

LE JOURNAL DE NERVURE

Directeur de la publication et de la rédaction : G. Massé
 Rédacteur en chef : F. Caroli
 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° 9 - Tome XV -
 Décembre 2002/Janvier 2003

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

Constantin Xypas*

Jean Piaget (1896-1980), initiateur inattendu de la psychanalyse en France⁽¹⁾

LIVRES

Thérapies de groupe brèves Conduites et illustrations cliniques

José Guimon et Béatrice Weber-
 Rouget
 Masson

Ardent plaidoyer chiffré (!) pour les thérapies de groupe brèves : « Si nous observons la « relation dose-réponse » d'une psychothérapie (...) le dosage représentant alors le nombre d'heures de contact, on voit que l'amélioration est rapide pour 50% des patients tout au long des deux premiers mois, avec une forte amélioration pour encore 25% d'entre eux au cours des quatre mois suivants. Après quoi la courbe monte bien plus lentement (...) ». Tout un programme, donc : « On constate que six à huit séances sur une période de douze semaines représentent une « dose » d'exposition efficace au traitement ». On l'aura compris, il ne s'agit donc pas des psychothérapies psychanalytiques, de longue durée, elles, mais de thérapies à références cognitivo-comportementales, systémiques et/ou psycho-éducatives, qui représentent la majorité des thérapies de groupe brèves pratiquées en Suisse. Les troubles cliniques bénéficiant de ce type de thérapies sont, pour les auteurs, la dépression, la boulimie, la « crise », les troubles schizo-phréniques, les addictions, les patients border-line, les retards mentaux. Un dernier chapitre fait le point sur les aspects méthodologiques de la recherche sur l'évaluation de la thérapie de groupe.

M. Goutal

Paroles d'alcooliques Discours, interaction, subjectivité

François Perea
 L'Harmattan

Cet ouvrage analyse les paroles d'alcooliques qui ne sont pas des témoignages de repentis, n'ont pas été entendus dans une contexte clinique, mais qui ont été recueillis aux comptoirs de bistros, lors de conversations ordinaires. Après avoir situé les pratiques de consommation d'alcool dans le cadre culturel, l'auteur étudie les discours et les interactions des alcooliques : il observe l'égotisme, les inscriptions subjectives, les fixations, les occultations, les défaillances du rapport au temps et à autrui. Il s'interroge, ensuite, sur une conception du sujet alcoolique qui se dessine à travers ses productions et son comportement langagier. Il rencontre ainsi les questionnements centraux de l'alcoolologie : dénis, fonctions de la parole et de l'alcool, travail identitaire et subjectif, défi de l'autre...

Le 15 décembre 1919, à la demande du Dr Simon alors président de la Société Alfred Binet, Piaget, âgé à peine de vingt-trois ans, prononce une conférence intitulée : « La psychanalyse dans ses rapports avec la psychologie de l'enfant »⁽²⁾. Ce texte méconnu mérite que l'on s'y attarde, à plus d'un titre. Au niveau du cheminement intellectuel de Piaget, d'abord, car il s'agit de sa toute première publication psychologique et il est intéressant de constater que celui qui devint le spécialiste de la psychologie de l'intelligence, est entré en scène par la psychanalyse. Au niveau de l'histoire de la psychanalyse en France, ensuite, car on ne dispose que de très peu de textes avant les années trente. L'article de Piaget, long de 35 pages, présente de manière critique les thèses de Freud et d'Adler, à une époque où pratiquement aucun texte de ces deux auteurs n'était traduit en français.

Quelques mois plus tard, en 1920, Oskar Pfister, pasteur, éducateur et psychanalyste suisse, publie un compte rendu dans la revue *Imago* intitulé *Jean Piaget : la psychanalyse et la pédagogie*. L'auteur commente, de manière élogieuse, la conférence parisienne du jeune naturaliste. Rappelons qu'*Imago*, la première revue de psychanalyse, est publiée à Vienne, en allemand bien sûr, par les proches collaborateurs du docteur Freud. Voici le début : « Après avoir consacré sa thèse de doctorat en sciences naturelles aux mollusques de la vallée du Rhône, une thèse très remarquée, Jean Piaget se tourna vers la psychologie et la philosophie qui lui vaudront sans doute des succès plus grands encore. C'est à la Sorbonne, à Paris, qu'il envisage de terminer ses études. Avant de prendre ce tournant, il s'était, avec une grande énergie, initié de façon théorique et pratique à la psychanalyse, dont la grandeur l'impressionnait profondément. Le présent exposé fut présenté lors de l'assemblée générale de la Société Binet, qui, en confiant cette tâche au jeune savant, ne lui fit pas un mince honneur. Le Dr Piaget s'est excellemment acquitté de sa difficile mission » (les italiques sont de nous)⁽³⁾. L'intitulé même du compte rendu mérite que l'on s'y attarde : *Jean Piaget : la psychanalyse et la pédagogie*. La première partie met en valeur un nom, non pas celui d'un psychiatre, mais d'un spécialiste des... mollusques, alors que la seconde associe psychanalyse et pédagogie. Il ne fait pas de doute qu'aux yeux de Pfister la conférence du 15 décembre 1919 était l'acte de naissance d'un grand psychologue. Ne lui prédit-il pas dans ce domaine « des succès plus grands encore » ? Pourquoi tant d'honneur pour un jeune homme de vingt-trois ans ? Comment un docteur en sciences naturelles est-il arrivé à la psychanalyse ? Pourquoi l'avoir quitté et comment a-t-il rencontré la psychologie de l'intelligence ?

