

LE JOURNAL DE NERVURE

Directeur de la publication et de la rédaction : G. Massé
 Rédacteur en chef : F. Caroli
 Collaborateurs : Ch. Paradis, 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

Supplément à NERVURE
 Journal de Psychiatrie
 n° 6 - Tome XV -
 Septembre 2002

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

G. Massé* et M. Zwingenberger*

Des sorties d'essai à l'obligation de soin en ambulatoire : une longue histoire inachevée

LIVRES

Psychopharmacologie essentielle

Stephen M. Stahl
 Traduit par Patrick Lemoine et Thierry Faivre
 Collection Médecine-Sciences
 Flammarion

Psychopharmacologie essentielle est, à notre avis, vraiment un ouvrage essentiel en matière de compréhension des bases de la psychopharmacologie actuelle. Nous devons à nos deux confrères, Patrick Lemoine et Thierry Faivre du Vinatier, d'avoir eu le courage d'une telle traduction. Les étudiants, mais également les praticiens, trouveront dans cet ouvrage à la fois les repères fondamentaux et cliniques nécessaires à la compréhension du mécanisme des médicaments du cerveau. La lecture en est aisée et, surtout, il est facile de se reporter au chapitre qui peut nous intéresser. Un tel ouvrage manquait dans nos bibliothèques, le vide est comblé. Nul doute que dans l'enseignement de la psychopharmacologie des années qui viennent, les références à cet ouvrage seront nombreuses. Nul doute, également, que tout praticien qui y plongera son attention en retirera des indices importants pour modifier ses stratégies médicamenteuses et les adapter en fonction des connaissances modernes et nouvelles.

J.-P. Chabannes

A quoi sert la sociologie ?

Sous la direction de Bernard Lahire
 La Découverte

La question pourrait être posée à n'importe quelle science humaine. Mais la sociologie a ceci de particulier qu'elle prend pour objet une société qui s'interroge elle-même sur la pertinence du regard porté sur son fonctionnement par des supposés experts. Ainsi, l'utilité sociale de la sociologie dépend de la façon dont les sociologues se positionnent. En l'occurrence, ils fluctuent souvent entre une prétention scientifique et une approche critique qui prend parfois la forme d'une « *dérive édifiante* » ; en clair, une sociologie relayée par le militantisme, comme on a pu le voir avec Pierre Bourdieu. En fait, il est illusoire d'attendre de la sociologie qu'elle tranche entre ses tentations. Cela suppose d'admettre, comme l'écrit ici Philippe Corcuff, « *l'indépassable impureté* » d'une discipline prise dans une tension permanente entre ses rapports à la science, à la politique et à l'éthique.

M. Jaeger

Les modalités de soin ont aussi une histoire. La seule sortie prévue par la loi de 1838 était la sortie définitive. La sortie d'essai était, néanmoins, mise en pratique depuis très longtemps, selon des modalités variables et en marge de la loi. Malgré une circulaire de 1957 qui n'avait aucun fondement légal, il a fallu attendre la loi du 27 juin 1990 pour qu'elle soit enfin légalisée. Actuellement, après bien des vicissitudes, un débat tend à mettre en cause le seul lien entre hospitalisation et obligation aux soins afin, notamment, de promouvoir l'idée d'un traitement obligatoire ambulatoire hors de tout recours à l'hospitalisation plein temps.

UNE MODALITÉ HORS LA LOI DÉJÀ FRÉQUENTE

Les sorties d'essai, effectives dès la préhistoire de la loi de 1838 par le biais des lettres de cachet⁽³⁷⁾, ont longtemps été mises en pratique selon des modalités variables, et en marge de la loi, par une application de l'article 170 du règlement-modèle de 1857 qui précisait que : « *Aucun aliéné ne peut faire de promenades extérieures s'il n'est accompagné d'un infirmier ou d'une infirmière, ou s'il n'est confié à un parent ou à un ami qui prend la responsabilité de la surveillance du malade au seuil de l'établissement. La permission de sortie, délivrée par le médecin en chef et visée par le directeur, doit mentionner le nom de la personne qui accompagnera ou recevra le malade et déterminer la durée de l'absence* ».

Il est vrai qu'Esquirol avait proposé de suivre l'exemple de l'Allemagne où la sortie définitive était précédée d'une sortie à l'essai dans la famille « *afin d'essayer ses forces intellectuelles et affectives* »⁽³²⁾. Si il a été suivi pour le certificat unique il ne l'a pas été pour les sorties d'essai⁽¹⁹⁾.

Le règlement-modèle de 1938, en son temps, a proposé une modification du règlement de 1857 :

Art. 193 : « *Aucun aliéné ne peut faire de promenades extérieures s'il n'est accompagné d'un infirmier ou d'une infirmière, ou s'il n'est confié à un parent ou à un ami, qui prend, par écrit, la responsabilité de la surveillance du malade hors de l'établissement. Toute permission de promenade doit faire de la part du parent ou de l'ami responsable l'objet d'une demande écrite soumise à l'approbation du médecin chef de service et au visa du directeur* ».

La pratique des sorties d'essai a toujours présenté un intérêt clinique et thérapeutique constituant, comme il l'a souvent été répété, la « *Pierre de touche* » de la guérison, offrant lors de rechute, l'avantage d'une réintégra-

tion rapide et sans formalités. Elles ont été clairement présentées comme un atout par les précurseurs du secteur à commencer par E. Toulouse dans le contexte du développement de « *la prophylaxie mentale* »^(36,40). Leur mode d'application est présenté par E. Régis, ainsi : « *le malade est remis à la famille, pour un laps de temps déterminé, fixé par le médecin. En cas de rechute au cours du congé, le malade est ramené sans autre formalité ; à partir du terme convenu, il est considéré comme sorti définitivement et ne peut être réintégré à l'établissement qu'après l'accomplissement des formalités légales habituelles* ».



Si, du point de vue médical, leur utilité paraissait, malgré quelques controverses, incontestable, il n'en restait pas moins vrai que leur pratique posait des problèmes de responsabilité du fait d'incidents possibles en raison de leur caractère non légal et « *non réglementé* »⁽¹⁾.

J. Raynier et H. Beaudoin ont précisé certains points, pour eux, primordiaux devant faire poser leur indication :

- l'état pathologique en cause, afin de déterminer exactement l'utilité et l'innocuité éventuelle de la sortie envisagée,
- la situation du milieu familial où le malade est appelé à vivre ainsi que l'autorité qui pourra être exercée sur lui,
- l'intérêt personnel que pourraient avoir des tiers à une sortie momentanée : questions pécuniaires au sujet desquelles des renseignements précis devront être recueillis (dangers de captation, etc...).

Pour ce qui concerne cette dernière donnée, J. Raynier et H. Beaudoin indiquaient qu'il est à peine besoin d'insister sur l'utilité, « *en*

l'espèce, d'une enquête spéciale confiée au service social, et singulièrement à l'assistante sociale psychiatrique attachée au service »⁽³⁴⁾.

En dehors de considérations proprement cliniques, de nombreuses questions persistaient : unification de leurs formules, situation juridique du patient pendant leur durée (validité des actes, administration des biens, intérêts pécuniaires, etc...), détermination des délais et des formes de réintégration, mesures à prendre en cas de non-réintégration, surveillance médicale, attributions des préfets au sujet d'un malade d'un autre département placé d'office dans un établissement inter-départemental⁽³³⁾.

Dès 1874, les inspecteurs généraux avaient noté l'utilité des sorties d'essai et posé la question de savoir si elles devaient être notifiées au préfet, inscrites au registre de la loi, ce qui, lors de retour entraîne de nouvelles formalités et empêche que le malade sache qu'il n'est pas libre définitivement. Ils estimaient rationnel de supprimer ces formalités et d'accorder au médecin la faculté de permettre ces sorties, dont la durée maximum devrait être de un mois. Il était pensé que les mêmes dispositions pouvaient être prises à l'égard des malades placés d'office. En 1902, la question a fait l'objet des discussions du conseil supérieur de l'assistance publique à la suite du rapport très documenté de M. Legrain. Ce rapport signalait, après enquête, que pour 96 médecins pratiquant les sorties d'essai, 16 seulement s'en abstenaient. Il demandait qu'un secours soit accordé aux malades en congé, et concluait à la nécessité d'une réglementation unique.

Le Rapport de l'Inspection générale de 1911, signalait que les rapports spéciaux avaient montré des pratiques variables selon les départements : dans certains, aucune sortie d'essai n'était accordée, dans d'autres, elles n'existaient que pour les placements volontaires, dans d'autres, enfin, elles s'appliquaient à tous les malades. En outre, selon les départements, l'autorisation préfectorale était, ou non, nécessaire.

L'Inspection générale notait que la situation apparaissait, dans l'ensemble, confuse et qu'il paraissait nécessaire que l'administration mit fin à cette diversité en déterminant des règles susceptibles de guider les préfets ainsi que les directeurs et les médecins.

Il était donc fortement souhaité qu'une législation régularise les sorties d'essai et leurs principes généraux, pour permettre de déterminer leur application en tenant compte des habitudes variables selon les départements, alors qu'une expérience déjà ancienne avait permis d'en apprécier les points forts et les points faibles⁽¹⁾.

LIVRES

Les médecines touarègues traditionnelles**Approche ethnologique**Jacques Hureiki
Karthala

Cet ouvrage présente le système médical touareg, synthèse de données éparses provenant de nombreux écrits de missionnaires, de voyageurs, d'ethnologues, d'administrateurs et de médecins coloniaux qui ont évoqué des traits culturels relatifs au domaine médico-religieux. Cette étude d'anthropologie médicale présente et analyse les conceptions touarègues et leurs représentations de l'homme et du monde. Cette approche qui relève, aussi, de l'anthropologie culturelle, permet de comprendre l'importance et l'influence de traits culturels qui ont imprégné l'imaginaire occidental. Elle révèle une conception touarègue de la maladie et de son traitement. En médecine touarègue, le traitement est prescrit par différents acteurs dont les activités thérapeutiques, et les croyances qui les sous-tendent, oscillent entre le profane et le sacré. L'ouvrage illustre une synthèse des médecines traditionnelles qui s'élabore sur la notion d'équilibre considérée comme clef de voûte de la structure ; équilibre dans le corps entre le chaud et le froid, et équilibre du corps dans le monde entre Dieu et génies. L'auteur situe ces médecines dans l'enjeu sanitaire que subissent les populations sahéliennes depuis plusieurs décennies. Lieu de conflits entre les politiques des États-nations, celles des organismes internationaux et les derniers défenseurs des médecines traditionnelles, cet enjeu est dominé par un mot clé, « conversion » : conversion en citoyens d'États, conversion culturelle et conversion économique avec son cortège de déséquilibres dans le corps et dans le monde de façon irrémédiable.

Les conceptions du corps chez Ribot et NietzscheIgnace Haaz
L'Harmattan

Nietzsche a été un lecteur attentif de la recherche psychologique du XIX^{ème}, en particulier de Théodule Ribot. Amateur de darwinisme, il prend connaissance de la *Revue Philosophique de la France et de l'étranger* fondée par Ribot et retranscrit le cadre opératoire du langage neurophysiologiste dans sa propre réflexion. A partir de quelques documents de la Nietzsche-Forschung réunis par l'auteur, des analogies apparaissent entre des notes des *Fragments posthumes* (1879-89) et les sources des dix premières années de la *Revue Philosophique de la France et de l'étranger*. Le versant proprement individuel des réflexions de Nietzsche sur le corps rejoint la doctrine de la volonté de puissance à travers le sentiment de puissance. Il se rattache à Ribot et Herzen à travers les études sur cette sensation particulière de l'ensemble du corps nommée cénesthésie ou panesthésie. La doctrine de l'inconscient est comprise comme « *sûreté de l'instinct* » inspirée des travaux de Galton et de la métaphore de « l'antichambre de la conscience ». Est aussi indiquée l'influence de la physiologie de l'inconscient de Ribot, et des études sur les temps de réaction de Herzen. Enfin on perçoit comment les expériences dynamométriques de Féré ont fixé, à travers la *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, l'ensemble du corps vécu comme fil conducteur des réflexions nietzschéennes sur le corps.

BIOGRAPHIE (suite)

Cette nécessité n'avait pas échappé aux auteurs des projets ou des propositions de révision de la loi de 1838 comme le montre le rapport de la commission sénatoriale présentée par P. Strauss où on trouve, dans les commentaires de l'article 21 du projet, une allusion à la responsabilité médicale lors de sortie d'essai et d'accident éventuel : « *si le médecin s'est entouré de toutes les précautions, a consulté la famille, les tribunaux ne verront plus là une faute lourde* ». En fait, la loi de 1838 permettait à tout parent ou même à toute personne qui ne rencontrait pas d'opposition formelle de la famille, de demander la sortie qui n'était pas alors une réquisition de droit et qui était souvent accordée par le médecin s'il la percevait comme possible et favorable au malade. De même les préfets pouvaient ordonner la sortie en vertu de l'article L 341 ou L 345 même si le médecin n'avait pas constaté la guérison pourvu que le malade ait cessé d'être « *dangerueux pour l'ordre public et la sûreté des personnes* »⁽²⁰⁾. C'est dans ce cadre juridique que pouvait être comprise l'application des sorties d'essai « *non nommées par la loi mais non interdites par elle et respectant l'esprit de celle-ci puisque favorables à la liberté individuelle et à l'intérêt du malade* ». En fait les problèmes juridiques relatifs à la sortie d'essai relevaient non de la possibilité de sortie mais de la capacité civile du malade sorti et de l'éventualité d'une réhospitalisation sans que les formalités légales d'entrées soient, à nouveau, remplies⁽²¹⁾.

UNE OCCASION MANQUÉE

Le projet de réforme à l'occasion du centenaire de la loi de 1838 a été directement lié au début d'application de la circulaire du 13 octobre 1937 préconisant la création de dispensaires d'hygiène mentale et l'ouverture de services libres. Ce projet prévoyait le placement spontané (ou auto-placement), la création de services d'observation, de services ouverts et la légalisation des sorties d'essai. Préparé par Marc Rucard, Paul Marchandeu et Albert Sarraut, il a été signé le 16 février 1939 par Albert Lebrun. Après examen par les députés, il a été soumis au Sénat le 26 décembre 1939 mais il n'y eut pas de suite du fait de la guerre⁽²²⁾. Le décret du 30 décembre 1936 « *relatif à l'assistance psychiatrique en Nouvelle Calédonie* » prévoit trois modes d'amission : le placement demandé effectué sur la demande d'un membre de la famille, le placement ordonné effectué sur l'intervention de l'autorité administrative ou judiciaire, le placement volontaire qui correspond à une hospitalisation libre effectuée sur la demande du malade lui-même. Ce décret, toujours appliqué, contenait à l'époque certaines innovations avec une possibilité de sortie provisoire « *à titre de congé d'essai* », autorisé par le directeur et d'une durée d'un mois, toute durée supérieure étant soumise à l'autorisation du gouverneur. Le patient est alors placé sous la garde d'une personne prenant l'engagement écrit de le présenter à une consultation hebdomadaire, sauf dispense spéciale. Lors d'inobservance de ces mesures, la réintégration se fait sans formalité⁽²³⁾. Dans ce décret, on retrouve les conceptions défendues par H. Sellier et E. Toulouse : obligation de soins du malade mental, correction de la terminologie des placements, réponse au vide juridique de la loi de 1838 pour ce qui concerne l'hospitalisation libre avec la création du placement volontaire (au sens strict du terme) impliquant la notion de service ouvert, sans oublier une obligation de certificat médical constante (notamment pour le placement ordonné) et surtout le congé d'essai⁽²⁴⁾.

LA CIRCULAIRE DU 4 JUIN 1957

La circulaire du 4 juin 1957 n'a pas modifié le règlement-modèle de 1838 et n'avait « *de force probante* » que sur l'administration des hôpitaux psychiatriques sans lier le pouvoir d'appréciation des tribunaux administratifs ou judiciaires lors de litige. Elle complète la circulaire du 21 août 1952 qui a accentué les pratiques hospitalières au sein des hôpitaux psychiatriques.

La circulaire précise que la sortie, lors de placement volontaire, est décidée par le médecin, le bulletin de sortie devant être visé par le directeur et transmis au préfet. Lors de placement d'office, la sortie d'essai ne peut avoir lieu sans l'autorisation délivrée par le préfet, sur proposition motivée du médecin chef de service. Les services préfectoraux, souvent, n'étaient pas enthousiastes pour la généralisation de cette formule et préféreraient l'abrogation du PO et les permissions sous PV ou en service libre qui dégagent de la responsabilité contentieuse.

La durée de la sortie d'essai est précisée comme devant être d'au moins un mois sans pouvoir, en principe, excéder trois mois. Toutefois ce délai pouvait être prolongé.

Pendant la période d'essai, le malade reste placé sous la surveillance du médecin chef de service qui doit s'assurer que :

- le retour du malade à la vie normale ne provoque pas la réapparition des troubles ayant nécessité son hospitalisation,
- l'amélioration constatée en milieu hospitalier est suffisante pour permettre une réinsertion sociale.

Sur le plan médical, la surveillance doit être assurée, sauf impossibilité matérielle absolue, par le médecin chef de service dans lequel le malade a été hospitalisé. Le rôle du service social est souligné comme celui du dispensaire d'hygiène mentale dans un contexte de « *surveillance médico-sociale* ». La réintégration peut s'effectuer à tout moment, sans formalités. Il appartient à l'établissement d'effectuer, « *avec son ambulance et son personnel* », le transport du malade de sa résidence à l'hôpital psychiatrique. A l'expiration du congé d'essai, si l'état mental de l'intéressé le justifie, la sortie est rendue définitive. Par ailleurs, la circulaire précise les dispositions financières (frais de séjour et administration provisoire des biens). S'appuyant sur

sa grande expérience, M. Henne a proposé en 1962 une mise à jour des sorties d'essai quatre ans après la circulaire de 1957. Pour ce qui concerne leur préparation il considère que le malade doit être assez lucide et coopérant pour comprendre et accepter une situation intermédiaire comme la nécessité de continuer à se soigner et à se faire suivre. Les critères diagnostiques et pronostiques doivent être pris en compte en obtenant l'acceptation de celui qui reçoit le malade et l'accord du plus proche parent dans l'ordre prévu à l'article 339 si le malade sort à l'essai ailleurs que chez le plus proche parent⁽²⁰⁾.

