques repose toujours sur les traitements pharmacologiques. Ces dernières années la commercialisation de plusieurs antiépileptiques a permis un meilleur contrôle des crises mais rarement une disparition totale de celles-ci, qu'elles soient partielles ou généralisées. Il faut garder en mémoire que la majorité des patients débutant une épilepsie ont un contrôle de leur crise par une monothérapie adaptée.

En cas d'échec de la première monothérapie, un nombre limité de patients bénéficiera réellement d'un second traitement et encore moins d'un troisième traitement. Le choix de la thérapeutique de première intention est donc décisif. Lorsqu'un traitement est instauré, il l'est pour plusieurs années.

L'observance du traitement dépendra d'une part de l'efficacité mais également de la tolérance de celui-ci. L'objectif du médecin est de permettre au patient d'avoir une vie proche de la normale. Pour cela le traitement antiépileptique ne doit pas interférer avec les fonctions cognitives ou le moins possible, permettre l'association d'autres médicaments, et doit avoir un nombre d'effets indésirables inattendus limités prévisibles.

Les nouveaux antiépileptiques prennent progressivement une place importante dans la mesure où certains d'entre eux ont montré une efficacité équivalente par rapport à des antiépileptiques conventionnels comme la carbamazépine ou la phénytoïne. Par exemple, chez une femme en âge de procréer on peut être amené à utiliser un antiépileptique à large spectre, d'autant plus que le diagnostic syndromique n'est pas toujours aisé à la phase initiale de la maladie.

Le traitement sera accepté d'autant plus facilement par le patient s'il permet une vie

proche de la normale (nombre limité de prises, compatibilité avec une contraception orale, connaissance du risque tératogène, préservation des fonctions cognitives). Les nouveaux antiépileptiques sont donc une alternative aux antiépileptiques conventionnels, non seulement dans les épilepsies pharmacorésistantes mais également en monothérapie.

Un problème de santé publique

Il existe actuellement en France entre 350 000 et 450 000 patients épileptiques et environ 2 millions de personnes ont présenté ou présenteront un jour une crise d'épilepsie.

L'épilepsie représente l'affection neurologique chronique invalidante la plus fréquente de par ses répercussions physiques, psychologiques et économiques et de ce fait constitue un problème majeur de santé publique⁽¹⁾. L'enquête épidémiologique prospective menée sur cinq décennies à Rochester, États-Unis, par Hauser et coll.⁽²⁾ montre une prévalence globale de l'épilepsie active à 6,8 pour 1000 habitants, soit 0,68%. D'autres études estiment que cette prévalence se situe entre 0,5 et 0,8% de la population. Au minimum 1 sujet sur 200 présente une épilepsie maladie.

Les taux d'incidence indiquent que dans l'hypothèse la plus basse il y a environ un nouveau patient pour 2000 habitants annuellement, ce qui représente environ 2 nouveaux patients par jour dans une communauté urbaine d'un million d'habitants. La distribution en fonction de l'âge est bimodale⁽³⁾ avec un pic d'incidence au cours de la première année de vie et des taux élevés jusqu'à 10 ans. Par la suite, cette incidence décroît progressivement et se stabilise à des taux faibles entre 30 et 50 ans. Cette incidence remonte de façon spectaculaire à partir de 75 ans, rendant compte de la fréquence des crises symptomatiques chez les sujets âgés.

Le taux d'incidence cumulatif, c'est-à-dire la prévalence au cours de la vie entière, est compris entre 2 et 6% entre 40 et 80 ans et de fait est considéré important.

Les épilepsies représentent des affections très hétérogènes dans leurs causes, leur symptomatologie et aussi dans leur gravité. Globalement, la durée moyenne d'une épilepsie est estimée à environ 12 ans⁽¹⁾. Mais, si certains syndromes sont constamment bénins et guérissent toujours, il en est d'autres pour lesquels il n'y aura pas de rémission spontanée. Ainsi, deux tiers environ des patients sont contrôlés par un traitement médical, soit d'emblée, soit après plusieurs adaptations thérapeutiques. Ils constituent les groupes d'épilepsies pharmacosensibles ou pharmacodépendantes. Par contre, un tiers continuent de présenter des crises fréquentes et invalidantes malgré le traitement, le plus souvent conduit en polythérapie, définissant la pharmacorésistance dont on compte environ 80 à 120 000 patients en France. Ces épilepsies graves et pharmacorésistantes constituent un handicap important par leurs conséquences familiales et socio-professionnelles. Il s'avère encore aujourd'hui que les retentissements de l'épilepsie, quelle qu'en soit sa gravité réelle, sont multiples et souvent dramatiques pour la vie quotidienne du patient, du fait de sentiments d'exclusion, d'incompréhension et de détresse psychologique exacerbés. D'où la notion d'amélioration de qualité de vie que doit désormais inclure la prise en charge thérapeutique des patients en plus des traitements médicamenteux.

Lamictal® (lamotrigine)

Ce médicament antiépileptique issu de la recherche GlaxoSmithKline agit par blocage spécifique des canaux sodiques voltage-dépendants, stabilise les membranes neuronales

et inhibe la libération présynaptique excessive de glutamate, neurotransmetteur excita- teur, sans interférer avec la neurotransmission physiologique^(4,5). Son développement clinique a comporté plus d'une centaine d'essais cliniques ayant évalué près de 4 000 patients âgés de plus de 12 ans et traités soit en monothérapie ou en association à un autre traitement antiépileptique⁽⁶⁾. Son efficacité et sa tolérance dans le traitement de l'épilepsie réfractaire de l'enfant à partir de 2 ans ont été démontrés lors d'un programme de développement clinique rigoureux, permettant ainsi son utilisation dans de nombreux pays⁽⁶⁾.

En France, Lamictal® est commercialisé pour une indication chez l'adulte et chez l'enfant de plus de 12 ans soit en monothérapie, soit en association à un autre traitement antiépileptique dans le traitement des épilepsies généralisées (crises cloniques, toniques, tonico-cloniques, absences, crises myocloniques, atoniques, syndrome de Lennox-Gastaut) et celui des épilepsies partielles (crises partielles avec ou sans généralisation secondaire). Il est également indiqué en association à un autre traitement antiépileptique chez l'enfant de 2 à 12 ans dans ces formes d'épilepsies.