LA JEUNESSE DE JEAN PIAGET

Jean Piaget est né le 9 août 1896, à Neuchâtel, la petite capitale d'une république et canton suisse, dans une famille de culture et de foi. Son grand-père, Frédéric Piaget, à la tête d'une fabrique d'horlogerie qui exportait jusqu'en Amérique, peut assurer à sa famille un niveau de vie très aisé. Son père, Arthur Piaget, intellectuel brillant et reconnu jusqu'à la prestigieuse Université de Princeton, spécialiste de la philologie romane, docteur ès lettres de l'Université de Genève, a été premier recteur de l'Université de Neuchâtel et premier archiviste de l'État de Neuchâtel. Sa mère, Rébecca Piaget née Jackson, est issue d'une famille d'industriels. Les Jackson, fondateurs des premières aciéries de Saint-Étienne, apparentés aux Peugeot, appartiennent à la

second facteur qui a influencé le début de ma vie, soit l'instabilité de ma mère, et qui lorsque je commençai mes études de psychologie dirigea mon intérêt vers les problèmes de la psychanalyse et de la psychologie pathologique »⁽⁴⁾.

L'IDEAL CHRETIEN DE L'ECOLE DE ZURICH

En 1918, après son doctorat en sciences naturelles, Jean Piaget se rend à Zurich, la capitale protestante de la psychanalyse où il séjourne pendant plusieurs mois. Son but est précis, y étudier la psychanalyse. Pourquoi Zurich et non pas Vienne, la ville de Freud, le berceau de la psychanalyse ?

Zurich, paisible ville de province, était assez proche de la capitale autrichienne pour savoir tout ce qui s'y passait, mais assez éloignée, quant à la mentalité, pour marquer sa spécificité. D'une part, tous les courants y étaient représentés : Jung, exerçant sur place, animait en personne sa propre école ; la « psychologie individuelle » d'Adler, très appréciée dans les milieux pédagogiques, était également très active ; il va de soi que la doctrine freudienne, représentée notamment par Pfister, était parfaitement connue. Mais d'autre part, le mouvement psychanalytique zurichois se singularisait par une double préoccupation : réconcilier la psychanalyse avec le christianisme et l'appliquer à la pédagogie. Il comptait, en effet, de nombreux éducateurs s'inspirant des thèses d'Adler et de Pfister, mais aussi des pasteurs et autres chrétiens convaincus. Jung, le maître de Zurich, n'était-il pas fils de pasteur ?⁽⁵⁾

Trois ans plus tôt, Théodore Flournoy, dans une conférence intitulée notamment « Religion et psychanalyse », expliquait le rôle joué par la question religieuse dans la formation du clivage Zurich/Vienne, qualifiait la ville suisse de « capitale protestante de la psychanalyse »⁽⁶⁾ et opposait la « notion judaïque de la religion » de l'école de Vienne à « l'idéal chrétien de l'école de Zurich » (ibid.). Dans cet environnement si particulier, Pfister tenait un rôle à part. Il était à la fois homme de Freud, selon Piaget⁽⁷⁾, et « homme de Dieu » selon Freud⁽⁸⁾. Étant pédagogue, il était « celui que Freud aimait à citer comme père d'une application psychanalytique à l'éducation, et sur les traces de qui allait marcher Anna Freud. Tenté par les amalgames, l'entreprit en effet de concilier la psychanalyse avec la religion et avec la pédagogie, œuvrant à tout prix pour qu'un baiser d'amour fût donné, même si, dit-on, ce baiser s'avéra parfois un baiser de Judas. Oskar Pfister est ainsi un des notoires représentants de la

*Professeur à l'Université Catholique de l'Ouest, Angers et professeur associé à l'Université de Sherbrooke, Canada.



bourgeoisie protestante française. Parisiens, ils vivent dans un hôtel particulier de la Chaussée-d'Antin. Rébecca Piaget qui a fait des études d'institutrice est la première femme désignée par le parti socialiste pour être élue, en 1912, à la Commission scolaire de Neuchâtel. Militante pour le suffrage féminin, professant des idées socialistes, elle est très engagée dans l'Église Réformée. Voilà pour le côté social.