Il importe, également, de s'assurer que les conditions d'accueil sont réalisées du point de vue de l'hébergement, des ressources, de l'encadrement et des possibilités de poursuite ambulatoire du traitement. M. Henne insiste sur les conditions morales d'accueil « *c'est-à-dire en fait la prolongation de l'action psychologique pratiquée à l'hôpital* », donc de la compréhension par l'entourage de la situation. Sur le plan de la surveillance, le contact doit être maintenu par « *des consultations périodiques de post-cure* » ce qui n'a pas manqué de poser des problèmes dans les départements encore incomplètement sectorisés où le médecin de l'hôpital n'était pas celui de la résidence du malade. Des liaisons devaient être alors mises en place par entente directe de médecin à médecin, par la direction départementale de la santé, le service départemental d'hygiène sociale ou par les services préfectoraux d'aide aux malades mentaux.

Il importait, avant tout que le malade « *ne tombe pas dans le vide* », que toute rechute ne passe pas inaperçue et qu'il continue à voir son psychiatre. Le rôle du médecin de famille, l'intérêt des entretiens familiaux, des visites à domicile, de l'accompagnement social, des médicaments fournis au dispensaire, sont soulignés. On peut considérer que si une sortie d'essai devient possible lors de placement d'office, la dangerosité pour l'ordre public et la sûreté des personnes a disparu et qu'il apparaît alors préférable de demander d'abord la conversion du placement d'office en placement volontaire. Néanmoins, lorsque la rechute envisageable risque de nécessiter la force pour assurer la réintégration il est alors prudent de demander au préfet une sortie d'essai du malade maintenu sous le régime du placement d'office.

(suite p.8)

SÉMINAIRE BABEL

Psychanalyse, littérature et arts

Année 2002-2003

Amphithéâtre : entrée par le Hall de l'Institut, le mardi à 20h30 précises
Entrée : 12 euros

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

Mardi 10 septembre 2002 : Michel Schneider, « *Bartleby* » de H. Melville

Mardi 1^{er} octobre 2002 : Yves Kobry, *Gustav Klimt*

Mardi 5 novembre 2002 : Paul Denis, *Balzac clinicien de la dépression*

Mardi 3 décembre 2002 : François Niney, *L'ambassade de Chris Marker, Les idiots de Lars Von Trier*

Mardi 7 janvier 2003 : Marie Christine Lala, « *De coïncidences en fiction* » de G. Bataille

Mardi 4 février 2003 : Jacques Hochmann, *Lovecraft*

Mardi 3 mars 2003 : Daniel Widlöcher, « *Degas et l'autportrait de la mélancolie* »

Mardi 1^{er} avril 2003 : André Green, *Antoine et Cléopâtre de W. Shakespeare, « L'amour et le fantôme de la gloire »*

Mardi 22 avril 2003 : Claude Burgelin, « *Perec et la judéité* », « *Un homme qui dort* » de Georges Perec

Mardi 6 mai 2003 : Maurice Corcos, *Autoportraits, de Magritte à Francis Bacon*

Mardi 3 juin 2003 : Philippe Jeammet, *L'Etranger de A. Camus*

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

Paroles d'experts : Patients et médecins - droits et devoirs

Le laboratoire Lundbeck, en partenariat avec la MACSF, organise des réunions-débats dans toute la France, et ce depuis le mois de Juin 2002, sur le thème des droits et devoirs des patients et des médecins. Ces réunions font suite à la nouvelle loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, (votée le 22 février 2002 par l'assemblée nationale et parue au Journal Officiel le 5 mars 2002). Elles visent à informer les médecins sur le contenu de cette loi qui modifie les droits des malades et les devoirs des praticiens et, surtout, sur l'information à délivrer aux patients et sur l'accès direct au dossier médical en Psychiatrie. Ce projet s'inscrit dans une politique de présence active visant à donner les moyens de réponse aux praticiens, grâce à une confrontation directe avec des juristes, afin de permettre une prévention active des conséquences de ces changements. La conférence de presse qui a eu lieu le 4 mars dernier réunissait le comité scientifique et juridique composé de psychiatres libéraux et hospitaliers, des juristes et des représentants de la MACSF. Étaient donc présents : J.C. Arlot (psychiatre libéral, diplômé en droit médical, Tours), B. Courgeon (Docteur en droit à la MACSF, Paris), G. Darcourt (Professeur en Psychiatrie, Université de Nice, Sophia Antipolis), D. Forest (Directeur du Risque Médical et des sinistres IARD, MACSF, Paris), C. Jonas (Psychiatre, Docteur en Droit, Membre du Comité scientifique de la revue *Médecine et droit*, Tours), D. Lusignan (Psychiatre responsable de la clinique de Saint-Mandé), J.C. Pascal (Chef de service EPS Erasme, Antony) et M. Pelier (Conseiller à la Cour d'Appel de Versailles et membre du Comité scientifique de la revue *Médecine et droit*).

L'information

Elle doit être loyale, claire, appropriée et comprise. Elle s'adresse au patient en état d'exprimer sa volonté si le patient est incapable juridiquement, au tuteur ou aux parents ou au patient en prenant en compte ses capacités de discernement, à une personne de confiance désignée si le patient est hors d'état de donner son consentement mais n'est pas incapable juridiquement, aux proches soutenant si le patient est trop fragile psychologiquement pour recevoir l'information d'un pronostic grave ou fatal.

ATTRIBUTION DU PRIX PIERRE FOUQUET

La Société Française d'Alcoologie met en place un prix récompensant une thèse portant sur les différents domaines de l'alcoologie et, éventuellement, ses liens avec l'addictologie.

Les thèses sont à adresser au Secrétaire Général, en quatre exemplaires, avant le 15 novembre 2002.

Le jury nommé par le Conseil d'administration sélectionnera le travail récompensé. La remise du prix, accompagnée d'un chèque de 1000 Euros, sera faite à Paris à l'occasion de la Réunion de la SFA des 13 et 14 mars 2003.

Secrétariat Général de la Société Française d'Alcoologie, Pr François Paille, Hôpital Villemin, 47 rue de Nabécor, 54035 Nancy Cedex. Tél. : 03 83 85 24 21. Fax : 03 83 85 24 14. E-mail : sfal@free.fr

Cette information doit porter sur :

- l'état de santé du patient et l'évolution prévisible s'il se soustrait à l'intervention ou au traitement (utilité, urgence, conséquences),
- les investigations, les traitements et les actions de prévention proposées, leurs alternatives,
- les risques fréquents ou graves normalement prévisibles,
- les précautions générales et particulières recommandées au patient ainsi que les signes d'alerte détectables par le malade lui-même,
- le coût et les modalités de prise en charge des soins envisagés.

Les limites de l'information sont l'urgence, le refus du patient d'être informé, l'impossibilité d'informer et la limite thérapeutique à l'information en cas de pronostic grave ou léthal. L'idéal en terme d'information serait donc la transparence totale. Mais l'information en matière de santé n'est ni facile ni anodine.

Problèmes posés par l'information, vers une nouvelle relation médecin-patient

Le texte de loi « Droits des malades et qualité du système de santé » remet à l'ordre du jour le délicat problème de l'information à donner aux malades et amorce une évolution des règles qui régissent cette question. On ne peut que souscrire aux notions que l'usager du système de santé a le droit d'être informé sur son état de santé, les investigations et les soins qu'on lui propose, le coût de ces soins, leurs séquelles possibles. Il a le droit d'être traité que s'il a donné son consentement libre et éclairé avec comme exception les cas d'urgence et d'impossibilité. La relation médecin-patient en France avait été fondée sur un principe paternaliste reposant sur une conception de protection du patient. Le rôle du médecin était de limiter les tourments de celui-ci puisqu'il savait ce qui était bien pour son patient et que ce dernier avait un entendement obscurci gênant sa capacité à vouloir, comprendre et consentir. Elle est maintenant récusée et fait place à la conception autonomiste faisant du patient l'acteur de ses soins et admettant qu'il n'existe pas une seule idée du bien mais que chacun peut en décider selon ses propres conceptions. Et pourtant, cette nouvelle loi préoccupe le médecin et particulièrement le psychiatre. Elle s'applique à toutes les spécialités de la médecine et ne prend pas en compte la spécificité de la psychiatrie. En effet, comme le précise Lusignan, la relation duelle médecin - patient particulièrement riche en psychiatrie, va devoir dorénavant s'inscrire dans une nouvelle relation médecin-patient-loi et l'écrit va primer sur le dit.

Le Professeur Darcourt pointe deux risques inhérents à cette nouvelle loi : la dérive du côté du patient avec un excès de revendication et celle du côté du médecin avec un excès de position défensive (par crainte des conséquences pénales de leurs actes) qui pourrait nuire à leurs relations avec le patient. Il est pourtant nécessaire que le débat s'inscrive dans une perspective positive (meilleure qualité de l'information) que défensive. Une connaissance précise des textes par les médecins ne peut que les aider à mieux situer leurs responsabilités. L'information doit être considéré comme le principal élément de la relation de confiance médecin-patient et non pas comme une protection juridique pour se

prémunir d'une action en justice. Certaines difficultés ne doivent cependant pas être occultées : l'accès direct à un dossier médical qui n'a pas été initialement conçu pour devenir un moyen d'information du patient, l'accès à des notes personnelles qui perdent de leur spontanéité et risquent de se transformer en notes formalisées et défensives, l'irruption excessive de l'écrit dans une discipline qui a toujours privilégié la parole, l'information qui ne peut se résumer en une simple transmission de données médicales, sans tenir compte du patient, de sa maladie, de son inconscient... L'information peut être difficile à comprendre, traumatisante.

Comme le souligne le Professeur Darcourt, les relations entre êtres humains ne dépendent pas que des règlements, elles sont nourries de facteurs affectifs complexes dont les effets ne sont pas tous favorables. L'information transmise doit nécessairement tenir compte du patient et un équilibre doit être trouvé entre protection et respect des droits du patient.

L'accès au dossier

Jusqu'ici, l'accès au dossier devait se faire par l'intermédiaire d'un médecin ce qui, du point de vue éthique, déplaçait seulement la responsabilité de celui qui avait soigné sur celui qui transmettait l'information. Le texte de loi change ces dispositions. Ainsi, tout malade peut accéder directement aux informations contenues dans son dossier et « en obtenir communication dans des conditions définies par voie réglementaire ». Le dossier est défini plus largement qu'auparavant. Aux éléments antérieurs (ensemble des informations médicales formalisées ayant contribué au diagnostic, au traitement et à une action de prévention) sont ajoutés les correspondances entre professionnels de santé.

Le patient aura-t-il accès aux « informations contenues dans le dossier » ou à l'ensemble du dossier ? Comment pourra-t-il en obtenir communication ? serait-ce, comme pour toute information, « au cours d'entretiens individuels » ? Les notes confidentielles obtenues par un tiers feront-elles partie du dossier ? Qu'en est-il des notes personnelles du thérapeute ? Le médecin ne court-il pas, alors, le risque d'être accusé de tenir un double dossier ?

Tant de questions auxquelles nous serons confrontés dans notre pratique, dont les réponses restent à définir et qui feront sans nul doute l'objet de discussion lors des différentes réunions-débats organisés par les laboratoires Lundbeck.

Conclusion

Les nouvelles dispositions de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé accroissent les droits des patients et les devoirs des médecins. Elles comportent les risques d'une double dérive, celle des patients revendiquants et des médecins trop défensifs. Ces dérives nuiraient certainement à la relation médecin-patient et à la qualité des soins dispensés.

On voit ainsi que la délivrance de l'information par un médecin à un patient est source de réactions affectives chez les deux partenaires et que cela a des conséquences à la fois sur l'éthique et sur la qualité des soins. Il y a un difficile équilibre à trouver entre ne pas protéger des sujets vulnérables et, à l'opposé, prendre prétexte de la vulnérabilité pour protéger tout le monde selon un mode paternaliste. Il y a aussi un équilibre à trouver entre tolérer un manque de transparence des médecins et les suspecter systématiquement. De cet équilibre, dépendra une relation médecin-patient harmonieuse (Pr Darcourt). ■

L. Auffray

LIVRES

Les séparations imparfaites

Michel Gribinski
Collection Connaissance de
l'inconscient
Gallimard

Est-ce parce qu'il « déteste les séparations » que Michel Gribinski les analyse avec tant d'acuité ? Toujours est-il que l'on ressort de la lecture de ce livre avec plus de doutes et d'interrogations que de réponses toutes faites. La pratique même de la cure et l'interrelation qui lie en même temps qu'elle sépare l'analyste et « son » patient, est interrogée par l'auteur. Le transfert nie les séparations qui pourtant le constituent : « *les nier, les empêcher quand il les reconnaît, les annuler, maintenir contre toute réalité ce qui nous lie à nous-même, c'est-à-dire maintenir ce qui représente notre vie imaginaire, le secret d'une vie antérieure* », telle serait la « fonction » du transfert. A partir d'exemples tirés aussi bien de sa propre expérience (« *J'essaie de voir ce qui se passe en moi quand je travaille* ») que de « documents » témoignant d'états de séparation intérieure (en particulier ses très belles analyses du Journal de Jacopo di Pontorno et des Cahiers de Monsieur Ouine de Georges Bernanos), l'auteur pose en fait la question de l'écart nécessaire de soi à soi comme de soi à l'autre dans la cure analytique. Il cite, du reste, S. Freud répondant, à une patiente lui faisant part d'une « *explication psychanalytique* » qui lui était venue à l'esprit : « *écrivez-la, écrivez-la, mettez-la noir sur blanc ; c'est la façon d'avoir affaire à elle : vous la sortez hors de votre système. Mettez-la dehors, produisez-la, faites en quelque chose, c'est-à-dire quelque chose d'extérieur à vous. Donnez-lui une existence indépendante de vous* ». D'où l'analogie entre la traduction d'un texte d'une langue étrangère (l'auteur a traduit la correspondance de Winnicott) et la relation qui unit et sépare patient et analyste : dans les deux cas, c'est un mouvement vers une langue à venir, cette « *source de la langue intermédiaire* » que parlent, ensemble, l'analyste et son patient, langue du seuil qui partage avec la conscience, le caractère d'être lacunaire et transitoire. Par ailleurs, en même temps que la publication de cet essai, sort le premier numéro d'une revue que dirige Michel Gribinski, publiée au *Mercur de France : Penser/rêver*, le fait de l'analyse consacré à « *L'enfant dans l'homme* ».

P. Valente

Thérapies de groupe brèves Conduites et illustrations cliniques

José Guimon, Béatrice Weber Rouget
Masson

Les psychothérapies de groupe se sont fortement développées au cours des vingt-cinq dernières années en empruntant à des disciplines très diverses (médecine, psychologie, sociologie, pédagogie, etc.). Evoluant d'une manière qui est loin d'être homogène et linéaire, elles sont considérées par beaucoup comme efficaces et attrayantes de par leur durée et leur coût réduits. Cet ouvrage, complément du premier volume de J. Guimon *Introduction aux thérapies de groupe. Théories, techniques et programmes*, apparaît axé sur l'aspect thérapeutique. Son objectif est de décrire les concepts, orientations, méthodes et pratiques. Chaque chapitre s'articule autour d'une pathologie : dépression, boulimie, troubles schizophréniques, patients borderline, etc. et présente des vignettes cliniques. Il s'utilise donc comme un manuel pratique, faisant référence à divers modèles théoriques, principalement psychodynamiques et cognitivo-comportementaux.

LIVRES

**Retrouver ses origines
L'accès au dossier des enfants
abandonnés**

Pierre Verdier et Martine Duboc

2ème édition

Dunod

La loi du 22 janvier 2002, relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat, a apporté un grand espoir pour les personnes abandonnées, nées « sous X », adoptées ou de filiation inconnue. Favorisant la levée des secrets et un accès aux dossiers administratifs (quand ils existent), la loi, pour incomplète qu'elle soit, représente une avancée et rattrape des retards législatifs de plus en plus mal vécus (particulièrement depuis les années 70) par les personnes concernées. Les auteurs en sont convaincus. Les hommes et les femmes ayant été abandonnés, lorsqu'ils débutent leurs recherches, partent autant à la découverte d'eux-mêmes qu'à la recherche d'informations sur leurs origines. Ouvrir des dossiers administratifs conduit à des émotions refoulées, à des questions précises et pressantes auxquelles il est difficile d'apporter des réponses de même nature. Etayé et documenté, le livre de Pierre Verdier et Martine Duboc, présente tout d'abord les résultats d'une investigation pour mieux connaître ceux qui cherchent. Dans une deuxième partie, les auteurs dressent un panorama historique et contemporain des outils légaux et juridiques qui reflètent le comportement de la société et de l'administration face à l'abandon, le placement, l'adoption. Enfin, ce livre consacre une troisième partie aux conseils donnés pour mener à bien une recherche sur ses origines. Toutes les étapes, démarches, modalités, documents, textes, délais, etc. sont analysés et commentés. L'ouvrage est assorti d'annexes juridiques et administratives illustratives.

**Initiation au droit : Guide de
l'animateur
Enfant et droit : Livret de
l'Enfant**

Anicette Daniel et Jean-Yves Daniel

L'Harmattan

La Fondation de France, sous le patronage du Ministère de la Jeunesse et des Sports avec le soutien de la Protection Judiciaire de la Jeunesse propose une méthode éducative d'initiation à la pratique du droit élémentaire pour les enfants à partir de 8 ans. Le concept est composé d'un guide d'animation, d'un livret pour l'enfant, d'un mémo et d'une affiche. La méthode, moderne, interactive propose à l'enfant des fiches d'enseignement, d'exercices et de mémorisation selon cinq séquences :

- 1^{ère} séquence : droits, obligations, dangers,
- 2^{ème} séquence : roue des lois, roue des institutions,
- 3^{ème} séquence : l'Institution Judiciaire et ses réponses,
- 4^{ème} séquence : le droit de s'exprimer, attribution d'une place à l'individualité, à la personne sujet,
- 5^{ème} séquence : scènes de vie, réfléchir ensemble.

La signalétique routière est utilisée comme fil conducteur tout au long de la méthode permettant un accès au plus grand nombre. Il s'agit d'une instruction civique conviviale dont la vocation est un support à la communication et qui permet d'accompagner l'enfant dans l'abord de sujets aussi importants que la violence, les dangers et les risques, les droits et obligations, la Justice. Un ouvrage à recommander à tous, parents et enfants.

Y. Contejean

Antidépresseurs IRS : particularités du sevrage

La pharmacopée des antidépresseurs a été particulièrement enrichie au cours des dernières décennies, par des produits non seulement aussi efficaces que ceux de référence, mais aussi et surtout beaucoup mieux tolérés. Ils permettent ainsi une bonne observance et une meilleure qualité de vie, une réduction du nombre de prises quotidiennes, ainsi qu'une grande sécurité dans le rapport dose thérapeutique/dose toxique, en cas d'absorption massive à visée autolytique. C'est le cas des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de l'adrénaline, voire de la dopamine. Ces IRS ont rapidement vu leur champ d'action s'étendre à des pathologies autres que la dépression. Ainsi, leur indication est reconnue dans le traitement de l'anxiété généralisée, dans la prévention des attaques de panique (avec ou sans agoraphobie), dans les troubles obsessionnels compulsifs, ainsi que dans les phobies sociales.