La détermination de l'efficacité et de la tolérance des antiépileptiques en monothérapie constitue un défi alors que la lamotrigine a été l'un des premiers antiépileptiques dits de nouvelle génération à avoir été évalué en monothérapie de première intention chez des patients ayant un diagnostic récent d'épilepsie. Pour des raisons éthiques, il apparaît difficile de comparer un médicament actif à un placebo en monothérapie. Les études comparatives randomisées, en double-aveugle ou en ouvert, et en groupes parallèles, ont été menées versus 2 antiépileptiques classiques de référence dans cette indication : carbamazépine, phénytoïne^(7,8,9,10). Les patients évalués dans ces quatre principales études présentaient des crises partielles (avec ou sans généralisation secondaire), ou des crises tonico-cloniques généralisées primaires et non encore traitées.

Ces études ont montré une efficacité globalement comparable des traitements, les principales différences portant essentiellement sur les profils de tolérance. Le délai avant l'arrêt du traitement (ou durée de maintien du patient dans l'étude), qui est un critère composite d'efficacité et de tolérance que l'on peut considérer comme étant la meilleure mesure de succès du traitement, a été significativement différent en faveur de la lamotrigine comparativement à la carbamazépine dans l'étude en double-aveugle chez l'adulte⁽⁷⁾.

Dans celle en double-aveugle menée chez le sujet âgé, les arrêts prématurés de traitement ont été aussi plus importants chez les patients traités par carbamazépine du fait d'une moins bonne tolérance au plan cutané⁽⁹⁾. Par rapport à la phénytoïne aucune différence n'a été notée en termes d'efficacité⁽¹⁰⁾, mais on note une amélioration significative de la qualité de vie en faveur de Lamictal®. Quant aux études portant sur un traitement d'entretien à long terme, elles ont montré que l'efficacité en monothérapie se maintient pendant plusieurs années chez bon nombre de patients⁽¹¹⁾ : 81% d'entre eux continuent d'avoir un excellent contrôle des crises après 144 semaines de traitement. L'efficacité de Lamictal® en monothérapie de première intention s'est confirmée au cours d'études menées plus récemment et comparativement soit au valproate de sodium soit à la gabapentine^(12,13).

En termes de tolérance, la lamotrigine en monothérapie a été bien tolérée comparativement à la carbamazépine et à la phénytoïne, avec moins de vertiges, de somnolence ou d'asthénie qu'il s'agisse d'adultes ou de sujets âgés^(7,8,10,11). L'incidence des éruptions cutanées nécessitant son arrêt est liée à l'augmentation progressive des doses (2,2% d'in-

LIVRES

Les processus d'auto-punition

A. Hesnard et R. Laforge

Préface éditoriale de J. Chazaud
L'Harmattan

Ce rapport, présenté à la V^e réunion des Psychanalystes de langue française (1930) sous le titre *Les processus d'Auto-Punition en Psychologie des Névroses et des Psychoses en Psychologie criminelle et en Pathologie générale*, a été le premier à introduire en France les processus et les modalités psychopathologiques des phénomènes d'auto-punition, dans leurs relations avec les sentiments inconscients de culpabilité. Il en élargit les formes, au-delà des symptômes névrotiques et déviances comportementales, au champ des psychoses et à celui des maladies organiques. Dépassant le domaine clinique, cet essai met en lumière la nature éthique et anthropologique de la recherche psychanalytique.

Les professionnels face à la sexualité des adolescents Les institutions à l'épreuve

Sous la direction de Patrice Huerre et Didier Lauri
Érès

A l'initiative de la Fondation Santé des étudiants de France, les auteurs ont réuni sur ce sujet les approches de professionnels et de spécialistes* : proviseur, éducatrice et psychologue, psychiatres, pédiatre, gynécologue et magistrats, éclairés par les points de vue de l'anthropologue et de l'historienne. Les informations juridiques, les réflexions cliniques et théoriques, les prises de position, les réflexions éducatives et éthiques, les récits d'expériences rassemblés ici seront utiles. A l'école, dans les foyers socio-éducatifs, dans les lieux de soins, la sexualité des adolescents pose souvent problème. Dans ces institutions, des adultes – individus sexués et sexualisés – et des adolescents – filles et garçons accédant à une vie sexuelle – vivent ensemble. Généralement tout se passe bien, mais certaines situations sont difficiles à vivre, voire explosives, et embarrassent les professionnels qui rencontrent le silence et se retrouvent seuls, sans références. Les images et les représentations culturelles des uns et des autres, les histoires personnelles, les idéologies sont à l'œuvre, et pas toujours de manière explicite.

* Patrick Alécian, Pierre Angel, Nicole Athéa, Monique Chadeville, Simone Couraud, Victor Courtecuisse, Martine Gruère, Philippe Jeamment, Jean-Marie Jutant, Marie-Rose Moro, Véronique Nahoum-Grappe, Chantal Picod, Caroline Rey, Jean-Pierre Rosensewicz, Hélène Rosen, Anne-Marie Sohn, Yvon Tallec, Stanislas Tomkiewicz, Jeanne-Marie Urcum, Thierry Vincent, Françoise Zanaret.

Prématuré et rupture du lien mère-enfant

La naissance inachevée

Geneviève Binet

Gaëtan Morin Editeur

L'auteur revient aux sources de la psychanalyse, sur les traces de Freud, Bowlby, Winnicott, Dolto, à la découverte de ceux qui ont bâti les théories de l'attachement précoce mère-bébé. Ces incursions didactiques sont illustrées de récits qui permettent de découvrir les services de néonatalogie au plus près de leur réalité. Ces « fils rouges » montrent comment les soignants prennent en charge et accompagnent parents et enfants pour que se tissent les premiers liens, tantôt incertains et fragiles, tantôt évidents et forts, essentiels pour la construction du bébé.

terruption du traitement, lorsque le schéma posologique d'escalade de doses recommandé a été respecté⁽¹⁾.

Ces premières études randomisées pivot ont permis de déterminer les recommandations posologiques actuelles en monothérapie chez l'enfant à partir de 12 ans, chez l'adulte et la personne âgée.

La posologie recommandée au cours du premier mois de traitement est de 25mg/jour pour les 2 premières semaines et de 50mg/jour pour les semaines 3 et 4. La dose d'entretien habituelle est ensuite de 100 à 200mg/jour. Dans les essais cliniques des doses supérieures à 500 mg n'ont pas été étudiées.

Lamictal® présente un intérêt majeur en terme de prise en charge des épilepsies nouvellement diagnostiquées du fait de son large spectre d'action, à la fois sur les épilepsies généralisées et sur les épilepsies partielles se manifestant par des crises simples ou complexes. Lamictal® apporte ainsi un avantage indéniable lors de situations cliniques où les critères électro-cliniques ne sont pas suffisam-

ment discriminants pour orienter le diagnostic vers une épilepsie généralisée ou partielle. En effet le large spectre d'efficacité lui confère l'avantage d'une couverture large du risque de crise en début de traitement.