Sous cette apparence très policée se cache, de l'aveu même de Piaget, une réalité affective pénible : « Ma mère était très intelligente, énergique, et quant au fond, d'une réelle bonté ; mais son tempérament plutôt névrotique rendit notre vie de famille assez difficile. Une des conséquences directes de cette situation, fut que très tôt je négligeai le jeu pour le travail sérieux, tant pour imiter mon père que pour me réfugier dans un monde à la fois personnel et non fictif. A vrai dire, j'ai toujours détesté toute fuite de la réalité, attitude que je mets en relation avec le

LIVRES

Tracas d'ados, soucis de parents

Daniel Marcelli,
Guillemette de La Borie
Albin Michel

Dans la Collection « Questions de parents » Daniel Marcelli s'entretient avec la journaliste Guillemette de La Borie pour répondre à des questions non pas de la pathologie mais de la vie quotidienne. Il recense ainsi cent six questions dans divers chapitres qui sont : « devenir adolescent », « santé », « puberté, sexualité », « vie de famille », « amitié et amour », « passion et activité », « les grands événements de la vie », « les parents face aux adolescents à deux ou seuls », « petites et grosses bêtises », « scolarité, orientation ». Le livre se termine sur les processus de sortie de l'adolescence.

Son but est de s'adresser aux parents et aux adolescents, au grand public donc, pour répertorier les problèmes de la vie quotidienne, et des indications pour réagir de la façon la plus ajustée avec des conseils qui seront toujours des conseils de pondération, entre la banalisation et la dramatisation excessive. Il semble impossible de résumer l'ensemble de toutes ces situations. Nous prendrons pour exemple la question 80 : « il fait des bêtises » où, tour à tour, l'âge des bêtises, leur signification par rapport aux limites, les éléments de l'histoire familiale ainsi mis en évidence, l'angoisse plus ou moins cachée des parents, sont parfaitement repérés. Les indications sur « comment répondre » mettent en garde à la fois contre une inquiétude débordant le problème et empêchant de s'intéresser à l'adolescent, et contre toute forme de complicité qui pousserait l'adolescent à recommencer plus loin la recherche des limites. Ainsi, à travers cette question, l'auteur rappelle qu'il ne sert à rien de se focaliser sur les bêtises de l'adolescent mais bien de le prendre en compte dans sa vie entière. Avec cet exemple, nous avons voulu retracer la tonalité de ce livre, à la fois grand public et ajusté au plus près de la connaissance actuelle de la psychopathologie et du développement de l'adolescence.

M.-J. Guedj

Psychopathologie du travail

Numéro coordonné par Yves Clot
Cliniques Méditerranéennes
Psychanalyse et psychopathologie freudiennes. 2002, n°66

Ce dossier peut paraître inhabituel aux lecteurs de cette revue. C'est que la psychanalyse s'y trouve concernée d'une façon particulière. Les approches cliniques présentées ne cherchent pas à étendre la psychanalyse à un nouveau domaine. En partant de l'histoire de la psychopathologie du travail, elles s'inscrivent plutôt dans un mouvement de sens inverse. Certes, pour ce qui concerne la psychopathologie du travail, dont P. Molinier expose ici les résultats dans le domaine du travail des femmes, la psychanalyse a été, dans un premier temps, un moyen pour transformer les conceptualisations de l'analyse du travail en France. On doit à C. Dejours la relance, sur ces bases, d'une tradition de psychopathologies du travail prisonnière, avant lui, des impasses de la psychiatrie dont I. Billiard cherche à rendre compte. Mais, dans un deuxième temps, dans lequel nous sommes, la psychodynamique du travail retourne le problème et met à son programme la question du sujet en psychanalyse, une fois pris en considération les résultats obtenus dans la clinique du travail qui lui sert de référence.

BIOGRAPHIE (suite)

première pénétration psychanalytique en Suisse, celui par qui l'œuvre freudienne rencontra un milieu protestant, et un terrain pédagogique »⁽⁹⁾.

À Zurich le jeune naturaliste lit Freud et la revue *Imago*, écoute les conférences de Jung et d'Oskar Pfister, assiste aux cours de psychiatrie d'Eugen Bleuler, (l'inventeur de la « pensée autistique », concept que Piaget transformera plus tard en « pensée égocentrique »). Voilà pour sa formation théorique. Parallèlement, il « fait une psychanalyse didactique avec une élève directe de Freud. Tous les matins, à huit heures, pendant huit mois »⁽¹⁰⁾. Au détour d'une phrase où il est question des « cinq dernières personnes que j'ai analysées... », le jeune conférencier nous dévoile qu'il pratiqua la psychanalyse sur plus de cinq patients ! Cette pratique est confirmée par ses contemporains, Pfister d'abord, Spielrein ensuite qui dans deux de ses écrits le dit « psychanalyste »⁽¹¹⁾.

Pendant son séjour à Zurich le jeune Piaget se fait remarquer, selon Pfister, par son intelligence et sa précocité, son expérience personnelle et son apport théorique. Mais il existe probablement un autre facteur qui joue en sa faveur : le Dr Piaget est de langue française et le mouvement psychanalytique veut se propager en France où « le jeune savant », selon l'expression de Pfister, a l'intention de se rendre. Apparemment, on compte sur lui...