Cette extension des indications contribue à accroître considérablement le nombre des patients traités, et incite à considérer les modalités à respecter lors de l'arrêt du traitement, afin de prévenir les phénomènes de sevrage qui pourraient alors survenir.

Aspects particuliers du sevrage

Sevrage et dépression

La dépression est une pathologie fréquente dont la prévalence vie entière se situe entre 20 % et 26 % chez la femme et entre 6 % et 12 % chez l'homme⁽¹⁾. L'amélioration clinique sous traitement n'est pas synonyme de guérison : il s'agit plutôt d'une rémission. On sait que le taux de rechute et de récurrence s'élève de 40 % à 80 % selon les auteurs⁽²⁾.

Ainsi, un traitement prophylactique des récurrences, sur plusieurs années, est justifié en cas d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs caractérisés récurrents et rapprochés⁽³⁾.

Par ailleurs, en dehors de cette situation, il n'y a pas lieu de poursuivre un traitement antidépresseur plus de 6 mois après l'obtention de la rémission complète de l'épisode dépressif. Ainsi, ce traitement sera forcément instauré de façon discontinue, et il faudra envisager son interruption de façon très progressive, afin de prévenir tout risque de réaction de sevrage. Ces réactions seront également à considérer lors d'une possible inobservance médicamenteuse, et les symptômes ne devront pas être, ainsi, faussement attribués à une récurrence de la maladie dépressive.

Sevrage et autres indications

Dans les autres indications, notamment dans la prévention de l'anxiété généralisée, le traitement sera institué, en continu, de façon très prolongée. Néanmoins, la question de l'arrêt à un moment donné sera posée, ainsi que celle des « oublis » et de « l'inobservance », d'où l'importance d'en étudier les modalités.

Sevrage et addictions

Les patients addictifs pourront être concernés par une utilisation inadéquate de ces antidépresseurs, qui seront alors sensés apaiser un malaise, répondre à une souffrance, et apporter une solution à des problématiques qui ne relèvent pas forcément d'une chimiothérapie antidépressive ; ces conduites permettant au sujet, bien souvent, de court-circuiter l'élaboration psychique, des passages à l'acte impulsifs et répétés (absorption d'alcool, de psychotropes, de drogues).

Quelle que soit la genèse des phénomènes de dépendance, en lien avec l'histoire toujours

singulière du patient, nous retiendrons des effets pharmacologiques propres, notamment pour les produits dopaminergiques, qui activent le système de la « récompense » (noyau accubens), conditionnant ainsi les sensations de dépendance au-delà d'un seuil d'activité des neurones du circuit de la récompense plus élevé, ce qui les pousserait à rechercher des stimulations plus fortes pour éprouver une satisfaction.

Ces patients addictifs auront donc une appétence pour tous les psychotropes qui présentent cette propriété d'activation du système de la récompense et utiliseront parmi les multiples produits à disposition, licites ou illicites, des médicaments antidépresseurs dont la consommation sera probablement peu « cadrée » ; les discontinuités dans les prises et les posologies exposant ainsi aux phénomènes de sevrage.

Notre expérience clinique nous a montré, dans un certain nombre de cas, l'apparition de symptômes divers lors de l'interruption brutale de ces thérapeutiques.

Expérience clinique

Après nous être remémoré une dizaine de cas, nous avons pu retrouver pour la moitié d'entre eux des données cliniques précises rétrospectives dans les dossiers. Il s'agissait, pour tous, d'une monothérapie par IRS, dans les contextes suivants.

Madame A. est une jeune femme de 30 ans, traitée depuis 6 mois pour syndrome anxio-dépressif, par de la paroxétine à la dose quotidienne de 20 mg. Un sevrage progressif est alors envisagé, avec la réduction des doses par paliers de 5 mg tous les 15 jours. Dès le lendemain, sont apparus des vertiges, des pa-

resthésies dans les mains à type de fourmillements, des tremblements fins des extrémités, des nausées, ainsi que l'impression d'un malaise imminent. Tous ces symptômes étaient perçus au travers d'un état « second » (sentiment de flottement, de distance avec l'environnement). L'ensemble de cette symptomatologie a évolué pendant 4 jours, pour disparaître complètement, puis réapparaître de la même façon à chaque palier dégressif ; la durée totale de cette période de diminution, puis d'arrêt de traitement s'étant prolongée sur 2 mois.

Madame B. est une jeune femme de 28 ans, traitée pour des attaques de panique par de la paroxétine à la posologie de 20 mg par jour depuis 6 mois. A l'arrêt du traitement, sans réduction préalable des doses, apparaissent à J2 des vertiges, des sueurs et des tremblements, symptômes très voisins de ceux ressentis lors des attaques de panique. La reprise, spontanément décidée par la patiente, du traitement, a fait céder quasi-immédiatement (en quelques heures) ces signes, puis l'arrêt progressif par paliers au cours des 2 mois suivants a permis de limiter le syndrome de sevrage et de rendre possible l'arrêt du traitement. Madame C. est une jeune femme de 33 ans, traitée pour des attaques de panique à l'aide de la Paroxétine à la posologie quotidienne de 20 mg, depuis 8 mois. Un arrêt complet, avait été décidé, sans réduction posologique préalable. Dès le lendemain, sont alors apparus des vertiges intenses imposant le décubitus, des tremblements, un syndrome anxieux massif, conduisant à une reprise spontanée du traitement, la patiente attribuant alors l'ensemble de cette symptomatologie à la récurrence d'une attaque de panique. Ensuite, un arrêt a été programmé en procédant à des réductions posologiques par paliers, sur 2 mois. A chaque palier, elle a présenté les mêmes symptômes les premiers jours, mais de façon moins intense, symptômes qui s'estompaient sur 3 à 4 jours. Ceci a permis en premier lieu d'évoquer des phénomènes de sevrage, plutôt que la récurrence de la pathologie initiale. Six mois plus tard, la réapparition d'authentiques crises de panique, a fait porter l'indication d'un traitement par ISRS, indication mal vécue par la patiente, en raison du souvenir de ce difficile sevrage.

LE NICE BRITANNIQUE RECOMMANDE L'UTILISATION EN PREMIÈRE LIGNE DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES

Le NICE (National Institute for Clinical Excellence), organisme chargé de l'évaluation du rapport coût-efficacité des médicaments Outre-manche, a recommandé l'utilisation en première ligne pour les patients schizophrènes des antipsychotiques atypiques, en parallèle avec les produits plus anciens.

Selon cet avis du NICE, le NHS devrait « considérer l'utilisation des antipsychotiques atypiques chez les patients récemment diagnostiqués, ainsi que chez les patients confrontés à des effets secondaires inacceptables ».

La liste des antipsychotiques comprend l'amisulpride (Solian®, Sanofi-Synthelabo), la clozapine (Clozaril®/Leponex®, Novartis), l'olanzapine (Zyprexa®, Lilly), la quetiapine (Seroquel®, AstraZeneca) et la rispéridone (Risperdal®, Johnson & Johnson).

Concernant les antipsychotiques plus anciens, la porte-parole du NICE indique que « pour beaucoup de patients, ces médicaments « classiques », contrôlent les symptômes de leur schizophrénie sans effets secondaires. Cependant, pour d'autres patients, les effets secondaires sont si pénibles qu'ils peuvent abandonner totalement le traitement ».

Le NICE indique que si un patient sous antipsychotique typique obtient un bon contrôle des symptômes de la schizophrénie sans effets secondaires « inacceptables », il n'est alors pas recommandé de changer de traitement.

Les antipsychotiques atypiques causent moins d'effets secondaires que les autres antipsychotiques, mais leur prix est plus élevé. Alors que les anciens produits coûtent en moyenne 70 livres (110 euros) par patient et par an, les antipsychotiques atypiques coûtent environ 1 220 livres (1 906 euros) par patient et par an. Le NICE évalue que sa décision devait avoir pour conséquence d'augmenter le coût supporté par le NHS pour ces produits de 70 millions de livres (110 millions d'euros), mais estime que les coûts totaux devraient être réduits, en favorisant les traitements à domicile par rapport aux hospitalisations : « Le coût des traitements de la schizophrénie pour le NHS en Angleterre, et au Pays-de-Galles est estimé à plus d'un milliard de livres par an, soit environ 3% du budget NHS. Les hospitalisations représentent la majorité de ces dépenses, alors que 5% sont consacrées aux médicaments ». ■

B.L.

Madame D. est une femme de 40 ans, traitée depuis 6 mois pour syndrome anxio-dépressif par 1 cp/j de paroxétine 20 mg. La patiente s'étant absentée de son domicile le week-end, avait omis d'emporter avec elle son traitement. La prise du samedi matin avait été oubliée sans qu'elle n'y prête attention. Dès le dimanche matin sont apparus des vertiges et des tremblements qui ont rapidement cédé après la reprise d'un comprimé, lors de son retour à domicile.

Monsieur E. est un homme de 40 ans, traité pour syndrome dépressif par de la sertraline à la dose quotidienne de 2 gélules (100 mg), depuis 1 an. Une réduction posologique est alors instaurée avec passage à une gélule par jour. A J3 le patient décrit des vertiges associés à des troubles du transit à type de diarrhée, ces symptômes persistant pendant 2 semaines avant de disparaître.

Quelques semaines plus tard, un arrêt complet du traitement est décidé. Les mêmes symptômes réapparaissent alors avec la même chronologie.

Donnée de la littérature

Sur le plan clinique

La littérature est relativement abondante sur ce sujet. Retenons deux études à grande échelle :

1) En 1998, Peter Haddad⁽⁴⁾, a repris de multiples études publiées jusqu'alors. Quatorze symptômes émergent de façon consensuelle : sensation de « tête vide », nausées, céphalées, léthargie, agitation et anxiété, paresthésies, confusion, tremblements, sueurs, insomnies, irritabilité, troubles de mémoire, vertiges, diarrhée. Il rapporte également 2 cas d'agressivité, impulsivité avec vols, gestes suicidaires, colères violentes et pensées d'homicide.

Les symptômes apparaissent peu de temps après l'arrêt du traitement ou sa diminution : médiane à 2,1 jours (au plus tard 1 semaine). Ils persistent pendant une durée médiane de 8 jours (de 1 à 52 jours), et cèdent la plupart du temps avant 3 semaines.

La résolution des symptômes est complète en 24 à 48 heures après la réintroduction du médicament.

Pour que le syndrome d'interruption brutale apparaisse, il faut un traitement préalable d'une durée de 5 semaines au minimum. Les modalités de dégression posologique étaient très variables, et le syndrome est parfois survenu malgré de faibles réductions et des paliers très espacés. Aucune différence n'a été rapportée selon le sexe. L'incidence vis-à-vis de la paroxétine se situe entre 20 % et 50%. 2) En 2000, Hindmarch⁽⁵⁾ a réalisé une étude randomisée en double aveugle contre placebo auprès de 87 patients, pendant 4 à 7 jours après un arrêt du traitement.

Les troubles rapportés (pour la paroxétine uniquement, instaurée à la posologie quotidienne de 20 mg/j) sont les suivants : des troubles cognitifs, une moins bonne qualité de sommeil, une recrudescence du syndrome dépressif, une altération des fonctions psychomotrices (mesurés par des tests évaluant le temps de réaction au freinage automobile), une incoordination et une altération du fonctionnement social (évalué par auto-questionnaires).

Deux études très récentes ont mis en évidence des modifications dans la structure du sommeil, à la fois pendant la période d'administration du médicament et pendant la période de sevrage.

1) Silvestri⁽⁶⁾, en 2001, a étudié les effets de la fluvoxamine et de la paroxétine sur la structure du sommeil chez le sujet sain. Cette étude a été réalisée en ambulatoire avec des enregistrements effectués à domicile, auprès de 14 volontaires sains.

L'expérience a été randomisée en double aveugle avec l'administration soit de 100 mg par jour de fluvoxamine, soit de 20 mg par

jour de paroxétine. L'analyse du sommeil concernait la période de 19 jours pendant laquelle le traitement était délivré, puis la période de 5 jours après l'arrêt.

Des perturbations ont été observées dans la qualité du sommeil, concernant le nombre des éveils et la latence d'endormissement. De façon générale, la paroxétine induisait plus de perturbations qui persistaient pendant la phase de sevrage. Le sommeil paradoxal (REMSleep : Rapid Eye Movement) était atteint (surtout avec la fluvoxamine), et présentait des phénomènes de rebond lors du sevrage (surtout avec la paroxétine).

2) Feige⁽⁷⁾, en 2002, a évalué les effets électro-encéphalographiques pendant le sommeil, après l'absorption d'une dose de 60 mg de fluoxétine et ceux présentés après l'absorption quotidienne, pendant 3 semaines, de 40 mg de fluoxétine également, auprès de 10 sujets volontaires sains. Il conclut que les indices de qualité du sommeil se normalisent rapidement après l'interruption d'un traitement subchronique, tandis que deux autres types de perturbations se normalisent beaucoup plus lentement (environ 10 jours). Il s'agit de l'augmentation du sommeil à ondes Delta (sommeil lent stades 3 et 4) d'une part, et d'autre part de l'augmentation de la latence du REM.

Bien que ne traitant pas des phénomènes de sevrage physiques, une étude récente mérite d'être rapportée, comme une aide à l'arrêt des IRS dans certaines situations.

En effet, Whittal⁽⁸⁾ décrit l'interruption d'un traitement par IRS, chez 8 patients traités pour des troubles paniques avec agoraphobie, dans un contexte de suivi en groupe structuré de thérapie cognitivo-comportementale. Les sevrages se sont tous déroulés sans problèmes, avec un suivi sur 3 mois.

Sur un plan pharmacologique

Les symptômes présentés lors du syndrome d'interruption brutale sont en relation avec des modifications soudaines de l'homéostasie cérébrale, concernant en particulier les neurotransmetteurs, le nombre et la sensibilité des récepteurs, ainsi que les sécrétions neuroendocrines.

• Mise en cause du système sérotoninergique - *Les changements adaptatifs*

L'administration chronique des IRS a été associée à la « down-régulation » des récepteurs 5HT₂ et à la diminution de sensibilité, à la fois, des récepteurs transmembranaires et des auto-récepteurs 5HT⁽⁹⁾. Ces changements adaptatifs représentent un pré-requis indispensable aux phénomènes de sevrage. Coupland⁽¹⁰⁾ situe la durée minimale préalable de traitement nécessaire à ces changements à 7 semaines (contre 5 semaines dans les rapports publiés antérieurement).

- *Les réajustements physiologiques*

Après l'arrêt du produit, Haddad⁽⁴⁾ précise que le système nerveux central doit se réajuster pour retrouver, sur un plan neurophysiologique, un état précédent le traitement. Lorsque les concentrations chutent rapidement, les réajustements n'ont pas le temps de se mettre en place et cela conduit au syndrome d'interruption brutale. Ceci sera d'autant plus probable que :

- la demi-vie sera courte,
- qu'il n'existera pas de métabolites actifs,
- qu'il existera un phénomène d'auto-inhibition : celle-ci, pour la fluoxétine et la paroxétine, est due au moins en partie, à l'inhibition du cytochrome P450. Tandis que les concentrations plasmatiques du produit augmentent, l'inhibition augmente également et la demi-vie s'allonge. L'arrêt est suivi d'une diminution accélérée des concentrations plasmatiques qui pourront prédisposer au syndrome d'interruption brutale. Ce mécanisme

serait commun aux différents IRS.

- *Susceptibilité*

Le polymorphisme génétique du cytochrome P450 est bien documenté⁽¹¹⁾, notamment en ce qui concerne l'isoenzyme 2D6, qui est impliqué dans le métabolisme du citalopram, de la fluoxétine et de la paroxétine. Les métaboliseurs rapides 2D6 pourraient avoir un risque accru de syndrome d'interruption brutale, contrairement aux métaboliseurs lents.

- *Antagonisme cholinergique*

La paroxétine a une haute affinité aux récepteurs muscariniques : ceci conduit, lors de l'arrêt, à un phénomène de rebond cholinergique⁽¹²⁾. L'antagonisme cholinergique⁽¹⁰⁾ de la paroxétine, suggère le développement d'une hypersensibilité cholinergique lors des traitements au long cours et serait un mécanisme commun dans les sevrages aux IRS et aux Tricycliques.

- *Impulsivité et agressivité*

Des anomalies⁽⁴⁾ du système sérotoninergique ont été impliquées dans les comportements agressifs et impulsifs.

Conclusion

Notre propos ne remet absolument pas en cause l'intérêt, indiscutable, apporté par les IRS, tant sur le plan de leur efficacité, que celui de leur tolérance et de leur sécurité d'utilisation.

Néanmoins, nous pourrions nous référer, en pratique, aux recommandations préconisées par le British National Formulary en 1998, à savoir, d'une part, une réduction progressive des posologies sur un mois pour tous les IRS, (sauf en cas de relai par un autre IRS) et, d'autre part, une information systématique des patients en cas d'oubli ou de mauvaise observance. ■

O. Chevalier*, M. Bensaadi**
JP Chabannes***

*Médecin généraliste, Unité d'alcoologie et des conduites addictives, CHS St Egrève.