Dès le diagnostic d'épilepsie, Lamictal® peut être choisi préférentiellement, et notamment :

- chez l'adolescent, du fait de son large spectre d'activité doublé d'une bonne tolérance cognitive : absence d'altération de la mémoire et de la concentration, maintien de la vigilance, association possible avec les contraceptifs oraux ;
- chez la femme, dans le souci de protéger sa fonction hormonale et de préserver sa sexualité (association possible avec les contraceptifs oraux) et de lui permettre d'envisager une grossesse ;
- chez la personne âgée, pour une moindre somnolence, avec moins d'interactions médicamenteuses, et une meilleure observance liée au nombre limité de prises quotidiennes (une à deux prises).

F.C.

Bibliographie

- (1) THOMAS P, ARZIMANOGLU A, *Epilepsies*, Ed Masson, 2^{ème} édition, 2000.
- (2) HAUSER WA et al, *Prevalence of epilepsy in Rochester, Minnesota : 1940-1980*, *Epilepsia*, 1991, 32 : 429-45.
- (3) HAUSER WA et al, *Incidence of epilepsy and unprovoked seizure in Rochester, Minnesota 1935-1984*, *Epilepsia*, 1993, 34 : 453-68.
- (4) CHEUNG H. et al, *An in vitro investigation of the action of lamotrigine on neuronal voltage-activated channels*, *Epilepsy Research*, 1992, 13 : 107-12.
- (5) XIE X. et al, *Interaction of the antiepileptic drug lamotrigine with recombinant rat brain type IIA Na⁺ channels and with native Na⁺ channels in rat hippocampal neurons*, *Arch Eur J Physiol*, 1995, 430 : 437-46.
- (6) MEISSENHEIMER J. et al, *Safety review of adult clinical trial experience with lamotrigine*, *Drug Safety*, 1998, Apr, 18 (4) : 281-96, Ed Adis International.
- (7) BRODIE MJ et al, *Double-blind comparison of lamotrigine and carbamazepine in newly diagnosed epilepsy*, *Lancet*, 1995, 345 : 476-9.

(8) REUNANEN M et al, *A randomised open multicenter comparative trial of lamotrigine and carbamazepine as monotherapy in patients with newly diagnosed or recurrent epilepsy*, *Epilepsy Research*, 1996, 23 : 149-55.

(9) BRODIE M et al, *Multicentre, double-blind, randomised comparison between lamotrigine and carbamazepine in elderly patients with newly diagnosed epilepsy*, *Epilepsy Research*, 1999, 37(1) : 81-87.

(10) STEINER TJ et al, *Lamotrigine monotherapy in newly diagnosed untreated epilepsy: a double-blind comparison with phenytoin*, *Epilepsia*, 1999, 40(5) : 601-7.

(11) MULLENS EL, *La lamotrigine en monothérapie dans le traitement de l'épilepsie*, Traduction française, *Clin Drug Invest*, Août 1998, 16(2) : 125-33, Ed Adis International.

(12) BITON V et al, *Weight change associated with valproate and lamotrigine monotherapy in patients with epilepsy*, *Neurology* 2001, 56 : 172-177

(13) BRODIE M et al, *Gabapentine versus lamotrigine monotherapy: a double-blind comparison*, *Epilepsia* 2000, 41(suppl Florence) : 138-39.

LIVRES

Odeurs prisonnières

Michel Gaulier
et Marie-Thérèse Esneault
*Les Éditions par Défaut**

Marie-Thérèse Esneault possède une très solide expérience de l'univers carcéral. Cela fait des années qu'elle pratique dans le cadre des ateliers thérapeutiques par le biais de l'expression et de la médiation. Elle sait de quoi elle témoigne. Elle joue sur la gamme des sens, de la sensorialité et du sensible. Elle passe par la musique et utilise les odeurs pour donner de la « chair » aux expériences sensori-motrices premières. Celles qui fondent la personnalité. C'est une démarche artisanale qui est née de sa pratique sensible, où les organes sensoriels sont aux premiers plans. En l'occurrence, sentir des odeurs et se laisser aller à l'évocation subjective et personnelle. Et c'est par ce biais que se réalise le véritable travail d'écriture de Michel Gaulier. Cet aller-retour entre les sens, les sensations et l'écriture, cette transformation à deux mains donne de l'écrit où Michel Gaulier se révèle « écrivain ». Écriture singulière, qui de sensations en expressions tourne autour de l'univers qu'il habite et le possède. C'est son regard sur le paysage carcéral. L'angle authentique qui rencontre sa subjectivité. La vérité colle à la réalité. A la connaître : je la retrouve l'odeur de la prison. Reste les autres sensations qui lui appartiennent en propre. Et demeure la prison dans son inaltérable architecture où se fourvoient quelques perversités. Ce livre regroupe et restitue les moments de cette expérience qui provoque la rencontre entre ces deux personnages, ce tissage où l'idée de prendre soin de l'autre domine la relation. L'un donne à l'autre en semant quelques sensations. Celles-ci provoquent des souvenirs et de la pensée. De l'acte à la pensée. Du sensible à l'intelligible.

Le point de vue du psychanalyste sera de ne pas « psychologiser » le matériel obtenu en le soumettant à diverses interprétations mais de le maintenir comme des manifestations en forme de cryptes significatives qu'il conviendrait de ne pas « décrypter ». Des blocs de sensations qui font subvenir de l'histoire personnelle. Une pensée en amenant une autre, cela permet de la réflexion. Les processus de dons et de transferts y sont pour beaucoup. Les objectifs des ateliers d'expressions et de médiations tournent autour de la création et parfois de l'invention personnelle. C'est une façon de développer la capacité d'associer par différents processus de transformation. Un de nos a priori cliniques est que la pen-

sée est une forme de mentalisation progressive de l'action. D'où l'importance des sensations premières qui jouent un rôle de signifiants sensibles qui doivent s'organiser, se liquider avec la pensée représentative. L'acte se situe comme préalable à la représentation et comme signifiant élémentaire. Il faut charger l'acte de représentations, le conceptualiser dans une langue singulière, en forme de pensées-concepts. La pensée permet la conceptualisation des représentations.