LA FRANCE REFRACTAIRE A LA PSYCHANALYSE

À la rentrée suivante, Piaget est donc à Paris où il séjourne deux ans (1919-1921). Il suit les cours de psychiatrie de Georges Dumas à l'hôpital Sainte-Anne, et étudie en auditeur libre la logique et la philosophie des sciences avec Lalande et Brunschvicg. Muni d'une recommandation de Pierre Bovet, il entre en contact avec le docteur Simon, qui met à sa disposition le laboratoire de Binet à l'école de la rue de la Grange-aux-Belles ; il lui fixe pour mission de standardiser en français les « tests de Cyril Burt : tests anglais d'intelligence, remarquables par le fait qu'ils étaient tous moulés sur des opérations logiques particulières »⁽¹²⁾. C'est alors que l'intuition du chercheur entre en scène et que, ce qui ne devait être qu'une tâche technique, se transforme en découverte fondamentale : dès ses premiers entretiens avec les écoliers, Piaget s'intéresse peu au dénombrement des succès et des échecs au niveau statistique ; « il était beaucoup plus intéressant de découvrir les raisons des échecs »⁽¹³⁾.

Voici la suite racontée avec beaucoup d'humour et non sans quelque coquetterie, en 1975, lors d'une seconde conférence à cette même Société : « Simon s'est vengé de mon indépendance en me demandant une conférence sur la psychanalyse. (...) Personne n'en discutait à cette époque, sauf les psychiatres, bien entendu, mais personne en pédagogie. Je garde un vif souvenir de cette conférence qui provoqua un scandale épouvantable. Tout ce que je racontais déclenchait des huées dans l'auditoire. Simon, à côté de moi, gardait un sourire imperturbable et continu. Si le public avait disposé d'œufs pourris et de tomates, je ne sais pas comment je serais sorti de cette affaire »⁽¹⁴⁾.

Il est certain qu'en France, en 1919, la psychanalyse était pratiquement inconnue. Freud lui-même, retraçant en 1914 l'histoire du mouvement psychanalytique, ne dit pas autre chose : « De tous les pays européens, c'est la France qui, jusqu'à présent, s'est montrée la plus réfractaire à la psychanalyse »⁽¹⁵⁾. En fait, des dix livres de Freud déjà publiés en 1919, aucun n'est traduit dans la langue de Molière. Il en va de même de ses nombreux

LES STADES DU DÉVELOPPEMENT AFFECTIF SELON PIAGET

Constantin Xypas
L'Harmattan

En s'intéressant à l'affectivité, Piaget cherche à répondre à deux questions. La première concerne les relations entre l'intelligence et l'affectivité, la seconde porte sur la genèse psychologique de la morale : Comment l'enfant construit-il ses sentiments moraux, une échelle de valeurs et des idéaux ? Ce livre expose la théorie complète de Jean Piaget sur l'affectivité, notamment ses stades du développement affectif. Il s'appuie sur les cours que le maître dispensa à la Sorbonne en 1953-1954.

articles, qui n'ont été publiés en français qu'après 1927, année de la création de la *Revue française de Psychanalyse*⁽¹⁶⁾. Comme l'indique le tableau ci-dessous, les traductions en français ont un décalage de plusieurs années.

Publication originale	Traduction française
1900- <i>L'interprétation des rêves</i>	1926
1901- <i>Le rêve et son interprétation</i>	1925
1901- <i>Psychopathologie de la vie quotidienne</i>	1922
1905- <i>Trois essais sur la théorie de la sexualité</i>	1923
1905- <i>Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient</i>	1930
1907- <i>Délires et rêves dans la « Gradiva » de Jensen</i>	1931
1910- <i>Cinq leçons sur la psychanalyse</i>	1921
1910- <i>Un souvenir d'enfance de L. de Vinci</i>	1927
1913- <i>Totem et tabou</i>	1923
1917- <i>Introduction à la psychanalyse</i>	1922

En 1919, Piaget a donc raison d'écrire à propos de la psychanalyse que « personne n'en discutait à cette époque ». Il était parfaitement conscient de faire partie des pionniers et c'est, en toute simplicité, que quelques mois plus tard, le 8 octobre 1920, il devient membre de la prestigieuse Société suisse de Psychanalyse, de laquelle il démissionnera en 1936. Voilà donc une première surprise : découvrir que Piaget a eu les trois attributs formels du psychanalyste, à savoir l'analyse didactique, l'expérience analytique et l'admission à une Société de psychanalyse. Ajoutons à cela une connaissance approfondie de la théorie et la reconnaissance de ses pairs comme l'indique clairement le compte-rendu de Pfister dans la revue *Imago*. Pourtant, jamais Piaget ne s'est présenté comme psychanalyste, pas même en 1919. Pourquoi ? Vocation ratée ? La conférence contient la réponse : le désaccord fondamental avec Freud, connu par ses cours à la Sorbonne de 1953-1954, remonte en fait à 1919 ! Et c'est la seconde surprise.