**Médecin psychiatre, CHS St Egrève.

***Médecin psychiatre, CHS St Egrève.

Bibliographie

- (1) ALLIAIRE JF, *Les modalités pratiques du traitement d'attaque de la dépression*, l'Encéphale 1995, sp II, 23-29.
- (2) ROUILLON F, *Les troubles dépressifs*, John Libbey Ed, 1997.
- (3) KUPFER DJ et al, *Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression*, Archives of general psychiatry 1992, 49, 769-773.
- (4) HADDAD P, *The SSRI discontinuation syndrome*, Journal of Clinical Pharmacologie, 1998, 12, 3, 305-313.
- (5) HINDMARCH I, KIMBER H, COCKLE SM, *Abrupt and brief discontinuation of antidepressant treatment: effect on cognitive function and psychomotor performance*, International clinical psychopharmacologie, 2000, 15, 305-318.
- (6) SILVESTRI R, PACE-SCHOTTEF, GERSH T, STICKGOLD, SALZMAN C, HOBSON JA, *J clin psychiatry*, 62, 8, 642-652.
- (7) FEIGE B, VODERHOLZER U, RIEMANN D, DITTMANN R, HOHAGEN F, BERGER M, *Fluoxétine and sleep EEG*, 2002, 26, 2, 246-258.
- (8) WHITTAL ML, OTTO MW, HONG JJ, *Cognitive-behavior therapy for discontinuation of SSRI treatment of panic disorder: a case series*, Behav Res Ther. 2001, 39, 8, 939-945.
- (9) GIOVANNI A, SILVANA GRANDI MD, *Withdrawal syndromes after paroxetine and sertraline discontinuation*, Journal of Clinical pharmacologie 1995, 15, 5.
- (10) COUPLAND N, BELL CJ, POTOKAR JP, *Serotonin reuptake inhibitor withdrawal*, Journal of clinical psychopharmacologie. 1996, 16, 5.
- (11) ROSENSTOCK HA, *Sertraline withdrawal in two borthers. A case report*, Psychopharmacologie. 1996, 58-59.
- (12) SCHECHTER JO, *Treatment on desequilibrium and nausea in the SSRI discontinuation syn-*

LIVRES

Valéry par-devers Freud L'écriture des actes de connaissance

Jacques Millet
L'Harmattan

Ce livre confronte la lecture des premiers Cahiers de Valéry (1894-1905) aux textes fondateurs de la première topique freudienne, de l'Esquisse (1895) aux Trois essais sur la théorie sexuelle (1905) et au-delà jusqu'à L'inquiétante étrangeté (1919), dans quatre moments épistémologiques restreints qui relatent l'ambition de Freud et de Valéry de construire un modèle de l'appareil psychique. A l'instar d'un rêve éveillé, l'extension valéryenne du domaine de la conscience bute à représenter ce lieu de passage impossible entre l'exigence tensorielle de la pulsion et le désir d'en penser le détournement comme savoir. Les actes de connaissance sont examinés sous l'angle de leur retentissement corporel, de l'intime à l'automate. Valéry calcule le caractère prédictible de telles figures de la pensée subjective, entre invention et oubli actif, tandis que Freud y incarne à rebours le sujet dans la séquence brisée des moments de son destin. Mais il s'y trouve une inquiétude commune, projection du sujet analytique, qui pose non plus la question aporétique de la pensée de la machine mais son retournement dans la machination de la pensée.

Inventer en psychanalyse Construire et interpréter

Jean-José Baranes, François Sacco et al.*

Postface de André Green
Dunod

Si, dans les années soixante-dix, la problématique « construire, interpréter » est centrée en France sur la question de la vérité historique dans la (re)construction du passé, les travaux réunis dans cet ouvrage montrent le renouvellement clinico-théorique contemporain d'une réflexion sur la nature même du processus analytique avec les structures non névrotiques. On sait l'importance alors des mécanismes de déni et de clivage du Moi, comme la prévalence du recours à l'acte ou à la somatisation plutôt qu'aux solutions langagières.

Nature et fonctions du contre-transfert, modes divers de symbolisation, constructions du cadre, de la représentation, de la pulsion, expérience émotionnelle perçue et partagée par les deux espaces psychiques de l'analyste et du patient, transformations narratives sont quelques-unes des questions pour la construction interprétative que suscitent les stratégies de l'affect et la déliaison psychique. Le choix des textes réunis résulte d'échanges menés sur plusieurs années entre psychanalystes français de la Société psychanalytique de Paris et psychanalystes italiens de la Société de psychanalyse italienne.

*avec des textes de M. Aisenstein, S. Bolognini, F. Duparc, A. Ferro, A. Ferruta, F. Guignard.

Eduquer et soigner l'enfant psychotique

Alain Rouby
Dunod

Ce livre réunit des concepts psychologiques et psychanalytiques permettant de comprendre comment s'effectue la structuration de la personnalité. Ils sont illustrés et mis en perspective par des situations éclairantes, montrant les points communs entre l'évolution « normale » des bébés, et les questions qui entravent les personnes psychotiques dans leur développement.

Notre association intitulée *association culturelle et artistique*, à Ville-Evrard a maintenant près de 10 ans. Elle est née dans la suite de la participation de professionnels de l'hôpital à un spectacle d'Armand Gatti « *Le chant d'amours des alphabets d'Auschwitz* ».

En tant que président de cette association, les propos qui suivent sont pour certains « officiels » au nom de tous, d'autres, résolument personnels, n'engagent que moi. Je tenais à ce préambule.

LIVRES

Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, R-2000 Classification internationale des maladies - CIM 10 (Chapitre V - troubles mentaux et du comportement)

4^{ème} édition

CTNERHI

Cette nouvelle édition rassemble la quatrième révision de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA - R-2000) et le Chapitre V « Troubles mentaux et du comportement » de la classification internationale des maladies. La nouvelle version de la CFTMEA a été réalisée par un groupe de travail, placé sous la direction de Roger Misès, elle offre diverses innovations d'ordre clinique, psychopathologique et nosographique ; un chapitre est désormais consacré aux troubles du très jeune âge (0 à 3 ans). Depuis 1987 la CFTMEA constitue, pour les psychiatres d'enfants et d'adolescents, un outil régulièrement réactualisé et remis à jour, employé quotidiennement par les praticiens. Elle est présentée ici sous l'égide de la Fédération française de psychiatrie par la Société médico-psychologique, la Société de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, le Collège national universitaire de psychiatrie et l'Association des psychiatres d'inter-secteurs. Cette nouvelle révision a pour originalité de mettre en valeur les spécificités de la pédopsychiatrie française, mais aussi d'établir de nouvelles correspondances avec la Classification internationale des maladies (CIM 10).

L'indifférence des sexes

Thierry Vincent

Erès

Cet ouvrage se présente comme une critique du livre de Pierre Bourdieu, *La domination masculine*. Il est écrit par un psychiatre et psychanalyste de Grenoble qui oppose à une causalité sociologique le concept d'étayage. Peut-on en effet réduire la différence des sexes à une différence de rôles sociaux ? Bien plus, peut-on aller jusqu'à dire qu'à l'origine des constructions identitaires se trouve « l'irréfutable existence d'une domination exercée depuis la nuit des temps par les hommes sur les femmes » ? En fait, la domination est moins masculine que paternelle, selon Freud, même si Thierry Vincent convient que la théorie freudienne est historiquement marquée. Il se penche aussi sur Platon et *Le banquet* commenté par Lacan, pour souligner ce qui se joue dans l'amour, au-delà des relations de domination sexuelle, et sur l'homosexualité. Là encore, la différence ne se réduit pas à un rapport d'inégalité et de violence. Au bout du compte, il est tout à fait possible d'affirmer à la fois la différence des sexes et « l'indifférence » des statuts sociaux. Fort heureusement, tous les sociologues ne cèdent pas au sociologisme...

M. Jaeger

Les diseurs et le théâtre de la Ville-Evrard*

Toute association se définit, avant tout, par ses statuts, ses objectifs. Ce sont eux qui nous fondent en tant que groupe, se nommer ne vient qu'après. Nos statuts nous fixent comme objectif « *la promotion de l'art et de la culture à Ville-Evrard* ». VASTE PROGRAMME NON ? Car les rapports entre psychiatrie d'une part, art et culture d'autre part, sont étroits et plus qu'anciens.

On peut rapidement en dresser un tableau : - il y a, bien sûr, la supposée ou réelle folie des artistes. A Ville-Evrard, Gilbert Léon et d'autres à la SERHEP sont bien placés pour en parler. Il faut encore louer le travail de conservation et d'accessibilité aux dossiers qui a été réalisé avec nombre d'entre eux dont ceux, célèbres, de Camille Claudel ou d'Artaud qui rendaient compte de la passion des relations entre psychiatres et artistes d'une formule lapidaire : « *si les psychiatres n'existaient pas il n'y aurait pas de fous* ». Edgar Poe, lui, écrivait : « *la science ne nous a pas appris si la folie est ou n'est pas le sublime de l'intelligence* »,

- cette proximité entre notre spécialité et l'art a amené à utiliser ce mode d'expression comme thérapie que ce soit par l'expression en soi ou par son utilisation comme médiateur thérapeutique. C'est cette pratique que d'aucuns appellent art-thérapie (terme sur lequel on peut émettre bien des réserves). Plusieurs : Denis Guedj et l'équipe de l'Albatros en ont rapporté leur expérience. Ces pratiques, du plus grand intérêt et clinique et thérapeutique, mériteraient d'être encore développées.

Je conseillerais volontiers de valoriser cet aspect de la pratique du soin infirmier en psychiatrie en cette époque de féroce guerre de recrutement.

La première journée « *culture à l'hôpital* » a été un succès indéniable qui rend bien compte de l'intérêt pour ces pratiques.

Autre lien, ce que Dubuffet a décidé d'appeler Art Brut. Cette création est, en vérité, bien difficile à spécifier ou à définir. Elle est, pourrait-on dire, le fait d'artistes qui ont choisi l'aliénation voire l'internement comme un lieu d'asile où ils seront finalement plus en paix pour créer que dans l'épuisante lutte que doivent mener l'artiste comme le malade mental avec la société, avec la tentative de faire reconnaître leur spécificité, leur génie. Des noms sont aujourd'hui connus : ceux d'Aloïse, de Wolfi qui ont élaboré à l'hôpital une véritable œuvre ou celui de Robillard qui crée ses armes, hors de toute quête de célébrité.

Autre point de contact art et psychiatrie : l'intime rapport existant entre construction du récit clinique et travail du romancier. Freud ne faisant pas mystère de son regret de n'avoir pas pu faire carrière de romancier, le choix du terme « *Roman familial* » rend bien compte de la construction romanesque nécessaire à structurer l'élaboration clinique.

Le travail littéraire de Schreber « *les mémoires d'un névropathe* » n'a pas abouti à cette élaboration. C'est ce qui en fait toute la limite en terme de travail littéraire et en fait la force en terme de référence clinique. L'adaptation théâtrale, que vous proposera, dans un moment, la troupe des bâclés, chemine avec poésie dans cet entre-deux de la clinique et de la création littéraire. Sans doute cette place d'« *objet écrit mal identifié* » du récit schreberien tient-elle à son but : plus un but de témoignage, de preuve qu'une démarche de sublimation. Et c'est, sans doute, sur cette voie de recherche que devraient se

pencher les théoriciens de l'expression : celle de la sublimation qui reste un concept mal élaboré, me semble-t-il, en particulier dans ses rapports très étroits avec le moi idéal et le narcissisme.

Freud fasciné par l'art a sans doute achoppé là, et il s'agit d'un des points obscurs de sa théorie. Car, peut-être, ce mécanisme de défense dont Freud a voulu faire une forme d'idéal en le définissant comme celui qui met la libido au service d'idéaux socialement valorisés n'est-il qu'un des avatars du narcissisme.

Vous voyez, à l'exposé rapide de ces liens, combien la tâche est énorme. On fait ce qu'on peut.

Vous trouverez ici le bilan de nos activités. En les résumant nous préparons un spectacle théâtral par an et nous participons aux manifestations artistiques et culturelles à Ville-Evrard et ailleurs si nous y sommes conviés. Ceci est un appel d'offre. Un lieu nous a été confié, le pavillon Bretagne. Nous en remercions la direction de l'E.P.S. Nous partageons cet espace avec une autre troupe, Arcadin qui, elle, n'a pas de rapport avec le champ de la santé.

Pour revenir à ma présentation : pourquoi le titre *association culturelle et artistique* ? La question mérite d'être posée car si les deux termes sont souvent associés ils sont, en un sens, totalement antinomiques.

Si l'on peut parler pour l'un : l'art de création, d'expression intime, personnelle, et parfois perturbante, obscure voire révolutionnaire, « *j'utilise mon jardin secret* » me disait un patient en me faisant lire un texte totalement déstructuré et incompréhensible, l'autre, la culture, circonscrit un champ de connaissances ou d'objets à la valeur reconnue et partagée par un groupe.

L'œuvre d'art peut devenir référence culturelle ; l'inverse est plus rare sauf peut-être pour les surréalistes. Ainsi, si l'art divise la culture, elle, cimente le groupe en l'identifiant. C'est, bien sûr, sur l'axe tendu entre ces deux pôles que se joue tout l'enjeu d'un repérage du sujet et de sa place entre pur individu, coupé de toute référence historique, libre des entraves de la signification et, à l'autre extrême, le membre du groupe totalement aliéné aux lois de celui-ci, qu'il s'agisse des règles de la famille, de l'histoire ou de la société et des impératifs de loyauté qui s'y rattachent ou des lois du signifiant.

C'est sur cet axe que se perdent presque tous ceux que nous soignons, égarés dans la pathologie du lien social. C'est pourquoi toute psychiatrie est politique, au sens étymologique, ayant forcément à voir avec la capacité à vivre en société. C'est une évidence de dire que la société, et donc forcément la psychiatrie, sont en crise aujourd'hui.

A mon sens, le profond remaniement qu'elles connaissent peut se définir essentiellement comme une rerépartition, une redéfinition en gestation des espaces privés et des lieux publics. Et il semble que l'expression artistique offre un des meilleurs outils pour s'y rerépartir. Cette rerépartition est visible, de multiples exemples en témoignent qu'il s'agisse du succès des reality show télévisés, du succès international que connaît le livre de Catherine M, du voile levé sur les abus et maltraitances souvent dans ce cadre intra familial. L'espace transitionnel entre individu et société que constitue la famille est, lui aussi, ébranlé. Vie privée, vie publique, vie familiale, autrefois soigneusement cloisonnées, se redéfinissent non sans anicroche, bien sûr.

L'heureuse initiative d'un numéro vert pour l'enfance maltraitée peut ainsi se retourner contre tous ceux : parents, éducateurs, psy qui ont charge d'autorité et se retrouvent menacés ou, parfois, directement accusés d'être des maltraitants et questionnés sur leur intimité, leur désir.

Sur la scène politique l'homme, ou la femme politique d'aujourd'hui, n'est plus pareil qu'hier. La médiatisation, là encore, l'oblige à sortir du pur discours pour se livrer à un exercice de style plus intime.

Les psy, bien sûr, ne sont pas en reste et doivent se définir aujourd'hui sur leur médiatisation, sur la nouvelle mise en scène de leurs compétences. C'est, là encore, que la psychiatrie est inévitablement politique au sens où elle dépend du repérage de la citoyenneté, et partant des définitions du sujet souffrant et des outils de soins qu'elle met à sa disposition ; outils de soins humains compris bien sûr. Ainsi, au XIX^e siècle, un gigantesque chantier a abouti à la création des asiles d'aliénés tel celui où nous sommes. C'était là notre unique lieu d'exercice, le psy était ordonnateur d'une vie sociale néo-créée, l'aliéné était incurable car dégénéré et constitutionnel, l'enfermement nécessaire à vie, comme le traitement moral. Ces thèses étaient de gauche, ne l'oublions pas.

Le corps du fou devait être isolé du corps social pour le bien de tous.

Dans les années 60 l'ergothérapie a fonctionné à plein régime. Certes, conjointe à la découverte des neuroleptiques, mais aussi en elle-même en proposant une identification au travailleur dans une société où le discours politique marxiste faisait de cette image une valeur forte et valorisée. Elle offrait une voie royale aux impasses du lien social. Le psy était alors, lui aussi, un travailleur en santé mentale. Mais le terme cache, en fait, la forêt car, travailleur, l'homme l'a toujours été. Si au XIX^e siècle le travail devient industriel, l'établissement psychiatrique est une ferme. Au XX^e siècle le travail est celui du spectacle et de l'image, et la psychiatrie aura forcément à se replacer dans ce registre. C'est toujours avec décalage que la psychiatrie soigne avec l'image du travail socialement valorisé comme si elle était un soin par la nostalgie. La logique fondamentale de la psychiatrie du XIX^e siècle est celle du discours scientifique expérimental et a abouti à l'élaboration d'un corpus appelé « *clinique psychiatrique* » et de lieux, les asiles.

Cette création, comme l'illustre l'iconographie de la Salpêtrière et les célèbres présentations cliniques de Charcot, relevait d'un effet de mise en scène. Celle du corps de l'aliéné sur la scène de l'hôpital mis en scène par le discours du médecin.

L'œil du clinicien, alors, mesurait, évaluait et constituait son savoir sur une folle engagée à s'exhiber, à s'inventer pour le bon vouloir de l'aliéniste. C'était une démarche scientifique expérimentale dans la pleine acception du terme : de sa grandeur comme de sa barbarie. Sa surprésentation du corps est une exclusion du corps qui privilégie le cadre.

Cette clinique, la psychanalyse la reconstruira en proposant un nouveau dispositif, lui aussi, clinique au sens étymologique du terme, mais fondé non plus sur l'observation du corps et d'un discours corporifié mais sur les ratés du langage et les errances du désir.

Jacques Lacan nommera sujet supposé savoir cette fiction qu'est la figure d'un maître, lieu de tous les savoirs dont l'instauration première est nécessaire dans la cure, comme est indispensable son élaboration et sa déconstruction pour accéder au stade de sujet barré par la castration et, donc, soumis aux lois du désir.

Or, l'une des activités tout à fait originale que propose l'association « *Les Diseurs* » s'appelle « *Le Théâtre de la Ville Evrard* ».

Répertorié dans la liste que j'ai dressée auparavant cette troupe de théâtre propose, dans le cadre de l'hôpital, de faire jouer des acteurs amateurs qui exercent leur activité professionnelle dans le champ de la santé mentale et qui jouent à l'hôpital et donc devant ses patients. Cette organisation originale, en inversant le dispositif scopique en place dans le regard clinique, se présente comme une intervention institutionnelle interrogeant et nos pratiques et nos lieux de parole à plusieurs titres. D'abord, parce que cette inversion du dispositif participe d'un travail de démythification de l'image du professionnel neutre et tout puissant et d'une organisation des lieux de soins dominée par la pulsion scopique et les phantasmes d'emprise. Car c'est bien ce qui, symptomatiquement, à répétition, menace la psychiatrie. Organisée, calquée sur le modèle médical, la psychiatrie, fascinée par la supposée scientificité de la médecine qu'elle ne retrouve pas chez elle, bascule régulièrement sur cette pente scientiste où elle s'égarait. Venir sur son lieu de travail, proposer des spectacles, évite de se dédouaner de la question du désir. Et place notre désir, certes, sur la scène professionnelle mais ailleurs que dans le temps de la pratique professionnelle qui n'est finalement que l'habillage social de notre intérêt pour la folie. Assumer cette place-là, c'est assumer d'être barré et, dès lors, déchoir d'une place de sujet supposé « tout-ça-voir ».