On vise principalement la naissance d'un acte sensible, de l'éprouvé de celui-ci, à l'instauration ou à la restauration de ces signes qui font lien et le passage d'une réalité psychique interne à une réalité externe par la créativité. L'acte, le signifiant sensible, la sensation phénoménale comme données préalables doivent se lester de représentations. L'atelier d'expression et de médiation est un moment de transition qui devrait permettre au patient de faire émerger, de s'approprier et de faire reconnaître ce qui fonde ses affects et ses éprouvés élémentaires. Le passage par les ateliers de médiation se propose de provoquer l'émergence d'associations, de liens et de mouvements psychiques (aménagements, objectalisations) afin que le patient qui expérimente une relation nouvelle et constructive puisse accéder à une bonne et juste relation à l'objet, à l'autre et à lui-même. C'est affaire de création. *Odeurs prisonnières* est un des livres des plus authentiques qui témoigne d'un véritable travail que l'on peut qualifier de thérapeutique. C'est une des plus remarquables façons d'aborder ceux que l'on retrouve dans les institutions psychiatriques et les institutions carcérales. Institutions qui offrent encore des dénominateurs communs, de par leurs rôles de régulations sociales et de regroupements collectifs. Ce livre n'est pas dans les librairies, il faut passer commande auprès de l'éditeur. Artisanat oblige.

Laurent Caillard

* 75, avenue Parmentier - 75011 Paris.

La passion adolescente

Elsa Schmid-Kitsikis
In Press éditions

S'agit-il d'un livre sur la passion ou sur l'adolescence ? Sur la passion qualifiée d'adolescente ou sur la passion à l'adolescence ? Etudiant tout à tour ces différents aspects, Elsa Schmid-Kitsikis propose d'envisager la passion adolescente comme un « mode de fonctionnement psychique qui contribue à rendre l'individu apte au désir, au renouvellement et à la création ».

Dans une première partie, la passion est décrite dans une perspective métaphysique, à partir de nombreux exemples tirés de la litté-

rature romanesque ainsi que de l'expérience clinique de l'auteur. Les notions métaphysiques de référence sont empruntées à Freud, Winnicott et Bion principalement. La relation passionnelle, tour à tour comparée et opposée à la relation amoureuse, et étudiée dans ses différentes caractéristiques : exceptionnalité, exclusivité, fougue, objet partiel, sensorialité morcelée, attrait pour la mort. Dans le processus passionnel, l'éprouvé sensoriel est investi sur un mode de fétichisation. La dépendance à l'objet de la passion évoque la dépendance aux drogues, un pont étant établi avec la psychopathologie.

Le processus passionnel procède d'une condensation avec le narcissisme de l'autre, d'un désir de fusion totale tandis que la relation amoureuse permet, pour chacun des deux être liés, un espace narcissique de rêve. Selon Freud, dans la passion amoureuse, la libido d'objet est massivement tournée vers l'objet au dépens de Moi. Critiquant l'opposition classique entre bonne et mauvaise passion, Elsa Schmid-Kitsikis qualifie la passion d'exception nécessaire à la dynamique pulsionnelle d'Eros et, à ce titre, présente en tout être humain. Elle remonte aux sources de cet état passionnel, qu'elle situe chez le nouveau-né dans un rapport avec la séparation originelle contemporaine de la naissance. Selon Elsa Schmid-Kitsikis, une matrice sensorielle originale, précurseur de la matrice passionnelle, devra être ultérieurement refoulée pour laisser place aux sentiments d'amour. Le lien passionnel est opposé au processus d'objectalisation tout au long du livre, et témoigne de failles dans ce processus d'objectalisation. Dans un des exemples cliniques rapportés, du fait de l'absence d'élaboration des affects de perte, l'éprouvé sensoriel fonctionne sur un mode hallucinatoire.

Elsa Schmid-Kitsikis dans la deuxième partie de son ouvrage pose la question suivante : « La passion adolescente : repli narcissique ou éternelle capacité de renouvellement ? ». La double polarité de la passion, vie et mort, fertilité et extinction psychique, qui constitue un des fils rouges du livre, est à l'image des différentes issues du processus de l'adolescence : ouverture vers des remaniements structurants, fixation dans des structures rigides. L'auteur procède à une revue critique des travaux psychanalytiques contemporains concernant l'adolescence, notamment dans une dimension historique. Actuellement, selon l'auteur, l'adolescence ne serait plus reconnue socialement dans sa spécificité et ses besoins. De ce fait, l'accès à un mode de satisfaction objectale serait barré aux adolescents, qui se replieraient alors vers des passions substitutives telles que la violence, le

suicide, les addictions ou la mélancolie. Les choix passionnels substitutifs de l'adolescent témoignent des défaillances des processus de liaison et des mouvements de vie de l'activité psychique.

La passion amoureuse chez l'adolescent est un état de folie à deux excluant tout fantasme de séparation, comportant une idéalisation de la scène d'amour. L'idéalisation est une composante essentielle de l'amour passion. Selon l'auteur, si la modalité passionnelle est exclusive chez l'adolescent aux dépens des possibilités de lien objectal, la passion devient destructrice. Si le lien à l'objet est établi sur un mode passionnel, la passion peut révéler des virtualités évolutives. Quand la passion s'insère dans le vécu objectal amoureux, elle a un statut d'affect. Quand la passion est clivée de la relation amoureuse, elle a une charge pulsionnelle indifférenciée. L'issue de la passion vers une relation objectale sera fonction de l'organisation psychique préexistante à l'expérience passionnelle.

Outrepasant les limites de l'adolescence, la passion adolescente caractérise une modalité de processus psychique, présente tout au long de la vie, suscitée par les mouvements de réélaboration de la névrose infantile et qui dispose de l'être humain quant au désir, au renouvellement et à la création. « La passion est toujours adolescente lorsqu'elle ne prend pas le visage de la perversion, qui la ride en la rendant stérile et morbide », écrit Elsa Schmid-Kitsikis qui illustre sa conception de la passion à partir de deux exemples de sa pratique analytique, sous l'angle de la « douleur de la mémoire ». Rodolphe et Agnès parviennent, grâce à la cure, à déplacer leurs fixations passionnelles sur d'autres objets d'investissement.

Isabelle Pomeranc

Cognition et lecture Processus de base de la reconnaissance des mots écrits chez l'adulte

Ludovic Ferrand

DeBoeck Université

Cet ouvrage a pour objectif de donner au lecteur une idée claire et précise des mécanismes cognitifs impliqués dans la lecture et des représentations mentales sur lesquelles ils opèrent. Il fait la synthèse des connaissances actuelles et des perspectives de progrès en psychologie cognitive et expérimentale, en imagerie cérébrale, en neuropsychologie, en neurosciences, en intelligence artificielle ainsi qu'en linguistique sur un grand nombre de questions traitant de la lecture chez l'adulte. Les aspects visuel, orthographique, phonologique, morphologique ainsi que syntaxique et sémantique sont pris en compte.

BIOGRAPHIE (suite)

ce qui est faux ? Qu'est-ce que l'histoire et à quoi sert-elle ? Pourquoi chaque génération éprouve-t-elle le besoin de la récrire ? Comment connaître l'homme sans comprendre son histoire, et comment concilier exigence de rigueur scientifique et nécessité de s'appuyer sur l'histoire pour penser et construire l'avenir ?