UNE LECTURE CRITIQUE DE FREUD

Le texte de Piaget fut publié en deux parties dans les numéros 131, janvier 1920 (1) et 132-133, février mars 1920 (2-3) du *Bulletin de l'Association Alfred Binet*. Il comporte une brève introduction (pp. 18-19 du n° 131) et

trois parties : I. *La doctrine de Freud*, (pp. 20-34 du n° 131) ; II. *Adler et l'école zürichoise*⁽¹⁷⁾, (pp. 41-47 du n° 132-133) ; III. *Applications à la pédagogie*, (pp. 47-58 du n° 132-133).

Remarquons que le texte totalise trente-cinq pages, ce qui rend improbable qu'il ait été prononcé sous cette forme, qu'il occupe une part importante de chaque numéro et qu'il paraît très peu de temps après la conférence du 15 décembre. Tout semble indiquer que le docteur Simon a beaucoup apprécié cette présentation critique des trois courants psychanalytiques, la première publiée en France !⁽¹⁸⁾ Les lignes qui suivent n'en constituent pas un résumé, mais une reconstruction de type herméneutique. Cette relecture n'est possible qu'en intégrant ce texte dans la trajectoire intellectuelle de Piaget : de nombreux éléments figurant explicitement dans ses écrits de la maturité trouvent une première formulation dans cet écrit de jeunesse. De même, la conférence de 1919 nous procure un nouvel éclairage quant à certaines positions de sa maturité.

De manière générale, le jeune Piaget considère les théories d'Adler et de Freud complémentaires plutôt que rivales : « *Tout compte fait, il y a accord intime entre les idées d'Adler et ce qui est juste dans Freud* » (id. p. 46). Cette opinion que Jung et ses disciples répétaient à chaque conférence était très répandue à Zurich⁽¹⁹⁾. Mais le jeune conférencier se montre très circonspect à l'égard de l'école de Jung dont il qualifie les « créations actuelles (de) très aventureuses » (id. p. 47). Le positionnement de Piaget à l'égard des trois grands courants de la psychanalyse est, depuis, quasiment définitif. Il est significatif que trente-cinq ans plus tard, en 1954, Piaget confirmera son respect critique à l'égard de Freud (Cours de Sorbonne) et une certaine condescendance à l'égard de Jung, alors même qu'il lui rédige un hommage nécrologique⁽²⁰⁾. Quant à Adler, Piaget le mentionnera de moins en moins. Pourtant, il lui doit quelques-unes des idées que l'on retrouvera dans le *Juge-*

(suite p.4)

**L'AUTRE PIAGET
Cheminement intellectuel d'un éducateur d'humanité**

Constantin Xypas
L'Harmattan

Ce livre comporte trois parties. La première présente les deux aspects de Piaget de manière volontairement contrastée : l'épistémologiste au crépuscule d'une vie bien remplie et l'idéaliste à l'aube d'une vie pleine de promesses. La deuxième partie présente les trois soucis du projet humaniste de Piaget : la biologie, la psychanalyse et le christianisme. Quant à la troisième partie, elle aborde ses idées éducatives. Enfin, en guise d'épilogue, l'auteur tente d'expliquer le « cas Piaget » : pourquoi un naturaliste aussi précoce interrompt-il sa carrière à vingt-trois ans ? Par ailleurs, comment ne pas être frappé en voyant que ses publications en malacologie sont soit des classifications, soit des réflexions de type philosophique ? Comment pouvait-il être conventionnel dans la discipline où il était formé, expérimenté et reconnu par ses pairs, et se montrer révolutionnaire en psychologie de l'enfant, où il était autodidacte ? N'ayant pas trouvé la réponse dans les écrits de Piaget, Constantin Xypas interroge les théories de la connaissance de Thomas Kuhn, de Paul Feyerabend et de Louis Feuer en établissant un parallèle avec le cas, bien connu, d'Einstein.

La psychanalyse

La psychanalyse créée par Freud, propose au sujet qui veut en savoir plus sur lui-même, un dispositif très précis pour pouvoir dire ce qu'il est. Dans le cadre strictement confidentiel de séances de psychanalyse, le sujet doit dire tout ce qui lui vient à l'esprit. La présence réelle et attentive du psychanalyste l'y invite, de même ses rares interventions qui ont pour le sujet valeur d'interprétation. Le sujet, aidé par la présence de l'analyste et ses interventions, élabore un savoir sur lui. Ce n'est, en aucun cas, un savoir élaboré par l'analyste sur le sujet. Et c'est ce qui permet qu'il y ait psychanalyse.

On comprend mieux pourquoi il ne peut y avoir de psychanalyste, et par conséquent de psychanalyse, sans éthique.

C'est dans ce cadre précis et seulement celui-là, que Freud puis Lacan ont pu développer tout ce qui fait la richesse de leur enseignement sur le sujet et sa structure, sur sa vie inconsciente et les déterminismes de son inconscient, sur ses modalités de jouissance qui fondent son identité de sujet, sur son désir, bref tout ce qui peut faire pour lui symptôme, symptôme résorbable ou symptôme pérenne. Ils ont pu ainsi théoriser sur la pratique de la psychanalyse, ses indications et ses limites.

Qu'est-ce que la psychanalyse appliquée ?