Inévitablement engagé à devenir, dans la nouvelle répartition des espaces de vie dont j'ai parlé précédemment, nous choisissons d'être psy acteur à Ville-Evrard, c'est-à-dire, que nous choisissons le spectacle vivant, le regard direct, le texte littéraire, la mise en scène préparée et le cadre de Ville-Evrard. Car il serait, bien sûr, idiot de ne pas profiter de l'incroyable puissance esthétique et émotionnelle d'un lieu qui est un lieu de mémoire tant par son histoire que par son devenir.

Claire Artemyz, photographe, a été sensible à cette esthétique. Elle propose avec ses photos un cheminement qu'elle a choisi. Car on sait que si le regard fait croire au réel de la chose vue, à l'objectivité de l'image, il est par là-même fondateur des mécanismes essentiellement illusionnels qui définissent notre rapport au monde. Le moi, le rôle professionnel, tout comme le rôle joué par l'acteur, ne sont que des fictions. C'est ce qui en fait toute la valeur et l'intérêt car quoi de plus ennuyeux que le réel ? Ce goût pour la folie des personnages que je joue témoigne bien de ce que j'appelle le paradoxe du psy. Le paradoxe du psy, c'est qu'en même temps il doit au mieux guérir à tout le moins soigner. Il est, parfois, comme fasciné par les avatars du fonctionnement psychique qu'il découvre. Il se peut même qu'il ne puisse bien travailler qu'à cette condition de fascination qui lui permet d'être pertinent dans ses interrogations du monde imaginaire qu'on lui expose. Pour finir une vignette clinique.

Après avoir vu une pièce où je joue le rôle du mari dans une scène de couple, les patients du pavillon où je travaille discutaient pour savoir si mon épouse dans la pièce était pire ou non qu'une patiente hystérique hospitalisée de longue date et célèbre pour son mauvais caractère et ses conversions spectaculaires. S'en est suivie une discussion avec celle-ci sur la théâtralité. Il m'est alors clairement apparu que le problème de l'hystérie n'est, par son goût pour l'histrionisme, ni celui des mouvements de son utérus, mais la question du choix de son metteur en scène. ■

Docteur Laurent Vassal**

* Communication au Colloque « Le corps et la folie » qui s'est tenu, à Ville-Evrard, les 22 et 23 mars 2002.
**Praticien Hospitalier, Secteur 9, Etablissement Public de Santé de Ville-Evrard, 202 Avenue Jean-Jaurès 93332, Neuilly sur Marne.

Garçon, il y a un anxieux dans le verre

L'apport de Deroxat (paroxétine) dans le trouble anxieux généralisé

Le trouble anxieux généralisé (TAG) est considéré comme une entité spécifique distincte des autres troubles anxieux. Il se caractérise par une anxiété et des soucis excessifs et incontrôlables survenant, la plupart du temps, durant une période d'au moins six mois. Il entraîne un état de souffrance subjective et une altération du fonctionnement social. A la différence des autres troubles anxieux, les objets de l'inquiétude sont diffus et non circonscrits. L'anxiété s'accompagne, d'au moins, trois symptômes supplémentaires de tension motrice (fatigabilité, tension musculaire et agitation) ou d'hypervigilance (difficultés de concentration, troubles du sommeil et irritabilité).

Les patients souffrant de TAG croient que « *Le monde est plein de dangers et de menaces* », « *Je suis fragile, et ceux que j'aime le sont aussi* », « *On ne peut survivre qu'à condition de prendre toutes les précautions* ». Ils ne tolèrent pas l'ambigu et l'incertain. Ils se font des scénarios catastrophiques. Ces patients amplifient les petits problèmes quotidiens. Ils ruminent, constamment, sans pour autant pouvoir résoudre leurs problèmes. Selon certains auteurs, les ruminations sont un mécanisme de défense contre des images encore plus angoissantes. C'est de là que vient l'idée d'exposition à l'image angoissante lors des thérapies cognitivo-comportementales.

Le taux de prévalence du TAG sur un an est approximativement de 1,5% et l'incidence augmente avec l'âge. L'évolution est chronique mais d'intensité différente selon les périodes de la vie et le handicap est important. Deux tiers des patients sont des femmes. 43,3% des patients consultent pour leur anxiété leur généraliste contre 29,2% un spécialiste. Cela est probablement dû au fait que l'anxiété généralisée se manifeste souvent par des plaintes somatiques. Moins d'un quart des patients reçoivent un traitement adapté. D'où l'importance d'un dépistage précoce de ce trouble par les médecins généralistes et d'une amélioration du traitement. Le médecin doit éliminer les maladies organiques éventuelles. 75 à 90% des sujets souffrant d'une anxiété généralisée ont un autre trouble mental à un moment de leur vie. Le TAG est le plus souvent associé à la dépression (59%) et aux autres troubles anxieux (phobie spécifique 29%, phobie sociale 29%, trouble panique 21,5%, agoraphobie sans panique 11% et TOC 10%).

Le médecin peut-être envahi par les angoisses de ses patients anxieux et réagit par un énervement qui peut être interprété comme une incompréhension. Il doit reformuler les angoisses et les explications catastrophiques des patients et leur expliquer que ces symptômes constituent une entité clinique connue pour laquelle existent des traitements efficaces. Selon Bruno Boutges on ne peut pas traiter le TAG si le patient ne reconnaît pas son trouble.

Les traitements les plus efficaces du TAG sont la thérapie cognitivo-comportementale et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Le Deroxat (paroxétine) qui est un inhibiteur de la recapture de la sérotonine vient d'obtenir l'AMM dans le TAG. Son efficacité et sa bonne tolérance ont été démontrées dans trois études de 8 semaines et une étude de 32 semaines portant sur 1916 patients. De plus, il diminue significativement le handi-

cap et améliore la qualité de vie. Les benzodiazépines sont plus efficaces que la paroxétine sur les signes somatiques de l'anxiété au cours des deux premières semaines du traitement. Ils peuvent être prescrits pendant une courte période, de 12 semaines au maximum, en raison du risque de sédation et de dépendance. La paroxétine induit un meilleur contrôle de l'anxiété psychique que les benzodiazépines à partir de la 4ème semaine.

A 8 mois, les patients maintenus sous paroxétine ont 4 fois moins de rechutes (10,9%) que les patients sous placebo (39,9%). De plus, ces patients continuent à s'améliorer. 73% des patients sous paroxétine sont asymptomatiques à la 32ème semaine du traitement. La posologie initiale est de 20 mg par jour. Cette dose pourra être augmentée jusqu'à

50 mg par paliers de 10 mg hebdomadaires. Une prise en charge pendant au moins 6 mois est préconisée.

Dans l'idée d'améliorer la reconnaissance et le traitement du TAG le laboratoire GlaxoSmithKline a créé un CD-rom et a publié « *Bonjour l'angoisse* », qui est un extrait du livre « *Petites Angoisses et Grosses Phobies* » de Christophe André et Muzo. Ce livre présente le TAG à travers des histoires illustrées de la vie quotidienne d'un patient. Le CD-rom comprend, également, un bilan des connaissances actuelles sur le TAG et confronte à une consultation virtuelle. Il a été conçu sous l'égide d'un Comité Scientifique et a reçu le prix du jury dans le cadre du 13ème Festival de la Communication Médicale de Deauville en mai 2002. ■

V. Tetkov

Conférence de presse organisée par GlaxoSmithKline et animée par les Docteurs Christophe André, Hôpital Sainte-Anne, Bruno Boutges, Université Bordeaux II, Dominique Servant, CHU Lille, Lucia Septien, Laboratoire GlaxoSmithKline, à Paris, le 28 mai 2002.

1^{er} Secteur Val-de-Marne - 94 G 01

RECHERCHE Un assistant de psychiatrie

Secteur proche de Paris
(Vincennes, Fontenay-sous-Bois)
Poste en intra-hospitalier et au CMP
Secteur doté de nombreux équipements
extra-hospitaliers
Travail en équipe avec les autres
médecins du service et les personnels
para-médicaux
Possibilité de participer à des
séminaires organisés par l'hôpital

S'adresser au
Docteur Brehier, Chef de Service, 1^{er} secteur
CH Les Murets
17 avenue du Général Leclerc
94510 La Queue en Brie
Tél. : 01 45 93 71 82

2^e Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile du Val-de-Marne

(Saint-Mandé, Vincennes,
Fontenay-sous-Bois, Joinville, Saint-Maur)

RECHERCHE PSYCHIATRE

*pour remplacement congé
maternité de novembre 2002
à mai 2003*

*dans le cadre de l'hôpital de Jour
pour enfants de Saint-Mandé*

Pour tout renseignement contacter le
Docteur Bourcier, Chef de Service
Tél. : 01 43 74 12 27

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix (Finistère)

3 secteurs de psychiatrie générale, un secteur de pédopsychiatrie et un secteur d'alcoologie

Agglomération touristique de 30 000 h, dotée d'une gare TGV, située à 10 mn de la mer, 30 mn de Brest (ville universitaire, aéroport)

Recherche des praticiens en psychiatrie générale et infanto-juvenile (tous statuts)

Adresser candidature et CV à : Direction du Centre Hospitalier
BP 237, 29205 Morlaix Cedex

Renseignements auprès du Président de CME (tél. : 02 98 62 60 71)
du chef de service (secteur 6, tél. 02 98 62 61 62) ou (intersecteur 3, tél. :
02 98 62 61 83) ou de la direction des affaires médicales (tél. : 02 98 62 64 40)

Etablissement hospitalisation privée Région parisienne

Recherche dans le cadre de son extension et pour la prise en charge
d'adolescents

Médecin psychiatre et pédopsychiatre pour activité libérale, hospitalisation et consultation

Envoyer CV et photo à Clinic Conseil Consultants
34 avenue des Champs Elysées, 75008 Paris

E-mail : CclinicC@aol.com

LIVRES

Les écrivains et l'alcool

Michel Covin
L'Harmattan

Le lecteur trouvera réunis des auteurs divers, qui se rejoignent sur un point essentiel : la passion de boire. Pêle-mêle, citons Marguerite Duras, Henri-François Rey, Jean-Luc Melsen, Jean-François Josselin, Michel Leiris, Michel Déon, Romain Gary, Joseph Kessel, Jack London, Ernest Hemingway, Bukowski, Antoine Blondin, quelques autres encore, plus occasionnels. Cette collection hétéroclite fait apparaître une unité de ce qu'on pourrait appeler l'imaginaire alcoolique. On peut classer par thèmes les éléments constitutifs de cet imaginaire, et en suivre le cheminement au long de textes qui, au premier regard, n'ont rien à voir entre eux et sont d'ailleurs, du point de vue strictement littéraire, d'inégale valeur. Ce textes sont regroupés dans une dizaine de chapitres qui ne sont pas exhaustifs : l'alcool et le corps, l'identité, les femmes, l'homosexualité, la mort, la religion, la résolution (de ne plus boire...), le sentiment de culpabilité, la violence, le voyage. Cette démarche aboutit à une sorte de glossaire succinct non négligeable qui constitue un repérage préliminaire pour des explorations plus fines.

Urgence

sous la direction de Antoine Leblanc,
Mario Speranza et Alain Roger
Enfances & Psy n°18

Les professionnels de l'enfance n'échappent pas à l'urgence. Et chacun, de sa place, ressent confusément que cette urgence ne répond pas seulement à la définition simple, réductrice, d'un temps limité entre une demande pressante et une réponse qui devrait être la plus immédiate possible. La notion d'urgence s'impose comme plus large et plus diffuse. Dès lors qu'il s'agit d'enfants, d'adolescents, et de leur famille, elle regroupe un ensemble de symptômes physiques, psychologiques et sociaux, qui doivent être pris en compte. Pour le professionnel, les réponses immédiates sont nécessairement limitées, mal adaptées à ce qu'il entend d'une véritable demande, à l'origine de sentiments de malaise ou de frustration, surtout si le temps de l'accueil et de l'évaluation n'a pas pu être respecté. La demande urgente de la famille, de l'entourage ou de la société, ne correspond pas nécessairement à la meilleure réponse que devrait pouvoir apporter le professionnel. Elle peut même être en contradiction avec les intérêts de l'enfant. La plupart de ceux qui s'expriment dans ce numéro font donc la distinction entre le sentiment d'urgence et l'urgence réelle.

Un siècle de vélo
Au pays des Sourds

Patrice Gicquel
L'Harmattan

Si l'histoire française du sport sourd écrite par les sourds commence par un ouvrage monographique sur le cyclisme, ce n'est peut-être pas un hasard. En effet, le cyclisme a joué un rôle fondateur dans la mise en place initiale de structures sportives propres aux sourds. Il est vrai que, à l'époque, la bicyclette était un élément essentiel de la vie sociale et ce fut une formidable façon de montrer comment la communauté sourde sait vivre en relation directe avec la communauté entendante. Mais en sachant organiser son propre espace d'expression et en réussissant à le préserver.

BIOGRAPHIE (suite)

Pour la durée, la circulaire précise un à trois mois renouvelable, le mode de renouvellement restant à la discrétion du médecin. En pratique, M. Henne estime qu'au bout d'un an il faut conclure de façon définitive et que l'intervalle de temps pendant lequel le malade ne doit pas demeurer sans surveillance médicale est limité à un mois puisque c'est la périodicité fixée pour les mentions de l'état du malade sur le livre de la loi. La mise en sortie définitive ne nécessite pas forcément un nouvel examen médical et des renseignements favorables peuvent suffire. Si la circulaire est muette sur la nécessité d'inscrire la sortie d'essai sur le registre de la loi, M. Henne pensait que comme il s'agit bien d'une sortie d'essai au sens de l'article 339, elle devait être mentionnée sous la mention « sortie d'essai » de la même façon que « les inscriptions mensuelles de l'état du malade sinon la réintégration au-delà d'un mois deviendrait illégale ». Quant à la réintégration décidée par le médecin et appliquée par l'établissement, elle peut être, aussi, prononcée par le préfet, si un trouble de l'ordre public est survenu. Le statut juridique du malade en sortie d'essai demeurait celui d'un interné au regard de la loi de 1838 en ce qui concerne sa capacité et l'administration provisoire de ses biens (jusqu'à la loi de 68 sur les incapables majeurs). La responsabilité civile et administrative du médecin et celle, purement administrative, de l'autorité demeurent, bien évidemment⁽²²⁾. En conclusion, l'auteur, souhaite une uniformisation qui ne lui paraît possible que si la sectorisation est intégralement réalisée (rappelons que nous sommes en 1962) et surtout appelle de ses vœux une législation des sorties d'essai⁽²⁰⁾.

UNE ATTENTE QUI SE PROLONGE

Dans le Livre Blanc de la psychiatrie française de 1965 H. Mignot situe les soins ambulatoire au cœur du problème législatif : « Nous souhaitons que ces dispositions législatives cessent de régler la façon dont un sujet peut être placé et retenu dans une maison d'aliénés mais qu'elles déterminent dans quelles conditions un médecin est autorisé à soigner un malade, sans son accord et contre son gré, dans quelles conditions un malade peut être retenu à son domicile ou dans n'importe quelle institution de soins » (26). En 1974 F. Guilbert relevait que de nombreux experts préconisent une sortie d'essai « Mais s'il est vrai que les médecins ne répondent pas en cela à la question qui leur est posée, les magistrats n'ont pas à les suivre dans cette voie... puisqu'ils débordent le rôle qui leur est actuellement attribué, la liberté totale est seule de leur domaine, toutes les autres questions sont de la compétence d'autres autorités »⁽¹⁹⁾. Au début des années 80, les élèves de G. Daumezon analysent la pratique de la loi de 1838 dans le cadre du secteur sans aborder, à aucun moment, le problème, ou plutôt, l'intérêt des sorties d'essai^(25, 28, 42, 43). En 1983, M-P. Champenois-Marmier et J. Sansot n'hésitaient pas à affirmer que « les sorties d'essai sont aujourd'hui une méthode thérapeutique et ne sauraient constituer une sorte de prime à la bonne conduite ». Ils insistaient, en outre, sur le fait qu'une sortie d'essai ne saurait être regardée comme une reprise effective du travail au regard de l'assurance maladie et de la législation sur les accidents du travail⁽⁷⁾.

LA LOI DU 27 JUIN 1990

En 1989, bicentenaire de la Révolution Française oblige, il est apparu nécessaire de changer la loi du 30 juin 1838, dont on venait de

commémorer le cent cinquantième le 30 mai 1988 à la Société Médico-Psychologique lors d'une séance consacrée à l'étude du thème : « Individu et Société », au cours de laquelle les éloges de la loi n'ont pas manqué. Celle de 1990 a été votée après des protestations multiples des psychiatres. Une pétition a même recueilli 2100 signatures avec l'appui des principaux syndicats regroupant plus de 90 % des psychiatres publics⁽⁹⁾. Le projet de loi prévoyait que les sorties d'essai s'effectuent « éventuellement au sein d'équipement ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet », ce qui a fait l'objet de débats chez les psychiatres. Les uns se félicitaient que des patients en HDT ou HO puissent bénéficier d'un séjour dans des unités extrahospitalières, les autres y percevant l'amorce d'un traitement ambulatoire obligatoire qu'ils ne souhaitaient sous aucun prétexte. J.P. Descombey a été très représentatif de ce dernier point de vue : « Alors pourquoi ne pas permettre aux sorties d'essai de PO de se faire, non seulement au domicile, mais dans les institutions extrahospitalières de secteur ? Cela faciliterait la réinsertion, etc... etc..., c'est que ces institutions, on peut l'espérer des psychiatres « libéraux », doivent fonctionner de façon contractuelle avec leurs patients (hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques, etc... A quand « l'internement de secteur, sur le secteur, une sorte de « haute surveillance » généralisée ? »⁽¹²⁾. Le syndicat des Psychiatres des Hôpitaux a approuvé la légalisation des sorties d'essai mais a refusé à la majorité la disposition complémentaire⁽⁹⁾.

En opposition à ce dernier point de vue, F. Grossman et C. Louzoun, souhaitaient « une obligation de soin qui relève d'une législation sanitaire qui la légitimerait de manière restrictive, précise et non spécifique » de façon « non punitive, délocalisatrice, active et dynamique »⁽¹⁷⁾.

Les juristes français ont, dans l'ensemble, bien accueilli la loi du 27 juin 1990 puisque cette dernière ne contredit aucune des recommandations qui découlent du droit européen, alors même que l'influence de la Convention européenne des droits de l'homme y est perceptible⁽¹³⁾.

La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation précise par l'article L 350 de sa section III consacrée aux « Dispositions communes » les sorties d'essai : « Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps com-

plet mentionnés aux articles 4 ter et 44 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois ; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent.

La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés :

- dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil ; le bulletin de sortie d'essai est visé par le directeur de l'établissement et transmis sans délai au préfet ; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé,
- dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le préfet, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil ».