A l'origine de son travail, un constat pragmatique et lucide : le passé n'existe plus, il nous restera à jamais inaccessible. La seule chose qu'il nous ait laissée, ce sont des traces. Des traces qui ne sont pas seulement écrites, il y a aussi des monuments, des vestiges, des œuvres d'art, des restes humains, tous éléments que les progrès des techniques contemporaines nous permettent de déchiffrer plus précisément qu'autrefois. Le travail de l'historien va donc consister à reconstruire une version du passé rigoureuse et cohérente à partir de l'interprétation de toutes les traces disponibles laissées par le passé, et sans en négliger aucune.

Pas question, autrement dit, de laisser de côté les documents qui viendraient écorner, voire invalider, les légendes admises ; mais pas question non plus de céder à l'illusion selon laquelle le récit historique ainsi obtenu rendrait fidèlement compte, et une fois pour toutes, de la réalité passée. L'histoire restera toujours une interprétation reposant sur des sources inévitablement lacunaires (et l'historien connaît bien ce paradoxe qui fait que plus les documents sont nombreux, et plus les lacunes sont manifestes), une interprétation révisable par nos successeurs (de nouvelles découvertes imposant souvent de repenser en partie l'ensemble) et dont la validité réside dans la rigueur de la méthode utilisée (ce qui lui confère son caractère scientifique) et dans l'intelligence de la reconstruction, qui en fait le caractère humain et éminemment créatif.

En histoire de la médecine, ce travail implique donc, comme ailleurs, de passer les sources au crible d'une critique systématique. Revenir aux textes voire, quand c'est possible, aux manuscrits, examiner la façon dont ils ont été établis, reprendre les traductions effectuées à des époques où l'on ne disposait pas du savoir actuel tout en évitant l'écueil d'interprétations rétrospectives pêchant par anachronisme, confronter les différentes versions et interprétations (dans toutes les langues accessibles), telles sont les exigences de départ ; à partir desquelles il deviendra possible d'essayer de comprendre la façon dont pensaient et pratiquaient nos prédécesseurs.

L'HISTOIRE COMME DISCIPLINE INDISPENSABLE À LA FORMATION

Cette description rapide pourrait laisser penser qu'il s'agit là, assez banalement, d'un travail de spécialiste n'intéressant que les spécialistes. C'est en partie exact, mais en partie seulement : s'il est vrai qu'on ne peut guère demander à tous les médecins de lire Hippocrate dans le texte (et les lumières nouvelles qu'apporte Grmek aux *Epidémies V* et *VII* éditées en collaboration avec Jacques Jouanna montrent bien à quel point la pluridisciplinarité modifie les interprétations des seuls philologues), il n'en reste pas moins qu'un enseignement de l'histoire de la médecine, qui rendrait compte de la façon dont s'élaborent l'histoire et les concepts médicaux et familiariserait très tôt les étudiants avec ces réalités qui sont au fondement de leur future pratique, non seulement enrichirait leur formation mais éviterait ensuite bien des écueils de raisonnement qui ne sont pas sans effets dans l'exercice médical largement compris.

Cette position, Mirko Grmek la soutient avec

conviction et déplore que, sous prétexte qu'il s'agit d'une activité peu lucrative, le métier d'historien de la médecine reste encore aujourd'hui si peu brigué et si mal perçu par ses confrères : « *Le stéréotype de l'historien de la médecine comme érudit un peu pédant et inutile, sorte de luxe culturel, ne correspond pas à la vérité dans la mesure où celui-ci développe une activité importante ayant une finalité pédagogique. L'historien de la médecine dispose, dans le champ de la médecine, d'informations particulières très utiles pour la formation professionnelle et pour toutes les actions de type culturel et social qui dépassent les limites purement techniques du métier de médecin* ». Encore faut-il, bien sûr, que l'historien soit professionnel, et non simplement médecin amateur de légendes et d'anecdotes, comme il s'en trouve encore beaucoup qui enseignent aujourd'hui à la Faculté.

Autrement dit l'histoire de la médecine n'est pas un hobby mais une activité sérieuse et responsable qui exige rigueur et pensée, méthode et créativité, ce qui va, il est vrai, à rebours de la formation médicale actuelle qui privilégie trop souvent apprentissage et mémorisation au détriment de l'élaboration et de la réflexion. Mais qu'est-ce qu'un savoir appris qui n'est pas pensé ?

Écoutons encore Grmek insister en ce sens : «... il revient à l'enseignement de l'histoire de la médecine une place rendant justice à l'importance de la discipline. Sa valeur éducative s'est accrue aujourd'hui du fait du besoin d'une pensée unificatrice, face aux fortes impulsions tendant à diviser la médecine en plusieurs spécialités. Une autre raison est la rapidité du changement auquel est sujet le savoir médical : si mon grand-père avait été médecin il y a cent ans, il aurait appris à l'Université tout ce dont il aurait eu besoin pour le reste de sa vie professionnelle. Aujourd'hui il n'en va plus ainsi car ce que l'on savait il y a vingt ans, au sens opératoire, est déjà dépassé, et la science médicale connaît un changement continu qui ne rend pas nécessairement faux le savoir ancien mais le relativise ; cependant, comprendre comment se produit cette transformation est essentiel pour le médecin qui veut continuer à étudier. J'estime que l'histoire de la médecine est un instrument pédagogique indispensable et que dans chaque faculté devrait être créé un institut de cette discipline pour la cultiver comme l'exige sa méthode⁽¹⁾ ».

En d'autres termes, l'histoire est un enjeu d'avenir : à ne former les étudiants que dans une pensée opératoire coupée de son passé et qui, du fait de l'évolution accélérée des savoirs, sera rapidement périmée, on s'expose à former des médecins incapables de faire face aux avancées de leur discipline et, faute d'outils intellectuels adaptés, de penser leur propre savoir en marche. C'est donc bien un nouvel humanisme qu'il s'agit d'élaborer. Non pas dans la nostalgie d'un humanisme aux formes dépassées vu l'abondance des connaissances désormais inassimilables par un seul cerveau humain, mais dans une perspective d'avenir renouant avec l'exigence d'une pensée historique et philosophique susceptible d'apporter la méthode, les concepts, les repères intellectuels indispensables à toute formation digne de ce nom.