La psychanalyse pourrait-elle prétendre soigner ? Soigner au sens d'actions par lesquelles on conserve ou on rétablit la santé (Le Petit Robert). On voit, déjà, que cette intention de soin est contradictoire avec la psychanalyse. La psychanalyse est un choix délibéré du sujet qui veut en savoir plus sur lui-même. Le sujet ne vient pas voir un psychanalyste pour se soigner, ou bien si un de ses symptômes disparaît, c'est qu'il n'était plus nécessaire à l'économie psychique du sujet. Le symptôme pour la psychanalyse n'est pas une maladie en soi, le symptôme signe une modalité particulière d'accrochage à la société réglée par ses codes signifiants, au monde qui nous entoure, le même pour tous, même s'il est subjectivement différemment par chacun, chacun pris un par un. Les cas cliniques de Freud font, pour sûr, références à des symptômes résolus ou pérennes, et c'est à partir des effets sur un patient d'une technique de l'écoute que Freud, puis Lacan, théorisent et inventent, jour après jour, la technique psychanalytique. Psychanalyse ou théorisation d'une pratique de l'écoute, la psychanalyse a été reprise à des fins différentes de celles qui ont présidé à sa naissance et son essor. Elle a été réactualisée, remise au goût du jour par l'usage qu'on en a fait et qui l'y a poussée.

Le sujet analysant, aujourd'hui, peut vouloir rechercher un soulagement à ses souffrances, voire même un soin. Il peut vouloir choisir la psychanalyse plutôt qu'un soin psychiatrique, puisque de symptôme pathologique en psychanalyse il n'y en aurait pas, du moins

La psychanalyse appliquée et la pratique en institution

il peut le penser. Pourra-t-il longtemps faire l'impasse sur la question de sa jouissance à laquelle il peut vouloir tenir plus que tout ? L'institution d'entretiens préliminaires par le psychanalyste rend bien compte des impasses où, si on n'y prend pas garde, la psychanalyse pourrait conduire un sujet. La psychanalyse a donc élaboré un savoir sur ce qui est analysable ou pas, avec comme conséquence logique l'apparition d'une psychanalyse appliquée aux soins. Dans ce contexte la psychanalyse appliquée pourrait-elle retarder le soin sans prévenir l'apparition d'une maladie, une forme d'alibi anti-soin pour un sujet en souffrance ? Pour combien de temps et avec quelles défenses ?

La psychanalyse appliquée et l'institution

L'institution a été créée pour soigner un sujet qui souffre trop et qui demande des soins, un sujet qui, par ses symptômes psychiatriques, trouble l'ordre public ou la sûreté des personnes sans qu'il en ait conscience, un sujet qui méconnaît ses symptômes et leur gravité s'ils se pérennisent, et dont l'entourage n'en supporte plus la tyrannie. L'institution est une alchimie compliquée d'intervenants qui ont mission de soigner, mission de soulager une souffrance contre, souvent, la volonté du sujet. Cette institution, pour fonctionner de la façon la moins conflictuelle et la plus efficace, a sa propre hiérarchie dans le soin, en raison des responsabilités de chacun devant la loi et le droit. Si elle supporte l'insupportable, l'insupportable de la jouissance du patient et de ses demandes et donc de son refus d'en être soulagé, l'insupportable pour les autres, ses proches ou ses concitoyens, qu'il interpelle au nom de sa jouissance, l'institution va s'attacher à rendre l'insupportable supportable. Dans ces cas là, la psychanalyse, si elle a été un temps un recours délibéré du sujet, au mieux pour se connaître, au pire pour tenter de trouver une voie de suppléance, la psychanalyse n'est plus suffisamment opérante à elle seule. Il en est de même pour la psychanalyse appliquée aux soins si elle a dû se substituer par voie de raison pour le psychanalyste, et non par choix du patient, à la psychanalyse stricto sensu. En tout cas la psychanalyse a interpellé les limites d'un sujet, ses limites à changer son symptôme et, par conséquent, sa jouissance, elle fait état de ce sur quoi le sujet a buté. Nous ne pouvons pas, non plus, méconnaître les limites de la technique analytique au mieux, et au pire les limites de la technique de l'analyste au prise avec son désir d'analyste. La psychanalyse appliquée est alors une psychothérapie qui s'attache, comme toutes les psychothérapies, à apaiser une mo-

dalité de jouissance inadaptée, voire destructrice pour le sujet, ou à la modifier, ou à faire en sorte que le sujet trouve sa manière à lui de faire avec ce qui fait pour lui symptôme. C'est ce que nous apprend la psychanalyse. C'est à partir d'un savoir sur le sujet et ses modalités de jouissance propres, savoir élaboré par l'analysant en psychanalyse, que la psychanalyse appliquée prend ses marques. Il ne s'agit plus d'un savoir en devenir que l'analysant élabore dans ses séances de psychanalyse, dans le cadre strict et codifié de ses séances, avec son analyste, mais de savoirs acquis, et enseignés. Et, en cela, la psychanalyse appliquée peut se révéler ne pas différer tant que cela des psychothérapies, qui suggèrent et qui, à l'occasion, soignent. Son asservissement éventuel à des discours de maîtres l'écarte, de façon radicale, du discours de l'analyste qui n'y a plus sa place. L'institution soigne à plusieurs, elle aime les certitudes, elle aime les maîtres. En cela elle peut difficilement faire avec le discours de l'analyste stricto sensu, discours qui s'élabore dans une relation transférentielle entre le patient sujet et son analyste, dans une subjectivité qui n'engage qu'eux deux. C'est de structure et sa structure, l'institution quoique qu'on en dise, a plutôt tendance à assoir le discours du maître.