Des fiches d'information du 13 mai 1991 répondent à diverses questions qui ont pu être posées au sujet de l'application de la loi du 27 juin 1990. La fiche numéro 8 concerne les sorties d'essai.

Enfin, la demande répétée à de multiples reprises par les psychiatres, et depuis très longtemps d'une législation concernant les sorties d'essai, était exaucée.

La plupart des commentateurs de la loi du 27 juin 1990 pour ce qui concerne la législation des sorties d'essai se sont surtout contentés de l'accueillir de façon favorable. Toutefois, F. Caroli se demande si on peut penser que les conditions de l'hospitalisation sur demande d'un tiers continuent à être réalisées alors même que l'on demande une sortie⁽⁶⁾. Surtout, la question de savoir si les sorties d'essai constituent ou non une formule de traitement ambulatoire obligatoire, dissociant l'obligation de soins de l'hospitalisation pleintemps, demeure discutée alors qu'une enquête réalisée au Centre Hospitalier Spécialisé Montpellier d'Aix-en-Provence a indiqué une diminution des sorties d'essai depuis la prolongation de la loi⁽¹¹⁾.

Pour I. Martine-Berthelot, si la loi de 1990 légitime une pratique ancienne, bien des imprécisions concernent la durée ou, au moins, la limitation du renouvellement ce qui entretient une confusion entre ce qui est véritablement « un essai de sortie » et une mesure médicale de protection durable pour un malade acceptant difficilement sa maladie. Certains relèvent que les longues sorties d'essai « répondent au besoin pour le corps médical de « récupérer » un patient qui ne se présente pas aux soins ». Comment ne pas penser que les sorties d'essai poursuivies dans le temps correspondent en fait à une « obligation de soins » ambulatoire en contradiction avec les conditions nécessaires à une HDT (surveillance constante) ou à un HO (compromission de l'ordre public ou de la sûreté des personnes). Pour ce qui concerne les sorties d'essai en

NEUROSCIENCES : LA PREMIERE ATTRIBUTION DU
PRIX BOEHRINGER INGELHEIM FENS RESEARCH AWARD
REVIENT A UN CHERCHEUR DE L'INSERM

Le Dr Stanislas Dehaene, chercheur à l'INSERM, a reçu le nouveau prix Boehringer Ingelheim FENS Research Award, doté de 25 000 euros, dans le cadre du congrès de la Fédération des sociétés européennes des neurosciences (FENS).

Ce prix, nouvellement créé, est destiné à récompenser de jeunes chercheurs en neurosciences en Europe. Il sera remis tous les deux ans, dans le cadre du congrès européen des neurosciences, dont la prochaine édition, du 10 au 14 juillet 2004, aura lieu à Lisbonne. Les candidats doivent déposer leurs travaux au bureau de la, FENS de Berlin, avant le 30 juin 2003.

Stanislas Dehaene, âgé de 37 ans, est directeur de recherches à l'unité INSERM « Imagerie cérébrale des fonctions cognitives » du service hospitalier Frédéric Joliot à Orsay. Il est récompensé pour « ses observations expérimentales sur les bases des fonctions cognitives supérieures du cerveau humain ».

Ses travaux peuvent permettre une meilleure compréhension des mécanismes cérébraux dans le domaine des mathématiques et du langage et pourraient être utilisés pour développer des programmes de rééducation plus adaptés, en particulier pour les enfants. ■

HDT, elles imposent un consentement aux soins en ambulatoire incompatible avec un maintien juridique en HDT qui implique la nécessité de traitements immédiats dans le cadre d'une surveillance constante en milieu hospitalier dans la situation d'une impossibilité de consentement aux soins. Quant aux sorties d'essai sous HO, elle n'est possible qu'en l'absence de dangerosité⁽²³⁾.

Dans un contexte d'augmentation considérable des hospitalisations sur demande d'un tiers (59 % de 1980 à 1993) non freinée par le double certificat⁽⁴⁾, l'accueil des psychiatres hospitaliers confirme les réticences antérieures à la nouvelle loi perçue par certains comme un « *renforcement bureaucratique, beaucoup de papiers, une bien française involution sémantique* »⁽⁵⁾. D'autres perçoivent un ambulatoire privilégié et appellent à une segmentation de l'hospitalisation plein-temps induite par la loi mais qu'elle n'a pas prise en compte⁽²⁷⁾. Une enquête auprès des psychiatres des hôpitaux indique la perception d'un texte « *technocratique* » prenant insuffisamment en compte les particularités de la maladie mentale⁽¹⁵⁾.

Bien entendu, les conséquences sont variables en fonction des conditions locales et semblent surtout liées à l'histoire de chaque institution. A Angers, par exemple, le nombre de patients en HDT a diminué de moitié essentiellement en raison de la levée des placements volontaires de plus d'un an et de la disparition de la transformation des PO en PV. Par contre, le nombre de nouveaux placements apparaît comparable. L'enquête qui en rend compte n'aborde pas les sorties d'essai⁽¹⁴⁾.

B. Lachaux et A. Leroudier pensent que le malaise des psychiatres vis-à-vis de la loi du 27 juin 1990 vient de ce qu'ils l'ont ressentie comme une étape moins importante que celle du 30 juin 1838 : « *en limitant le juridique au rôle de recours ..., le législateur a raté une occasion historique de faire évoluer les rapports entre repères médicaux et juridiques et donc de mettre en place les éléments qui auraient permis de modifier significativement les rapports de la société avec la maladie mentale* »⁽²¹⁾.

Dans une étude menée au Centre Hospitalier de Sevrey (six secteurs de psychiatrie générale pour 350 000 habitants) du 1^{er} juillet 1988 au 1^{er} juillet 1992 (c'est à dire deux ans avant et après la loi du 27 juin 1990) Ph. Thilière relève 32 placements d'office et 38 hospitalisations d'office. Aucun n'a bénéficié d'une sortie d'essai (donc avant et après la législation). L'auteur en donne les raisons suivantes : la sortie d'essai « *est une démarche lourde et par sa mise en œuvre et par les responsabilités engagées par les secteurs d'origine et d'accueil. C'est peut-être pour cette raison que nous n'avons pas trouvé d'utilisation de cette possibilité thérapeutique dans notre enquête. A moins qu'il s'agisse, tout simplement, d'une pratique non encore ancrée dans les habitudes des psychiatres traitants, ou encore d'une prise de risque trop importante. De toute façon, l'officialisation des sorties d'essai n'a pas fait évoluer les choses. Il semblerait que les sorties d'essai soient plus adaptées aux HDT* »⁽³⁹⁾.

Il n'en demeure pas moins que, dans ce contexte, de nouvelles pratiques se sont affirmées. M. Aubert a rendu compte de la prise en charge en hôpital de jour dans le cadre d'une sortie d'essai sous HO. L'aspect positif en est souligné. La durée de l'hospitalisation de jour n'a pas été plus longue que pour les autres patients. La dimension thérapeutique est apparue indéniable même si l'auteur la perçoit comme encore peu employée et qu'il conviendrait de s'en servir « *avec parcimonie* » afin de poser au mieux l'indication et d'éviter des « *réactions que pourraient susciter ce statut un peu différent...* »⁽²⁾.

Quant à G. Vidon, il a appelé de ses vœux,

dès 1995 « *Les soins obligatoires en ambulatoire (S.O.A.)* » dont il a précisé les avantages : prévention de l'hospitalisation sous contrainte, porter assistance à personne en danger, améliorer le suivi, cesser « *les pratiques sournoises et illégales* » (sorties d'essai injustement prolongées, « *chantage* » ou « *pressions* »), diminuer l'emploi des N.A.P. Quelles sont les indications proposées ? Vraisemblablement les patients maintenus en sortie d'essai pour qu'ils prennent leur traitement, ceux qu'on ne laisse pas sortir de l'hôpital par crainte d'un arrêt de l'observance, que l'on y fait revenir ou qui sont vus en CMP pour être sûr s'ils prennent leur traitement comme ceux à qui on impose des N.A.P.

G. Vidon va même jusqu'à proposer une commission départementale des soins obligatoires en ambulatoire pouvant être saisie par la famille, les autorités publiques ou toute personne souhaitant intervenir dans l'intérêt du malade. Se réunissant une fois par semaine elle recevrait ce dernier. La notification de S.O.A. qui ne comporterait aucune indication sur le traitement proprement dit, serait transmise à l'intéressé, au Préfet et au psychiatre chargé de l'appliquer⁽⁴¹⁾.

L'ÉVALUATION DE LA LOI DE 1990

Le groupe animé par Madame Hélène Strohl, Igas, a travaillé d'octobre 1995 à février 1997, avec pour mission d'évaluer la loi de 1990 en s'appuyant sur la synthèse des rapports des CDHP dont la formule s'inspire de la législation anglaise⁽¹⁶⁾ (ce qui était demandé par la loi), et des groupes de référence régionaux constitués dans le cadre de cette évaluation^(8,38).

Le rapport final a donc, au-delà de cette dernière, formulé de nombreuses propositions parmi lesquelles une révision des modalités de sortie d'essai en introduisant une possibilité de soins sans consentement pour les patients suivis en ambulatoire. J.C. Cordier et F. Pouyollon y voient un aspect paradoxal puisque en contradiction avec une autre proposition du groupe qui introduit une possibilité d'un refus de soins par le patient hospitalisé, tout en admettant des réserves dans des cas exceptionnels. Les mêmes auteurs craignent une dérive que constituerait l'augmentation des obligations de soins pour « *les nouvelles cliniques* » que sont les alcooliques, les toxicomanes, les délinquants, voire les handicapés des institutions médico-sociales non soumises à la loi de 1990⁽¹⁰⁾.

Le rapport souligne que les CDHP et les évaluations régionales ont dénoncé la pratique des sorties d'essai de longue durée qui peuvent persister plusieurs années. Le président d'une CDHP a, par exemple, signalé l'existence d'une sortie d'essai pendant 14 ans. Lors des discussions et des rencontres du groupe avec les professionnels et les usagers sur ce sujet, les médecins et les autres soignants ont insisté sur le fait que ces dispositions avaient entraîné un changement fondamental dans le suivi des traitements en permettant des possibilités très souples de retour vers une stabilisation tout en pointant que les sorties d'essai constituaient un moyen de pression légal pour obliger un patient sorti de l'hôpital à ne pas abandonner ses soins. Une CDHP a suggéré une solution intermédiaire entre hospitalisations sans consentement et libre qui équivaldrait à une situation de liberté assortie d'injonction thérapeutique au cours de laquelle l'autorité désignée par la loi pourrait ordonner une réhospitalisation lors de non suivi des soins ambulatoires. D'où l'idée d'un troisième statut administratif avec soins obligatoires sans hospitalisation.

Dans ce contexte, le groupe a considéré que deux objectifs de la sortie d'essai, apparaissent ni contradictoires, ni complémentaires et peuvent coexister :

- tester et préparer la réinsertion d'un malade, sa capacité à vivre hors d'une institution protectrice et contenant, comme observer la réversibilité des troubles liés à l'hospitalisme, - conserver un lien thérapeutique avec un malade qui, sans cette pression, serait conduit par sa pathologie à abandonner les soins et à être réhospitalisé de façon récurrente.

Un consensus s'est dégagé en faveur d'une limitation de la durée des sorties d'essai correspondant à un test de réinsertion qui pourraient être rebaptisées « *essais de sortie* », dont le recours devrait être motivé par le besoin d'évaluer la capacité d'un malade à réintégrer la communauté. Ainsi, ces « *essais de sortie* » devraient être limités à six mois maximum, trois mois renouvelables une seule fois ou même trois mois seulement. Elles devraient faire, bien sûr, l'objet d'un suivi médical attentif de la part des équipes soignantes comme pour tout patient suivi en ambulatoire. Un tel consensus du groupe de travail ne pouvait qu'entraîner une réflexion sur la possibilité de soins obligatoires en dehors de l'hôpital alors même que certains pays européens, comme l'Italie, ont déconnecté le traitement obligatoire de l'hospitalisation.

Un constat difficilement contournable indiquait, qu'en France, cette idée se heurte à des réserves tout d'abord médicales. Certains praticiens avancent l'argument qu'un traitement imposé a peu de chance de réussir. Les échecs relatifs de l'obligation de soins, prévue comme alternative à l'incarcération dans le code pénal ou l'injonction thérapeutique prévue par la loi de 1970 concernant la toxicomanie, venant renforcer cette position qui n'est pas qu'idéologique. Pour être acceptée par les professionnels l'alternative de soins en ambulatoire ne doit pas être confondue avec l'injonction thérapeutique et l'obligation de soins qui supposent l'existence d'un délit. Il faut éviter qu'il y ait confusion entre soins et punition puisqu'elle doit se présenter comme se substituant à l'hospitalisation sans consentement et constituer, uniquement, une forme de soins comme une autre. Les usagers ont émis, également, des réserves. Le droit de refuser un traitement devant être une des libertés fondamentales de la personne, ils craignaient la multiplication de contraintes moins lourdes à appliquer qu'une hospitalisation sans consentement et surtout le risque de dérive vers un contrôle sanitaire obligatoire en direction de populations qui ne font pas de demandes de soins mais qui seraient considérées comme nécessitant potentiellement des soins (comme, par exemple, les populations errantes).

A donc été privilégiée une obligation de soins uniquement comme alternative ambulatoire à une hospitalisation sans consentement, envisagée que lorsque les indications médicales justifiaient une hospitalisation sans consentement, comme un danger pour autrui ou pour soi-même ou une impossibilité, pour la personne, de donner son consentement libre et éclairé en raison de son état de santé.

Si les dangers, évoqués, de dérives ou de transfert vers la psychiatrie de problèmes économiques et sociaux sont réels, il est apparu à la majorité du groupe que refuser cette possibilité de soins ambulatoires aurait des conséquences encore plus néfastes. Ce serait refuser aux personnes que leur état de santé empêche de consentir aux soins, le bénéfice d'une psychiatrie moderne, communautaire, au plus près de leurs besoins et prolonger leur durée d'hospitalisation, ce qui peut être iatrogène.

Ne pas prendre en compte cette réalité de la maladie mentale, qu'est le déni, pour laisser aux autorités administratives la décision de contrainte, peut paraître, en outre, discutable d'un point de vue soignant. Comment envisager une possibilité de soins obligatoires en dehors de l'hôpital en conciliant la sécurité publique, les droits des malades et

LIVRES

La déficience mentale chez l'enfant Entre école et psychiatrie Contribution à l'histoire sociale de l'éducation spéciale 1909-1989

Philippe Mazereau
L'Harmattan

La première partie de ce livre traite de la genèse et de la structure du champ, sur la période qui va de sa fondation en 1909 jusqu'à l'après seconde guerre mondiale. Le relatif sous-développement des structures de l'enseignement spécialisé jusqu'en 1946-47 et l'étanchéité des réseaux n'ont fourni que peu d'occasions d'étudier les interrelations entre les structures pilotées par le ministère de la Santé et celles dirigées par l'Education Nationale. La seconde partie étudie la place prise par l'enseignement spécialisé au sein de l'éducation spéciale. La position intermédiaire qu'il occupe, en tant qu'interface entre l'école ordinaire et les institutions de la psychiatrie infantile, permet d'envisager son développement en fonction du système de relation qu'il entretient avec les autres réseaux. C'est au cours de la première moitié de cette période que les positionnements politiques, administratifs et scientifiques, s'observent le plus facilement sous l'angle d'oppositions tranchées et de luttes exacerbées.

La séquence qui s'ouvre après 1945 et se clôt en 1989 par une réorganisation d'ensemble des rapports entre l'école et le secteur privé associatif, permet d'ordonner les différentes phases évolutives.

Enfin, la troisième partie aborde les productions savantes et les représentations de la déficience mentale infantile. Il s'agit de comprendre le lien entre l'existence des institutions de l'éducation spéciale, les positions professionnelles qu'elles secrètent et les conflits de désignation corporatives et scientifiques dont elles sont le théâtre. Est ainsi montré en quoi, le moteur de l'évolution des institutions de l'éducation spéciale n'est pas le simple produit d'un progrès dans la connaissance scientifique du fonctionnement mental infantile, mais plutôt le résultat complexe d'une volonté politique qui agrège des points de vue disciplinaires et corporatifs.

Les mots délivrés Une psychiatrie d'enfant à l'écoute des abus sexuels

Dominique Frémy, Odile Naudin
Editions Stock

« *Libérer la parole des enfants victimes d'agressions sexuelles* » pour les soutenir, les aider à reconstruire leur histoire, leur relation à l'adulte et à relancer leur développement est le but du Centre de Thérapie familiale de Besançon créé en 1993 par D. Frémy. Son expérience des angles médicaux, sociaux, légaux et judiciaires, son cheminement pratique et théorique des dysfonctionnements, individuels, familiaux, et environnementaux touchent une large population de victimes et d'auteurs d'agressions sexuelles. Les répétitions transgénérationnelles ne sont, en effet, pas rares, dans diverses situations complexes, sans oublier celles des mineurs incarcérés, des mineurs handicapés ou des agresseurs mineurs. Ce livre, bien documenté, aidera tous ceux qui, autour des enfants agressés, peuvent les aider grâce à une meilleure écoute et une meilleure compréhension de ces processus destructeurs.

M. Mazodier

la déontologie médicale ?

En premier lieu, le groupe chargé de l'évaluation de la loi de 1990 a proposé que l'alternative à l'hospitalisation sans consentement fasse toujours suite à une hospitalisation sans consentement, que ce soit à l'issue de la période d'observation proposée dans le rapport, ou à la suite d'une hospitalisation sans consentement classique. C'était le meilleur moyen de se préserver d'une dérive vers un contrôle social. Le groupe a envisagé cette modalité de soins en ambulatoire comme un engagement, plutôt qu'un contrat thérapeutique (dans ce cas de figure il n'y a pas égalité entre contractants) entre le malade et l'équipe soignante, tout projet de sortie d'essai devant préciser :

- le lieu où seront appliquées les modalités thérapeutiques, l'alternative pouvant se dérouler dans tous les lieux alternatifs à l'hospitalisation comme en ambulatoire,

- la qualité des personnes chargées de les appliquer (leur identité),

- la durée et la fréquence du traitement,
- la thérapeutique proposée : chimiothérapie, psychothérapie, soutien social, éducatif, réadaptation professionnelle, etc ... ,
- les modalités associées : accompagnement de la famille, démarches sociales, hébergement.

La rupture par le malade de l'engagement entraînerait un retour à l'hospitalisation qui n'a été alors que suspendue. Le contrôle serait assuré par les instances ayant autorité pour contrôler l'hospitalisation sans consentement, le médecin adressant toute demande de levée de la mesure ou, au contraire, de réhospitalisation à l'autorité compétente en matière de levée ou d'entrée en hospitalisation sans consentement.