SAVOIR ET CRÉATION

Tout le malentendu actuel, en la matière, vient peut-être de la notion de savoir. Et à cet égard, l'exemple de Grmek est précieux. Lui dont l'érudition impressionnait toujours ses auditeurs disait volontiers que la collation des documents n'était pas la part de son activité qu'il préférerait. Thésauriser le savoir

pour le savoir ne l'intéressait pas. Car la capitalisation des connaissances ne produit des intérêts qu'à la condition qu'elles soient pensées de façon nouvelle. Il considérerait autrement dit cette étape comme un passage obligé, mais ce qui le mobilisait, c'était l'aspect créatif, une fois les documents rassemblés. Un savoir accumulé dans le désordre et qui n'est pas critiqué, articulé et pensé, n'est rien. De multiples savoirs qui ne sont pas mis en relation de façon satisfaisante sont inutilisables ou, pis encore, utilisés de façon erronée. Or cette mise en relation, c'est précisément la part élaborative, créative, qui n'est pas encouragée dans la formation actuelle, ce qui risque à terme de nous mener dans une impasse.

En donnant au début de cet article quelques repères biographiques, j'ai volontairement omis de signaler que Grmek, pendant la guerre, avait écrit un recueil de poèmes qui furent publiés à Zagreb quelques semaines avant sa mort. Je l'ai omis pour éviter de donner au lecteur l'impression qu'il s'agissait là d'une fantaisie de jeunesse ne portant pas à conséquence. Or ces poèmes, où le jeune homme exprime déjà sous une forme très élaborée le questionnement qui mobilisera toute son activité postérieure, rendent bien compte de cette faculté créatrice qui fait l'envergure exceptionnelle de son œuvre médico-historique. Une faculté créatrice qui s'exerce avec rigueur, sous la contrainte des documents soumis à son jugement critique, et qui lui permet d'élaborer de nouveaux concepts et par là de penser de façon inédite et féconde des réalités séculaires : ainsi le concept de pathocénose, qui désigne la répartition des maladies à un moment donné dans une société donnée, montre qu'il existe entre les différentes pathologies une interdépendance qu'il conviendrait d'étudier et de prendre en compte (ce qui pourrait induire une approche nouvelle tant de la pratique médicale que de la santé publique) ; ainsi encore le concept de mémoricide, qu'il élabore au moment de la guerre en ex-Yougoslavie, pour dénoncer la destruction systématique, opérée par les forces serbo-yougoslaves, des traces et des monuments (memoriae) témoignant de l'histoire de l'adversaire. Et c'est encore cette pensée créatrice à l'œuvre qui lui dicte, quelques mois avant sa mort, cet article testamentaire dans lequel il analyse la troisième révolution scientifique que nous sommes en train de vivre, sans encore le savoir, et dont l'idée directrice est la suivante : le XIX^e et le XX^e siècle ont vécu avec la certitude que le réel était constitué de deux composantes : la matière et l'énergie ; et c'est sur cette idée que se sont édifiées des idéologies comme celle de Marx. La révolution actuellement en cours résulte de la découverte que le réel est constitué d'une troisième composante : l'information. « *D'après les idées dominantes au début de notre siècle (le XX^e, bien sûr), écrit-il, la vie ne pouvait être, dans une explication scientifique, qu'une série de transformations analogiques et on devait pouvoir expliquer les phénomènes biologiques sans recourir au déchiffrement des messages utilisant un code apparemment arbitraire* ». La découverte de messages codés, de type numérique, dans la nature inerte comme dans le vivant, a bouleversé cette façon de voir. Ainsi le langage ne peut-il plus être considéré seulement comme un fait de culture et « *une invention humaine ab nihilo* », mais comme « *le développement d'une particularité sous-jacente aux phénomènes naturels, le perfectionnement ultime d'un procédé qui, sous une forme primitive, imprègne la nature entière* ». Cette découverte impose aujourd'hui d'admettre que « *dans les processus biologiques, il y a quelque chose de non réductible aux lois de la matière et de l'énergie* » et que « *ce quelque*

chose est déterminé historiquement et structuré comme le langage ».

Précisons tout de suite que Grmek n'avait que rapidement parcouru Lacan, dont les thèmes le choquaient par leur caractère à ses yeux pseudo-scientifique, et qu'il n'était guère un familier de la psychanalyse et de l'inconscient. L'écho de ses conclusions n'en est que plus frappant : aurait-il, par les chemins de la rationalité scientifique et de l'analyse historique de la pensée, jeté sans le savoir un dernier pont vers la psychanalyse, à laquelle il apporterait ses fondements scientifiques en la légitimant aux yeux de ceux qui y résistent encore ?

Ce qui est certain, c'est que cette révolution en marche permet selon lui de penser le monde sans Dieu, mais pas sans l'art ni l'invention : « *En résumé, il me semble qu'une caractéristique essentielle de la troisième révolution scientifique est la supposition fondamentale que les phénomènes naturels se déroulent dans un espace et dans un temps non nécessairement isotropes et se composent d'une substance qui se manifeste sous forme de la matière ou de l'énergie (constante étant seulement la somme des deux) et d'une entité particulière non réductible à cette dernière que, faute de mieux, on appelle aujourd'hui l'information. Ce postulat peut justifier la téléonomie des structures existantes dans la nature sans devoir la justifier par une téléologie supérieure. Il s'agit non pas de prédestination mais d'une possibilité d'invention, de création* ».

Une possibilité qu'il n'a quant à lui cessé de mettre en œuvre, en toute rigueur, pour tenter d'éclairer ses contemporains. « *Cela paraîtra peut-être bizarre, mais c'est le même besoin qui m'a poussé dans ma jeunesse vers la poésie et plus tard vers la recherche scientifique. Ce besoin, c'était la recherche du sens de la vie et la soif de vérité de l'homme noyé dans une mer de mensonge. (...) Dans La mystique des mots (...), j'ai examiné, d'une façon poétique mais très concrète et vivante, les principales questions de l'existence humaine et du sens de la vie, en trouvant une issue psychologique dans la recherche d'une vérité impitoyable et sans compromis, et dans l'exaltation des indiscutables élans nobles de l'âme, avant tout de l'amour et de la passion. (...) dès que j'ai consacré l'essentiel de mon attention aux recherches scientifiques (...), j'ai investi dans ces recherches mes émotions, mes élans et ma quête de sens. En écrivant des textes à première vue austères et académiques, j'avais l'impression de composer des poèmes en prose* ».

Oui, une telle déclaration paraîtra bizarre, sans doute, à ceux qui adhèrent au mythe selon lequel la science serait tout entière du côté de l'objectivité rationnelle, et qui rejettent l'invention et l'imagination créatrice du côté de la littérature. Mais je suis convaincue que Bachelard ou Foucault, et avec eux tout ceux qui ont cherché à penser l'homme, le monde et son histoire, à leur façon y auraient souscrit, sans y rien voir de particulièrement bizarre. ■

(1) Voir Mirko D. Grmek, *La vie, les maladies et l'histoire/La guerre comme maladie sociale et autres textes politiques*, 2 vol. sous coffret, Paris, Le Seuil, 2001.