La psychanalyse appliquée, une psychanalyse revisitée

La psychanalyse peut, certes, donner des repères aux soignants. Elle se vend bien pour cette raison, peut-être mieux que d'autres techniques de thérapie qui se sont, pour beaucoup, inspirées des découvertes de Freud. Mais reprise par des discours de maîtres éclairés par sa pertinence clinique, elle peut être encore plus que d'autres, détournée de ses buts et objectifs. Car la psychanalyse dans son essence rend compte de l'humain, et pas que de maladie, même dite mentale qui, elle, fait l'objet d'une autre clinique avec ses conséquences en termes de soin, de coût et de responsabilité. Le malade dit « mental » est un humain, le soignant également. La psychanalyse éclaire le soignant sur le fonctionnement de la psyché, la sienne et celle de l'autre. Elle ne soigne pas, elle ne donne pas de directive pour soigner. Elle dit quelque chose sur la relation du sujet avec l'autre, dans sa modalité transférentielle aussi, celle qui intéresse le psychanalyste pour le bon déroulement d'une psychanalyse, dans la stricte éthique responsable et assumée d'une séance de psychanalyse.

La psychanalyse appliquée peut-elle, pourrait-elle encore prétendre être de la psychanalyse ? Là est ma question.

Voilà ce qui m'est venu à l'esprit sur ce sujet épineux qu'est la psychanalyse appliquée en institution.

A chercher à y répondre, nous en saurons plus sur ce sujet, et ses enjeux. ■

Joëlle Skriabine*

*CH Paul Guiraud, Villejuif

Bibliographie

MILLER J.-A., *Les contre-indications au traitement psychanalytique*, Mental n°5, juillet 1998.

LACAN J., *L'acte psychanalytique*, Autres écrits, Paris, Seuil, 2001.

LACAN J., *L'étourdit*, Autres écrits, Paris, Seuil, 2001.

ECF Numéro spécial, *La psychanalyse appliquée et la pratique en institution*, La lettre mensuelle, Paris, septembre 2002.

LIVRES**La supervision de la psychothérapie**

E. de Perrot, C. Rozmuski-Dreyfuss, P.B. Schneider, M. Stauffacher
Masson

Petit ouvrage, très clair, destiné aux médecins (en particulier psychiatres) désirant en savoir plus sur la supervision des psychothérapies d'inspiration psychanalytique. Pourquoi les médecins seulement ? Parce que les auteurs, tous psychiatres psychothérapeutes, estiment que, certes la psychothérapie peut-être menée par des non-médecins (à condition qu'ils aient une formation psychanalytique), mais que les médecins, de par leurs études, ont une connaissance plus intime du corps, de la sexualité, de la maladie et de la mort : « la formation du médecin lui confère une vision du psychique indissociable de son support somatique, non seulement théorique mais incarné, non seulement symbolique et métaphorique, mais réel ». Sont, ainsi, abordées toutes les questions qui concernent la supervision : l'historique, les différences entre psychanalyse, psychothérapie psychanalytique et psychothérapie de soutien, le processus de la supervision, le point de vue du superviseur, du supervisé. Suivent une douzaine de cas cliniques supervisés, qui illustrent bien les propos plus théoriques ou généraux de la première partie de l'ouvrage. A lire, car les écrits concernant la supervision (en particulier des psychothérapies) sont, finalement, assez rares.

M. Goutal

La politique de la famille

Jacques Commaille, Pierre Strobel et Michel Villac

La Découverte

Après avoir rappelé, y compris dans sa dimension historique et comparative, ce qu'on peut entendre par politique de la famille, les auteurs examinent les différents facteurs qui ébranlent ce qui justifiait cette politique publique spécifique, puis les conditions dans lesquelles elle se construit désormais. C'est-à-dire de façon éclatée, incertaine, au prix de tensions politiques, idéologiques ou éthiques qui tiennent à la fois au contexte général dans lequel peut se concevoir, maintenant, le rôle de l'Etat et exigences surgies d'une société en mutation.