Le groupe a insisté, puisque c'est un engagement réciproque, sur la possibilité pour le patient de refuser la proposition de soins en dehors de l'hôpital ou de l'abandonner après l'avoir tentée.

Si le malade atteint à sa sûreté, ou à celle d'autrui, dans le cadre de l'alternative ambulatoire proposée, il apparaît bien entendu que dans ce cas comme dans celui de toute hospitalisation, la responsabilité des soignants et du directeur d'hôpital ne serait engagée que si un tel accident résulte d'une action intentionnelle de leur part (jurisprudence constante de la responsabilité sans faute).

LE RAPPORT PIEL-ROELANDT ET LE PLAN DE SANTÉ MENTALE

Le rapport rédigé par Eric Piel et Jean-Luc Roelandt il y a un an, propose d'instaurer une loi spécifique pour l'obligation de soins psychiatriques en abrogeant la loi de 1990. Il reprend, en grande partie, les propositions présentées par le bureau de la santé mentale de la DGS lors des réunions de travail qui l'ont préparé⁽²⁹⁾.

A la suite d'une période d'observation et de soins de 72 heures maximum, un troisième certificat médical circonstancié poserait l'indication de l'obligation de soin, avec les avis souhaitables de la personne, de l'entourage ou d'un travailleur social. La décision est transmise au juge qui statue dans les 24 heures et au préfet et au maire si nécessaire. Pendant ces 24 heures la personne est maintenue en hospitalisation.

Les obligations de soin pourraient prendre deux modalités :

- soins ambulatoires : si l'état de la santé de la personne nécessite des soins susceptibles d'être apportés en ambulatoire, la personne choisit avec le médecin les modalités qui seront animées par d'autres soignants. La mesure est révisée périodiquement et, éventuellement, renouvelée après un mois,
- soins en hospitalisation : si l'état de santé de la personne nécessite un traitement et une surveillance permanente et continue. La mesure est révisée périodiquement et éventuellement renouvelée au bout de 7 jours.

Ces deux modalités pourraient alterner. Le plan récent de santé mentale du ministère a été présenté comme un plan pluriannuel de nombreuses actions⁽³⁰⁾. Celles qui concernent la révision de la loi du 27 juin 1990 sont :

- la réaffirmation des droits de toutes les personnes astreintes à des soins librement consentis,
- la définition d'une période d'hospitalisation sans consentement de courte durée,
- la mise en place d'une alternative ambulatoire à l'hospitalisation sans consentement,
- la définition des indications de l'hospitalisation sans consentement dans le cadre d'un régime unique (unification des HO et HDT) et de la mise en place d'une alternative ambulatoire.

Très récemment, la loi relative aux droits des

malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 a repris certaines propositions du groupe d'évaluation de la loi de 1990 avec :

- un vocabulaire moins sécuritaire puisque concernant les HO l'expression : « *pourrait compromettre l'ordre public ou la sécurité des personnes* » est remplacée par « *nécessite des soins en raison des troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public* »,

- une modification de la composition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques qui comporte, dorénavant, deux psychiatres, un magistrat, deux représentants d'associations d'usagers, un généraliste.

Elle précise, également, les autorisations de sortie pour les patients hospitalisés sans leur consentement (article L. 3211 - 11 du Code de la Santé Publique) et l'hospitalisation des mineurs^(16 bis).

A quand la prochaine étape ? ■

* Centre Henri Rousselle, SM15, CH Sainte-Anne, Paris

Bibliographie

- (1) ABELY X., LAUZIER J. *Assistance et protection des malades mentaux*. Paris, Doin, 1950
- (2) AUBERT M. *De l'usage de l'hospitalisation de jour dans le cadre de la loi du 27 juin 1990*. Nervure, 8, 1, 35-38.
- (3) Ayme J. *Une loi pourquoi faire ?* Synapse 1990, 61, 47-51.
- (4) BOISGUERIN B. *L'évolution des hospitalisations sans consentement depuis la loi du 27 juin 1990*. Nervure. 1995, 8, 5, 22-24.
- (5) BOURGEOIS M., BEAUSSIER J-P., VERDOUX H., GOUMILLOUX R., PEYRE F. *Des PO-PV (loi du 30 juin 1838) aux HO-HDT (loi du 27 juin 1990). Bilan préliminaire de la pratique de la nouvelle loi sur l'hospitalisation sous contrainte (HSC)*. Annales Médico-Psychologiques. 1991, 149, 4, 357-361.
- (6) CAROLI F. *Hospitalisations psychiatriques, ancienne et nouvelle loi*. Coll. Nodules. Paris, P.U.F., 1991.
- (7) CHAMPENOIS-MARMIER M-P, SANSOT J. *Droit, folie, liberté. La protection de la personne des malades mentaux (Loi du 30 juin 1838)*. Préface de François Terré. Paris, P.U.F., 1983.
- (8) CLEMENTE M. *Premier bilan de la loi du 27 juin 1990 à travers les commentaires des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques*. Nervure, 1996, 9, 1, 68-71.
- (9) COLONNA L., HORASSIUS N., SKURNIK N., VIDON G. *Les imprécisions de la loi du 27 juin 1990*. Synapse 1991, 73, 7-9.
- (10) CORDIER J-C, POUYOLLON F. *Soins sans consentement*. L'information Psychiatrique, 2001, 77, 7, 699-705.
- (11) DEFER R., D'AMORE R. *D'une loi à l'autre : les hospitalisations sans consentement au CHS Montperrin*. L'Information Psychiatrique 1992, 68, 1, 927-933.
- (12) DESCOMBEY J-P. *Quand la psychiatrie a fait on lui donne à bouffer de la loi de 1838*. Synapse 1990, 61, 57-60.
- (13) DUBOIS L. *La loi du 27 juin 1990 et le droit européen*. L'Information Psychiatrique. 1992, 68, 9, 902-907.
- (14) DUBREUIL S., ALRIC V., BOURRIER P., LHUILLIER J-P., GARRE J-B. *Evaluation de l'application de la loi n°30-527 du 27 juin 1990*. Synapse. 1990, 80, 39-42.
- (15) ESCOLIER J-C., GOMINET P., PATRIS M-F., PENOCHE J-C. *L'Information Psychiatrique*. 1992, 6, 558-562.
- (16) ESCOLIER J-C. *La législation anglaise en matière d'hospitalisation sous contrainte*. L'Information Psychiatrique. 1991, 67, 4, 341-347.
- (16 bis) GALY C., MASSÉ G. *Données nouvelles en santé mentale avec la loi du 4 mars 2002*. Nervure 2002, 15, 4, 43-48.
- (17) GROSSMAN F., LOUZOUN C. *L'esprit d'une loi : l'accueil et les droits*. Synapse. 1990, 61, 66-68.
- (18) GUILBERT F. *Liberté individuelle et hospitalisation des malades mentaux*. Préface de François Terré, Paris, Librairies Techniques, 1974.
- (19) HAUSTGEN T. *Les précurseurs de la loi du 27 juin 1990 ou une petite histoire du double certificat*. Nervure, 1997, 5, 6, 62-66.
- (20) HENNE M., *Les sorties d'essai*. L'Information Psychiatrique 1962, 4, 369-382.
- (21) LACHAUX B., LEROUDIER A. *La loi de 1990 entre légalité et légitimité : modifications de la loi ou modifications des habitudes*. Synapse 1996, 130, 19-24.
- (22) LE GUEUT J. *Les sorties d'essai et la responsabilité du malade en sortie*. L'Information Psychiatrique. 1963, 8, 447-455.
- (23) MARTINEAU-BERTHELOT I. *De 1838 aux projets de réforme de la loi du 27 juin 1990 : une évolution dans la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux*. Synapse, 1998, 150, 29-36
- (24) MASSÉ G. *Il y a 50 ans : 1936, la psychiatrie au rendez-vous*. L'Information Psychiatrique 1986, 62, 8, 997-1012.
- (25) MASSÉ G., PETITJEAN F., CAROLI F. *Le secteur de psychiatrie générale*. Encycl. Med. Chir. Psychiatrie. 37915-A10, 2-1984.
- (26) MIGNOT H. *Le problème législatif in Le Livre Blanc de la psychiatrie française*. Tome 1, Toulouse, Privat, 1966, pp 103-116.
- (27) ORIO R., CADIET L. *La loi du 27 juin 1990 : conséquences éthiques, structurelles et organisationnelles sur les missions du système de soins en santé mentale*. Nervure. 1996, 9, 4, 81-88.
- (28) PETITJEAN F., BONNEFOY J-P., CAROLI F., MASSÉ G. *Le secteur et la loi du 30 juin 1838*. Annales Médico-Psychologiques. 1982, 140, 3, 301-319.
- (29) PIEL E., ROELANDT J-L. *De la psychiatrie vers la Santé Mentale*. Rapport de Mission. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Ministère délégué à la Santé - Juillet 2001.
- (30) PLAN SANTÉ MENTALE. *L'usager au centre d'un dispositif à rénover*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Ministère délégué à la Santé novembre 2001.
- (31) PREVAULT J. *L'internement administratif des aliénés*. Paris - Librairie de Droit et de Jurisprudence, 1955.
- (32) QUETEL C. (présentation par) - *La loi de 1838 sur les aliénés. Volume I. L'élaboration*. Ferrus, Falret, Esquirol, Faivre. Paris, Frénésie Editions, 1988.
- (33) RAYNIER J., BEAUDOIN H. *L'aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique*. 2ème édition. Paris. Librairie Le François 1930.
- (34) RAYNIER J., BEAUDOIN H. *L'assistance psychiatrique française. Tome II : La condition administrative et juridique des malades mentaux*. Troisième édition. Paris. Librairie Le François 1950.
- (35) RAYSSE P., CUEGNIET G. *De l'assistance psychiatrique en Nouvelle Calédonie. Le décret du 30 décembre 1936, vestige du Front Populaire*. Nervure. 1993, 6, 3, 17-22.
- (36) RODIET A., HEUYER G. *La folie aux XXème siècle*. Etude médico-sociale. Paris, Masson, 1931.
- (37) SERIEUX P., LIBERT L. *Les lettres de cachet, « prisonniers de famille » et « placements volontaires »* Gand - Imprimerie A. Vander Haeghen. 1912
- (38) STROHL H., CLEMENTE M. *Rapport du groupe National d'Evaluation de la loi du 27 juin 1990 - juin 1997*.
- (39) THIOIERE P. *De la loi du 30 juin 1838 à la loi du 27 juin 1990. Les évolutions à partir d'une enquête épidémiologique portant sur les placements d'office et les hospitalisations d'office*. Mémoire DU de Psychiatrie Légale. Paris XI. Faculté de médecine Kremlin-Bicêtre. 1993.
- (40) TOULOUSE E., GENIL-PERRIN G., TARGOWLA R. - *Prophylaxie mentale in Médecine sociale*. Tome XXX III Du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* publié sous la direction de E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix. Paris, Malorne, 1925, pp. 623-690.
- (41) VIDON G. *Pour des soins obligatoires en ambulatoire*. Nervure. 1995, 8, 5, 65-68.
- (42) VIDON G., MASSÉ G., PETITJEAN F., CAROLI F. *Défense et illustration du placement volontaire. A propos de 165 dossiers*. L'Information Psychiatrique. 1983, 59, 3, 503-510.
- (43) VIDON G., MASSÉ G., MULDWORF L., CAROLI F. *Le P.O. en question ? A propos de 147 dossiers*. Synapse 1985, 17, 88-91.

LIVRES

Fétichisme, philosophie, littérature

Laurent Fedi
L'Harmattan

Laurent Fedi appuie ses analyses sur une construction issue d'un dialogue théorique avec Panofsky, Lukacs, Benjamin, Foucault, Michel Serres. Il étudie les représentations du fétichisme dans ce qui fut peut-être leur lieu d'élaboration privilégié : le champ culturel français de Charles de Broches à Marcel Mauss, jalonné par des penseurs comme Benjamin Constant, Comte, Renouvier, Binet, Durkheim, Lévy-Bruhl, et par des écrivains comme Restif de La Bretonne, Chateaubriand, Balzac, Maupassant, Jules Verne, Pierre Loti. Il s'agit d'un ouvrage de philosophie plutôt que d'érudition qui sonde la protohistoire des sciences de l'homme, et propose une analyse des illusions d'un savoir en excès qui verse dans l'imaginaire. C'est aussi un essai pour faire parler la littérature et pour élaborer une théorie épistémologique des représentations culturelles concrètes.

Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie

Jérôme Palazzolo
Masson

L'utilisation de la chambre d'isolement connaît une actualité renouvelée dans un contexte de respect accru des droits des malades. S'il est souhaitable et possible de diminuer la fréquence de son emploi et des contentions par une formation des personnels, une utilisation adéquate de la chimiothérapie, un travail d'analyse et de concertation au sein de l'institution sur les procédures en les évaluant et en codifiant leur mise en pratique, il reste des situations où le recours à ces méthodes contraignantes est encore indispensable. Il importe non seulement alors de les appliquer de façon codifiée mais aussi de leur donner un sens dans la relation soignant-soigné. Après un rappel historique, l'auteur effectue une revue de la littérature en rappelant les textes législatifs et réglementaires, Le cadre d'application, le protocole, la fréquence, les contextes de l'utilisation. Les caractéristiques socio-démographiques des patients isolés font l'objet d'une description très précise. Des témoignages de soignants et de patients des cas cliniques variés illustrent les modalités d'application de ces techniques et des annexes fournissent des renseignements pratiques (fiche de surveillance, circulaire Veil du 19 juillet 1993, exemple de protocole de mise en chambre d'isolement).

Ile-de-France : l'ARH demande un nouveau cadre d'action concernant les réorganisations

Constatant la persistance d'obstacles empêchant les restructurations dans sa région, l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France appelle, notamment, à la mise en place d'un nouveau cadre budgétaire et souhaite se voir confier une plus grande autorité sur l'AP-HP.

Six ans après la création des ARH et plus de cinq ans après son installation, l'ARH d'Ile-de-France vient de publier un rapport d'une cinquantaine de pages, dressant le bilan des restructurations menées dans sa région, constatant la persistance d'obstacles et émettant, en conclusion, dix propositions*.

Son directeur, Dominique Coudreau a présenté ce rapport lors de la journée de printemps de l'Union hospitalière régionale de l'Ile-de-France (UHRIF) qui s'est tenue à Villejuif.

Depuis 1997, le paysage hospitalier francilien s'est transformé. Ainsi, l'excédent de chirurgie a été réduit de 5.000 lits, soit 25% de sa capacité. La capacité des soins de suite et de réadaptation a augmenté de 20%, la prise en charge des personnes sous dialyse s'est améliorée et le nombre d'équipements lourds (scanners, IRM...) a progressé. Mais « cette profonde transformation n'est pas allée sans mal », la contrainte budgétaire « sévère et prolongée » a enlevé toute marge de manœuvre aux établissements. Toutes les réorganisations souhaitées n'ont, en outre, pu être menées à bien. En périnatalité, alors que le SROS prévoyait la création de maternités de niveau III hors de Paris à partir de transferts de moyens situés dans la capitale, « ces transferts explicitement prévus se sont avérés malaisés à mettre en œuvre ».

Evoquant, plus généralement, la restructuration des hôpitaux PSPH du Sud de Paris, l'agence indique qu'il s'agit d'une opération à laquelle elle-même et sa commission exécutive ont consacré « beaucoup d'énergie » mais « avec le sentiment de n'être ni toujours compris ni toujours soutenus par le niveau national ». Les aléas dans la restructuration de l'hôpital Saint-Michel montrent que « l'absence de capacité de l'Etat à imposer les préconisations du SROS à un établissement privé qui les refuse, est une véritable limite au regard de la mission confiée aux ARH ». « L'interférence du niveau national dans la conduite des restructurations, en dehors d'une réelle concertation avec l'ARH, est source de difficultés surtout lorsque c'est à l'ARH de supporter sur sa propre dotation, les conséquences budgétaires des décisions auxquelles elle n'a pas été associée ».

Plusieurs « obstacles persistants » tiennent à des facteurs inhérents à l'organisation actuelle de l'hospitalisation en France, notamment au système d'allocation de ressources « opaque et insuffisamment incitatif » aux nécessaires adaptations franciliennes.

Alors que les dépenses de personnel représentent deux-tiers des coûts en MCO et nettement plus en psychiatrie ou en soins de suite, « l'absence de la gestion des ressources humaines dans le champ de compétence des agences limite gravement leur capacité d'action ».

Le partage de responsabilités se montre ainsi « incertain » pour la gestion des médecins des hôpitaux publics. Or « l'absence de mobilité des praticiens en dehors du volontariat est un obstacle quasi insurmontable pour la mise en œuvre des restructurations ».

Le corps des directeurs d'hôpitaux

La nomination, la notation et l'avancement du corps des directeurs relèvent d'autorités publiques nationales ou départementales sans responsabilité directe dans la politique hospitalière régionale, ce qui « n'est pas cohérent avec les responsabilités confiées aux agences ».

Estimant que la difficulté serait moindre si le niveau national gérait le corps des directeurs avec une capacité suffisante à assurer la « mobilité » de ses membres et la « promotion » de ses meilleurs éléments, l'ARH Ile-de-France précise qu'elle « ne compte plus les notes adressées aux ministres, à leurs cabinets et à la DHOS pour demander que les meilleurs directeurs franciliens soient « promus » et que ceux en difficulté se voient proposer des postes adaptés ».

Un enchevêtrement de priorités de santé publique

Les obstacles aux restructurations tiennent aussi à « l'enchevêtrement de priorités insuffisamment compatibles elles ».

En effet, et la définition de programmes nationaux pour les principales pathologies, et l'élaboration de normes, se traduisent par une « multiplication des réglementations et priorités de santé nouvelles » et des financements fléchés. « La pratique des enveloppes fléchées définies au niveau national sans concertation avec les ARH est une source de graves dysfonctionnements ». Elle « interfère, en outre, gravement avec la politique des contrats d'objectifs et de moyens ». « Ainsi, elle conduit l'Institut Gustave Roussy, l'établissement le plus coûteux de la région, lié à l'ARH par un contrat, à réclamer sa quote-part au titre des molécules onéreuses alors qu'il dispose de moyens très supérieurs à ceux des autres centres de lutte contre le cancer et que le COM a justement pour objet de réduire cet écart ».

Une autre série d'obstacles aux restructurations tient au mode d'organisation de l'ARH, en particulier à la « faiblesse » de l'effectif de l'agence qui ne compte actuellement que 15 personnes et à la « redondance de compétence » entre l'agence et la DRASS.