(2) Voir Mirko D. Grmek, op. cit. note 1 ; M. Grmek, M. Gjidara et N. Simac, *Le nettoyage ethnique*, Documents historiques sur une idéologie serbe, Paris, Fayard, 1993 (à paraître Points Seuil, mai 2002) ; M. Grmek et L.L. Lambrichs, *Les révoltés de Villefranche*, Paris, Le Seuil, 1998.

(3) Louise L. Lambrichs, « M.D. Grmek, un humaniste européen engagé », in M.D. Grmek, op. cit. note 1.

LIVRES

Découvrir W.R. Bion explorateur de la pensée

Nicolas Geissmann

Èrès

L'ambition de Nicolas Geissmann est de mettre à notre portée la pensée de W.R. Bion en restant au plus près des textes. Dans la postérité de Freud et de Mélanie Klein, W.R. Bion figure parmi les plus marquants des cliniciens et des théoriciens de la psychanalyse. Il explore le fonctionnement intime des groupes ou des sujets et met en évidence les liens qui les unissent. Les objets bizarres, la capacité de rêverie, la fonction alpha... Ces concepts sont devenus familiers sans être pour autant totalement compris.

Les quatre dimensions de l'inceste

Vincent Laupies

L'Harmattan

Ce livre propose une compréhension des impacts de l'inceste à partir des apports de la psychanalyse, de l'hypnose, des thérapies centrées sur la solution, de la systémique et de la thérapie contextuelle. A partir de ces apports, l'auteur propose des points de repères pour le travail thérapeutique ou social avec les adultes victimes d'inceste dans leur enfance. Ces réflexions sont éclairées par des exemples cliniques et les théories sont présentés sous forme de fiches.

Jeu et réalité

L'Espace potentiel

D. W. Winnicott

Traduit de l'anglais par Claude Monod et

J-B Pontalis

Préface de J-B Pontalis

Folio essais n° 398

Cette œuvre, qui est la plus lue de Winnicott est la dernière qu'il a écrite. Elle prend pour point de départ l'article, devenu classique, consacré aux « objets transitionnels ». Elle a pour fil conducteur une conception du jeu, par quoi il faut entendre une capacité de créer un espace intermédiaire entre le dehors et le dedans, capacité qui ne s'accomplit pas dans les jeux réglés, agencés comme des fantasmes ou des rituels, mais qui se situe à l'origine de l'expérience culturelle. Elle énonce enfin une théorie des lieux psychiques, une nouvelle topique, dont nous commençons à apercevoir l'originalité, par rapport aussi bien à Freud qu'à Mélanie Klein. *La consultation thérapeutique et l'enfant*, disponible dans la collection Tel, montre comment opérait Winnicott. Nous découvrons, avec ce livre, comment une théorie psychanalytique, cet objet transitionnel dont nous ne saurions nous passer, s'invente.

Des savants face à l'occulte 1870-1940

Sous la direction de

Bernadette Bansaude-Vincent et Christine Blondel*

La Découverte

Tables tournantes et parlantes, somnambules et médiums, fantômes et ectoplasmes ont captivé l'attention d'une fraction non négligeable de la communauté scientifique française au tournant du XX^e siècle. Ces phénomènes pouvaient-ils s'expliquer par la physique, la biologie, ou bien relevaient-ils de la psychopathologie ? De nombreux savants tentèrent de les soumettre à la méthode expérimentale : Pierre et Marie Curie participèrent aux séances d'une médium, Camille Flammarion enquêta sur la télépathie, tandis que le prix Nobel de physiologie Charles Richet proclamait sa croyance aux fantômes et fondait la « métapsychique ». Après cette période d'engouement pour les phénomènes occultes, dans les années 30, en dépit d'une radiesthésie aux ambitions

scientifiques, toute forme d'occulte a été bannie du champ scientifique et renvoyée vers les « parasciences ». Ce livre présente neuf récits d'épisodes de cette période. Au-delà, les historiens des sciences et de la culture qui ont contribué à cet ensemble, éclairent ce mouvement d'ouverture puis de fermeture de la communauté scientifique française, dont les effets se font encore sentir.

**avec les contributions de Bernadette Bansaude-Vincent, Christine Blondel, Jacqueline Carroy, Patrizia D'Andrea, Nicole Edelman, Patrick Fuentès, Pierre Lagrange, Pascal Le Mali Bertrand Méheust, Michel Pierssens.*

Manuel de thérapies psychosomatiques

Ouvrage collectif sous la direction de

Sami-Ali*

Dunod

Cet ouvrage propose un panorama de pratiques cliniques et fournit une illustration de la pertinence de l'école psychosomatique développée par Sami-Ali. La place de la psychosomatique y est explorée selon différents champs d'action thérapeutique : médecine, psychiatrie, thérapies médiatrices (relaxation, danse, expression picturale) et dans la prise en charge de pathologies lourdes (cancer, autisme, anorexie). La diversité des contributions constitue un véritable manuel de psychosomatique appliquée.

**avec les contributions de M. Bensoussan, S. Bertolus, A. Bertran de Balanda, S Cady, A Danan, S. Doche-Schwab, B. Eidelman-Rehahia, A Fourreau, J-M. Gauthier, A Mendes Pedro, M. Moreau, S. Rotbard, D. Soubigou.*

La prison en changement

Sous la direction de Claude Veil et

Dominique Lhuillier*

Èrès

Bras séculier du pouvoir judiciaire mais de plus en plus investie de missions dont la complexité va croissant, l'institution carcérale est soumise à une double injonction : persévérer dans son essence et devenir autre. Dès son origine, elle a été l'objet de critiques et de propositions de réformes. Loin de viser un diagnostic ordonné autour de l'alternative : changement ou permanence, les travaux rassemblés ici visent plutôt l'exploration de relations dialectiques et complémentaires entre les dynamiques opposées. Elaborés à la suite d'observations sur le terrain, ils rendent compte aussi des effets de la profonde réforme des systèmes de soins en prison et en analysent le sens. Ils ont fait l'objet d'un séminaire de deux ans à l'Ecole des hautes études en sciences sociales.

**avec la participation de : Antoinette Chauvenet, Philippe Combessie, Christian Demonchy, Claude Faugeron, Martine Herzog-Evans, Marcel Jaeger, Madeleine Monceau, Olivier Obrecht, Pierre Tournier.*

ANNONCES EN BREF

21 janvier 2002. Paris. Déjeuner-débat autour de Guy Baillon sur le thème : *Psychiatrie française, état des lieux. Où en est la clinique de la psychiatrie de secteur ?* Renseignements : EPS Maison Blanche, Service Documentation, 3 ave Jean-Jaurès, 93300 Neuilly-sur-Marne. Contact : 01 49 44 33 32.

15 février 2002. Lille. Symposium International sur le thème : *La santé mentale dans le monde et en France* organisé par le CCOMS-OMS Genève et le Ministère français délégué à la Santé. Inscription dans la limite des places disponibles auprès de Sophie Sueur, Secrétariat du CCOMS, CMP, 286 rue Kléber, 59155 Faches Thumesnil. Fax : 03 20 96 32 10. ssueur@epsm-lille-metropole.fr.

16 février 2002. Paris. Journée scientifique de la Société Internationale de Thérapie Psychomotrice sur le thème : *Les transmissions corporelles en thérapie psychomotrice.* Renseignements et inscriptions : Secrétariat du colloque, Congrès Scientifique Services, Col. SITP, 2 rue Villarmains, 92210 Saint-Cloud. Fax : 01 47 71 90 05. E-mail : c2s@club-internet.fr. Secrétariat Général de la SITP, 28 rue des Bauges, 95200 Sarcelles. Tél/Fax : 01 34 19 87 86.

7 mars 2002. Boulogne sur Mer. 13^{ème} Journée annuelle du Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer sur le thème : *Psychiatrie, éthique et droits de l'homme.* Informations : Dr B. Naïli Douaouda. Tél. : 03 21 99 30 36. Fax : 03 21 99 30 58.

12 mars 2002. Le Havre. Journée de Formation Continue organisée par la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine sur le thème : *L'hospitalisation en psychiatrie.* Renseignements et inscriptions : FASM Croix-Marine, 31 rue d'Amsterdam, 75008 Paris. Tél. : 01 45 96 06 36. Fax : 01 45 96 06 05. E-mail : croix-marine@wanadoo.fr. Site internet : croixmarine.com.

13 mars 2002. Séminaire du Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicapés et les Adaptations. Journée sur le thème : *Stratégies pour l'emploi des personnes handicapées physiques dans les fonctions publiques.* Renseignements et inscriptions : CTNERHI, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. Tél. : 01 45 65 59 40. Fax : 01 45 65 44 94. E-mail : edition.ctn@wanadoo.fr. Site internet : http://perso.club-internet.fr/ctnerhi/.

14 mars 2002. Paris La Défense. A l'occasion des 10 ans d'existence de l'Entreprise d'Insertion par l'Economique pour personnes handicapées par une maladie mentale. Colloque sur le thème : *Travail et maladies psychologiques. Du monde du soin au monde des entreprises. Notion de réconciliation.* Renseignements : SOTRES, 28 bd du Couchant, 92000 Nanterre. Tél. : 01 41 20 99 44. Fax : 01 41 20 99 40. E-mail : sotres.nanterre@wanadoo.fr.

14 et 15 mars 2002. Paris. Réunion de la Société Française d'Alcoologie sur le thème : *Alcool, violence et justice.* Renseignements et

inscriptions : PRINCEPS Editions, Dr Gisèle-Dumas, 64 av du Général de Gaulle, 92130 Issy-les-Moulineaux. Tél. : 01 46 38 24 14. Fax : 01 40 95 72 15. princeps.gdumas@wanadoo.fr.

14 et 15 mars 2002. Toulon. Congrès National de l'Association Scientifique des Psychiatres de Secteur sur le thème : *Conduites déviantes.* Renseignements et inscriptions : Centre d'Evaluation et d'Observation de l'Adolescence, Hôpital Chalucet, BP 1412, 83056 Toulon Cedex. Tél. : 04 94 22 77 66.

15 et 16 mars 2002. Paris. 20^{èmes} Journées d'Etude du Groupe de Recherche sur l'Autisme et le Polyhandicap sur le thème : *Autisme, polyhandicap : modalités de prise en charge.* Renseignements et inscriptions : GRAP, Mme C. Heemeryck, Hôpital de Jour Georges Vacola, 44 quai de la Loire, 75019 Paris. Tél. : 01 42 02 19 19. Fax : 01 42 02 87 47. E-mail : G.R.A.P.@wanadoo.fr ou georgesvacola@wanadoo.fr.

19 mars 2002. Paris. Journée de Formation organisée par L'Entreprise Médicale Formation sur le thème : *Situations complexes dans la prise en charge des mineurs en service de psychiatre : aspects juridiques, recommandations pratiques, questions réponses.* Intervenants : Carol Jonas et Marie-Jeanne Guedj. Renseignements : L'Entreprise Médicale, 3 bis rue du Dr Foucault, 92000 Nanterre. Tél. : 01 47 24 07 99. Fax : 01 47 24 00 40. E-mail : entreprise.medicale@wanadoo.fr.

25 et 26 mai 2002. Marseille. Colloque organisé par la Société Française de Thérapie Familiale Psychanalytique (SFTFP) sur le thème : *Les enfants d'Œdipe. Le lien paternel en thérapie familiale psychanalytique.* Renseignements et inscriptions : Promo Sciences, 48 rue de Lacydon, 13002 marseille. Tél. : 04 91 14 30 30. Fax : 04 91 90 44 87. E-mail : info@promo-sciences.com.

1er juin 2002. Paris. XXXIX^{ème} Journée Scientifique organisée par Michel Soulé, Bernard Golse et Marcel Rufo sur le thème : *La vie méconnue de l'enfant normal (quelques révélations pour les psy).* Renseignements, programme, inscriptions : Phymartin.Copes, contact : Marie, 20 rue de Dantzig, 75015 Paris. Tél. : 01 53 68 93 43. Fax : 01 53 68 93 45. E-mail : js2002@ifrance.com.

6 et 7 juin 2002. Lille. 14^{èmes} Rencontres annuelles d'Etudes et de Formation et de Perfectionnement du GERART sur le thème : *Hébergements thérapeutiques... et soins psychiatriques.* Renseignements et inscriptions : Patrick Halmos, GERART, Centre Jean Wier, 5 rue Michelet, 92150 Suresnes. Tél. : 01 41 44 27 10. Fax : 01 41 44 28 58.

11 au 13 juin 2002. Lorquin. 26^{ème} Festival International Ciné-Vidéo-Psy de Lorquin. Renseignements et inscriptions : Association Festival Psy, Centre Hospitalier, 5 rue du Général de Gaulle, 57790 Lorquin. Tél. : 03 87 23 14 12. Fax : 03 87 23 15 84.

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