AP-HP : une exception qui présente plusieurs inconvénients

Enfin, dernier obstacle : « l'exception institutionnelle » de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Les compétences financières, le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens sont une attribution du ministre qui les exerce par l'intermédiaire d'un conseil de tutelle composé de directeurs d'administration centrale appartenant à plusieurs ministères ainsi que de directeur de l'ARH. Une telle « exception » présente plusieurs « inconvénients », notamment de freiner la capacité d'adaptation de l'institution et d'empêcher la réalisation d'objectifs du SROS. L'agence indique que le pilotage direct, au niveau national, de la négociation de l'ARTT de l'AP-HP sans que la moindre information lui soit adressée, lui a posé des problèmes pour la gestion du dossier dans les autres hôpitaux.

Pour mettre fin à ces différents blocages et rendre possible la poursuite de la modernisation des hôpitaux et des cliniques d'Ile-de-France, l'agence émet dix propositions à la fin de son rapport.

Plus de 2 milliards d'euros pour rénover les hôpitaux

Estimant, qu'à l'horizon de dix ans, l'armature hospitalière francilienne sera faite de quelques dizaines de grands établissements principalement publics, mais aussi PSPH et lucratifs, elle appelle à une modification « profonde » du cadre budgétaire actuel et de la politique de péréquation. Elle demande, à cet égard, que les besoins de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation soient mieux pris en compte ainsi que les surcoûts liés à la région.

Elle estime, également, qu'un programme de rénovation « massif », d'un montant supérieur à 2 milliards d'euros, doit être « impérativement » engagé pour corriger les effets du vieillissement du parc immobilier hospitalier public. Elle insiste pour que la tarification à la pathologie soit « généralisée » et indique même que la région est « volontaire pour en tester la faisabilité ».

Concernant l'AP-HP, elle demande que les réformes engagées soient poursuivies et que le secrétariat du conseil de tutelle et, en conséquence, la coordination de la tutelle de l'Etat, lui soit confiée. « De même, si l'arrêté fixant le budget de l'AP-HP restait de niveau ministériel, c'est à l'ARH qu'il reviendrait d'en organiser la négociation avec l'AP-HP ».

Parmi ses autres propositions, l'agence propose d'accompagner le SROS par l'étude approfondie des perspectives démographiques des personnels hospitaliers et de donner au futur SROS, une dimension économique dans son élaboration et dans sa mise en œuvre.

L'inclusion de cette dimension économique consisterait à compléter l'analyse quantitative des besoins par bassin de vie « par une analyse de la performance économique des services existants ». « La responsabilité de la prise en charge serait confiée aux pôles économiquement performants » et permettrait de rendre des moyens disponibles pour le renforcement de pôles et le développement de nouvelles activités.

Contractualiser avec la tutelle

Globalement, l'agence propose d'inscrire ces différentes dispositions dans un contrat d'objectifs et de moyens négocié entre son autorité de tutelle et elle-même. Ce contrat permettrait d'accompagner la démarche générale de l'agence et de valider ses principaux choix. En contrepartie, il définirait les ressources nécessaires à la mise en œuvre de cette politique dans un cadre pluriannuel.

L'agence se déclare prête à engager la négociation de ce contrat dès le second semestre 2002 « de manière à ce que l'ONDAM hospitalier pour 2003 et les modalités de la péréquation budgétaire soient aménagées en conséquence ». ■

* « 1997-2002, un bilan pour rendre compte ; des propositions pour avancer », rapport disponible sur le site www.cramif.fr

LIVRES

Tel climat, quelle santé ?

Maurice Huet
L'Harmattan

Cet ouvrage a pour ambition de dresser un état des lieux critique des connaissances actuelles des relations entre le climat et la santé humaine, c'est-à-dire de cette nouvelle science qu'est la bioclimatologie humaine. L'auteur s'appuie sur de nombreuses références de spécialistes en la matière, tel J.P. Besancenot du CNRS de Dijon. Il suit le cheminement classique adopté dans cette discipline et qui consiste en l'étude séparée de la surexposition aux différents facteurs climatiques et de la météoroscience des personnes. Ce livre se veut un manuel de « bonnes conduites » à suivre vis-à-vis des aléas climatiques de la vie courante pour celui que l'auteur nomme le « Français moyen », autrement dit le non spécialiste.

La première partie est très intéressante et propose de bonnes analyses des paramètres météorologiques et de leurs effets sur la santé. Maurice Huet part en croisade contre les idées toutes faites sur les relations climat-santé du français moyen et tente d'expliquer quelles sont les véritables certitudes et interrogations à partir d'études antérieures bien analysées. La seconde moitié de l'ouvrage expose certaines maladies saisonnières et leurs relations avec quelques éléments du climat. Seuls les liens avec certaines pathologies, comme l'infarctus du myocarde, basés sur une critique d'études météoropathologiques pertinentes y sont justement abordées. On pourra, en effet, regretter que l'auteur ne s'en tienne qu'à des constatations plus banales pour les autres maladies citées, et l'oubli de la pathologie psychiatrique, pourtant si sujette à des études de ce type.

L'objectif de l'auteur, qui est de débarrasser le lecteur de ses idées reçues sur le

sujet, est bien ressenti et peut-être même trop, son sensible accent moralisateur dans la conduite des conseils à suivre peut quelque peu gêner. Néanmoins, il semble qu'il ne perde pas de vue les principaux points de la bioclimatologie humaine et les corrélations entre le temps et les maladies sont bien présentées comme n'étant pas des explications rationnelles uniques. Maurice Huet loue, aussi, les bénéfices que peut encore apporter cette science et pense, à juste titre semble-t-il, que les éléments du climat, isolés ou juxtaposés, acquerront une valeur prédictive et contribueront à améliorer la santé. Enfin, l'auteur n'oublie pas de souligner un point primordial dans l'étude des facteurs de risques et la recherche de la « bonne santé » : la très certaine intervention combinée de plusieurs paramètres environnementaux dont le climat n'est qu'une des composantes.

F. Denis

L'enfant et le couple en crise Du conflit psychologique au contentieux juridique

Jean-Luc Viaux
Dunod

Essai de clarification sur les liens entre conflit familial et contentieux judiciaire, cet ouvrage se présente comme une réflexion sur la complexité des enjeux psychologiques de la séparation parentale, à travers son expression juridique : quel sens attribuer, par exemple, à une demande de reconnaissance de paternité, d'attribution d'un droit de visite, d'un changement de résidence, de la proclamation que l'autre est un mauvais parent ?

Dessinant l'image actuelle de la parentalité, l'auteur s'interroge sur le devenir de la fonction parentale sous sa mise en forme juridique d'« exercice commun de l'autorité parentale ». Il analyse la place que tient l'enfant dans l'économie du conflit entre adultes et décrypte le sens de sa parole face à ses parents en conflit.

LIVRES

11 septembre 2001**Folies et cultures***Sud/Nord Folies & Cultures n°16*

Dans l'immédiat « après 11 septembre », les amis de *Sud/Nord*, auteurs et lecteurs, ont fait parvenir leurs réactions à ces événements dramatiques qui ne sauraient masquer l'état, lui-même dramatique, de bien des lieux de la planète et le sort tragique de bien des peuples, mais qui en sont plutôt l'épouvantable emblème. Les enchaînements de tragédies humaines, d'exacerbation des haines, et de multiplication des crimes qui ont suivi le 11 septembre 2001 sont bien loin d'être aujourd'hui apaisés. Et, au Moyen Orient, le sort des Palestiniens et des Israéliens en illustre hélas les aspects cataclysmiques.

Les constitutions psychiques

R. Allendy, H. Codet, H. Hey,

R. Loewenstein, F. Minkowska,

E. Minkowski, G. Robin

Présentation de Jacques Chazaud

L'Harmattan

Il s'agit du numéro 4 de la seconde série de l'*Evolution Psychiatrique* (1932) qui rend compte d'un moment très particulier en reproduisant la confrontation de 1925 qui a eu lieu entre les plus grands psychiatres de l'époque, cliniciens, phénoménologues, psychanalystes, sous l'égide de la *Société de l'Evolution Psychiatrique*. Une fois déchu la référence à la « Dégénérescence », les psychopathologues ont cherché un nouveau modèle des maladies mentales dans la « Constitution ». Celle-ci devait permettre une typologie recouvrant, par degrés insensibles, le mode d'être de l'individu et le genre de psychose à laquelle il se trouvait prédisposé... Ce nouveau paradigme devait rapidement entraîner, à son tour, des discussions critiques et entraîner de nombreux débats.

L'animation dans les établissements pour personnes âgées**Manuel des pratiques professionnelles**Richard Vercauteren, Bernard Hervy
en collaboration avec Anne Huot*Erès*

Les auteurs, sociologue, animateur, formateur, proposent dans ce manuel des pratiques professionnelles. A partir de leur perception des différentes animations possibles, ils illustrent leur propos et donnent des outils. A la fois historique, réflexif et concret, cet ouvrage soutient une animation référée à une qualité de vie fondée sur l'harmonie personnalisée à partir des attentes individuelles et non sur la standardisation d'approches collectives et systématiques. Il développe une méthodologie et analyse la place des différents acteurs (animateurs, équipes, bénévoles, familles).

Action sociale et qualité sociale

Jean-Marc Dutrenit

L'Harmattan

L'auteur parvient à définir une méthodologie de *démarche qualité spécifiquement sociale*. Les exemples sont empruntés à son expérience dans le champ de l'Action Sociale : polyvalence de secteur dans un département, développement de quartier, travail en établissement médico-social, étude prospectives pour la gestion de l'hébergement des handicapés et des personnes âgées. Tous résultent de recherches interactives et de formations de professionnels de terrain ayant appliqué ces démarches à leur pratique.

ANNONCES EN BREF

12 au 14 septembre 2002. Brest. 34^{èmes} Journées du Groupement d'études et de Prévention du Suicide et 45^{èmes} Journées de la Société de Psychologie Médicale et de Psychiatrie de liaison de langue française sur le thème : *Secrets, confidences, responsabilités*. Adressez les bulletins d'inscription et les propositions de communication à : ABREP, COngrès 2002, Hôpital de Bohars, Secrétariat Secteur 1, 29820 Bohars. Ou sur le site : <http://congres-brest2002.ifrance.com>.

19 et 20 septembre 2002. Journées Montpellieraines de Psychiatrie de l'enfant et des Professions Associées, organisées par l'AFree et les services de médecine psychologique enfants-adolescents du CHU, sur le thème : *Enfant agressif, enfant agressé. De la provocation à la crainte d'effondrement. Quelles réponses ?* Renseignements : Secrétariat des Journées, médecine psychologique enfants/adolescents, Hôpital Saint-Eloi, 34295 Montpellier cedex 5. Joëlle Meirargues. Tél. : 04 67 33 60 09 (après-midi).

21 septembre 2002. Chambéry. XV^{ème} Journée de Chambéry sur le thème : *Famille, violence, incestualité. La psychanalyse face à la transmission entre les générations et à ses avatars*, organisé par le Cercle d'études psychanalytiques des Savoie et le Groupe Lyonnais de la Société Psychanalytique de Paris. Renseignements : CEPS-SPP@netcourrier.com. Répondeur-fax : 04 50 51 17 35. Fax : 04 79 85 34 11.

23 au 25 septembre 2002. Tours. 51^{èmes} Journées Nationales de Formation Continue de la Fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine sur le thème : *Psychiatrie, Santé Mentale, Santé Publique*. Renseignements : 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 : croixmarine.com.

26 et 27 septembre 2002. Limoges. 11^e congrès international de psychogériatrie et 18^e congrès de la Société de Psychogériatrie de Langue Française sur le thème : *Troubles psychiatriques du sujet âgé et organicité*. Renseignements : SHU de psychiatrie, Pr Clément, CH Esquirol, 15 rue du Dr Marcland, 87025 Limoges cedex. Tél. : 05 55 43 11 92. Fax : 05 55 43 11 95.

5 octobre 2002. Paris. 17^{ème} Journée d'Etudes de l'EPCI sur le thème : *Le sexe et l'effroi. Viol, inceste, pédophilie... entre écoute et répression*. Inscriptions : Ecole de Propédeutique à la Connaissance de l'Inconscient, 1 rue Pierre Bourdan, 75012 Paris. Tél. : 01 43 07 89 26.

10 et 11 octobre 2002. Paris. Réunion de la Société Française d'Alcoolologie sur le thème : *Conduites d'alcoolisation au cours de la gros-*

sesse. Inscription : Princeps/SFA, 64 ave du Général De Gaulle, 92130 Issy-les-Moulineaux. Tél. : 01 46 38 24 14. Fax : 01 40 95 72 15.

11 et 12 octobre 2002. Avignon. XXXI^e Journées nationales de psychiatrie privée sur le thème : *L'intime et l'argent*. Renseignements : AFPEP, 141 rue de Charenton, 75012 Paris. Tél. : 01 43 46 25 55. Fax : 01 43 46 25 56.

12 octobre 2002. Paris. Journée d'étude annuelle sur le thème : *Théâtre et écriture*. Renseignements : Secrétariat du CEE. Tél. : 101 45 89 21 51. cee@chsa.broca.inserm.fr.

18 octobre 2002. Paris. Colloque organisé par la Clinique Médico-Universitaire Georges Heuyer, sous la présidence du Pr Michel Soulé, sur le thème : *Adolescence, Psychologie et Adoption : quelles singularités ?* Renseignements et inscriptions : Mme Bigand, Clinique Médico-Universitaire Georges Heuyer, 6 rue du Conventionnel Chiappe, 75013 Paris. Tél. : 01 45 85 25 17. Fax : 01 53 60 07 89. E-mail : cmu.georges.heuyer@wanadoo.fr.

20 octobre 2002. Paris. Journée d'Automne de la SFPE, en association avec la Société Médico-Psychologique sur le thème : *Cinéma, théâtre, art lyrique et psychiatrie*. Inscriptions : SFPE, D. de Miscault, 68 ave d'Italie, 75013 Paris. Tél./fax : 01 45 88 88 25. dominique-demiscault@noos.fr.

21 et 22 octobre 2002. Paris. Colloque organisé par la Fédération Française de Santé Mentale et le Collège des Haute Etudes en sciences médico-sociales et médico-judiciaire sur le thème : *Bioéthique et santé mentale : sexualité et handicap*. Renseignements : FFSM, 29 ave Rapp, 75007 Paris. Tél. : 01 45 51 42 96. Fax : 01 45 51 83 122. Site : www.chez.com/ffsm/. E-mail : ffsm@libertysurf.fr.

7 au 9 novembre 2002. Bruxelles. Congrès Européen Francophone sur le thème : *Penser la psychose : du traitement à l'accompagnement* organisé par la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, en collaboration avec l'Union Internationale d'Aide à la Santé Mentale et l'Association Française de Psychiatrie. Renseignements et pré-inscriptions : Secrétariat du Congrès, Eric Messens, 53 rue du Président, 1050 Bruxelles, Belgique. Tél. : 0032 (0)2 511 55 33. Fax : 0032 (0)2 511 52 76. E-mail : lbsfm@skynet.be.

15 novembre 2002. Paris. Colloque organisé par la Fondation de France et l'Ecole des parents et des éducateurs IDF sur le thème : *Quand l'adolescent appelle*. Renseignements : Fondation de France. Tél. : 01 44 21 31 28.

15 et 16 novembre 2002. Avignon. 5^e Colloque de Pédiatrie et Psychanalyse organisé par le *Journal des psychologues*, l'Association pour les Etudes freudiennes, la Société de médecine et psychanalyse et le CRPM, université de Paris VII sur le thème : *La guérison*

aujourd'hui : réalités et fantasmes. Renseignements et inscriptions : *Journal des Psychologues*, 8 rue de l'Hôpital Saint-Louis, 75010 Paris.

16 novembre 2002. Paris. 1^{er} Forum Patients-Médecins « Se soigner aujourd'hui ». L'une des conférences organisées lors de ce Forum a pour thème : *Schizophrénie, nécessaire alliance thérapeutique entre médecins et patients*, en partenariat avec Bristol-Myers Squibb. Renseignements : Isabelle Cazoria, tél. : 01 55 33 68 86. icazorla@ibbsante.fr.

16 et 17 novembre 2002. Paris. XXXI^{èmes} Journées de l'Ecole de la Cause Freudienne sur le thème : *La psychanalyse appliquée et la pratique en institution*. Renseignements et inscriptions : ECF, 1 rue Huysmans, 75006 Paris. Tél. : 01 45 49 02 68. Fax : 01 42 84 29 76. E-mail : ecf@amp-ecf.org.

20 au 22 novembre 2002. Paris. Rencontres nationales vidéo en santé mentale. Renseignements et inscriptions : Christine Weber. Tél. : 01 55 25 35 94. Fax : 01 55 25 35 90. Daniel Simonnet. Tél. : 06 10 08 31 88. cweber@ch-maison-blanche.fr.

20 au 22 novembre 2002. Journées d'étude de la Fédération Nationale des Services Sociaux Spécialisés de Protection de l'Enfance et de l'Adolescence en Danger sur le thème : *Plaidoyer pour l'éducation dans la protection de l'enfance*. Inscription : Secrétariat de la FN3S, 36 route de l'Ormeau, 86180 Bexerolles. Tél. : 05 49 30 05 00. Fax : 05 49 38 38 01.

22 novembre 2002. Paris. Colloque organisé par la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et disciplines associées sur le thème : *L'enfant et les catastrophes*. Inscriptions : Mme Finucci, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital de la Salpêtrière, 47 bd de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13. Tél. : 01 42 16 23 51 tous les matins de 10h à 13h. Fax : 01 42 16 23 121.

22 au 24 novembre 2002. Paris. Rencontre organisée par l'Association Psychanalyse et Médecine sur le thème : *La Livre de chair au vif du sujet*. Renseignements et inscriptions : Association Psychanalyse et Médecine, 72 rue St-André-des-Arts, 75006 Paris. Fax : 01 46 33 11 74. E-mail : psymed@club-internet.fr.

23 et 24 novembre 2002. Paris. Colloque ouvert de la Société Psychanalytique de Paris sur le thème : *Dialogues entre la société Psychanalytique de Paris et ses interlocuteurs*. Renseignements : Société Psychanalytique de Paris, 187 rue Saint-Jacques, 75005 Paris. Tél. : 01 43 29 66 70.

25 et 26 novembre 2002. Versailles. 5^e Congrès de Maternologie et périnatalité sur le thème : *Les visages de l'allaitement*. Renseignements : Association Française de Maternologie, 11 square Anatole France, 78210 Saint-Cyr-l'Ecole. Tél. : 01 30 23 03 17.

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