Des souris et des maîtres Rapport à l'informatique des enseignants

Jean-Luc Rinaudo

L'Harmattan

Ce livre apporte une contribution à l'éclairage des notions de rapport à l'informatique, d'identité professionnelle et de rapport au savoir. Dans une première partie, l'auteur retrace la toile de fond historique, sociale et mythique sur laquelle repose la généralisation des technologies de l'information et de la communication à l'école. Il analyse, ensuite, différentes modalités du rapport à l'information des enseignants, qu'ils soient utilisateurs chevronnés de l'informatique à l'école ou, à l'opposé, réticents à l'utilisation dans leur pratique professionnelle de ces technologies qu'on dit porteuses de savoir. L'analyse clinique des discours montre que les différences dans le rapport à l'informatique vont bien au-delà de la simple catégorisation utilisateurs - non utilisateurs. Elle montre des points de convergence dans les discours quel que soit le niveau d'expertise dans l'usage de l'informatique scolaire.

COLLECTION, COLLECTIONNEUR, COLLECTIONNISME

Journée d'étude organisée par Valfor et le CH Valvert

C'est depuis des temps immémoriaux que se pose la question de la collection. Collectionner c'est « être capable de vivre son passé », c'est aussi créer un lien entre le même et le semblable. Possession ou manque, plénitude ou insatisfaction, compulsion ou jouissance, normal ou pathologique, toutes ces notions peuvent être convoquées.

Enjeux : les rapports entre le désir et le beau (ce dernier intimide-t-il le désir ?), l'unicité de l'objet ou son accumulation (ordre ou hasard),... Le regard et le désir de l'autre ne réactualisent-ils pas la valeur de l'objet que la possession a parfois déchu rapidement...

Quel est le rapport du collectionneur à sa passion ? Don Juan est-il collectionneur ?

La collection permet-elle, comme le rêve, de réaliser un désir sans le réaliser ?

Les personnes intéressées peuvent adresser leur proposition de communication (titre + argumentaire) avant le 31/12/2002 à : Mme MENARA, Centre Médico-Psychologique de La Ciotat, avenue Kennedy, 13600 La Ciotat, Tél : 04 42 08 13 31. Fax : 04 42 08 69 51. e-mail : cmlaciostat@ch-valvert-marseille.fr (PC-win95).

LIVRES

Cent mots pour l'entretien cliniqueBenjamin Jacobi
Èrès

Benjamin Jacobi propose une analyse du fonctionnement des situations singulières que sont les entretiens, en utilisant des entrées multiples et non hiérarchisées. Ces cent mots ne sont pas un vocabulaire technique, ni un dictionnaire, mais des ouvertures concrètes à une réalité complexe. Favoriser l'usage des mots pour dire, proposer des mots pour continuer à entendre et à faire entendre, ne constitue pas un exposé des techniques mais offre des éléments de réflexion clinique sur les principes organisateurs de la conduite de l'entretien.

**Accompagner les jeunes handicapés ou en difficulté
Éducation spécialisée et intégration**Bertrand Dubreuil
Dunod

Droits des usagers, responsabilité éducative des parents, politique d'intégration, évaluation du service offert, les secteurs social et médico-social sont en pleine mutation. Fondé à l'origine sur une approche psychomédicale, il est à la recherche d'une nouvelle légitimité, comme en témoigne la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Il s'agit de passer d'une réponse ségrégative en milieu spécialisé à une réponse en milieu ordinaire avec des soutiens spécifiques conséquents.

Cet ouvrage incite à s'emparer des opportunités qu'offre cette mutation. Si les professionnels sont parfois justifiés de redouter une intégration au rabais, ils doivent adopter une posture active en favorisant les situations de vie ordinaires au sein même des établissements spécialisés et en développant l'intégration dans les dispositifs de droits communs. L'auteur illustre cette perspective en examinant le système institutionnel, le projet individuel, l'évaluation, la place des usagers, le travail avec les parents, et propose un cadre de référence, des outils et des pratiques à mettre en œuvre. Plutôt que de solliciter des modèles externes, sa démarche méthodologique s'appuie sur l'expérience des acteurs de terrain.

L'emprise de la technologie médicale sur la qualité socialeCatherine Déchamp-Le Roux
L'Harmattan

La demande de l'auteur apparaît liée au processus de technologisation de la santé. Au nom du progrès, la médecine s'est industrialisée et technicisée et, au nom d'une nouvelle utopie, on attend des biotechnologies l'assainissement de la société. Dans la première partie, la genèse de cette utopie sociale qui a triomphé des critiques et du scepticisme exprimé à l'égard du progrès scientifique, est analysée. Dans la deuxième partie, des recherches qui contribuent à la compréhension du processus de technologisation de la santé sont présentées. Dans la troisième partie, l'abandon de l'étroite interdépendance du sanitaire et du social montre des frontières toujours fluctuantes entre ces deux champs. Le déclin du social a induit l'envahissement des biotechnologies sur notre vie par l'absence d'utopie sociale. Le concept de qualité sociale redynamise la dialectique du sanitaire et du social : la réflexion sociale ne serait plus seulement déterminée par la situation économique ou par la situation sanitaire.

BIOGRAPHIE (suite)

ment moral chez l'enfant (1932).

Concernant Freud, Piaget ne pouvait exposer que la première topique, la conférence ayant lieu en 1919 et la seconde topique datant de 1920⁽²¹⁾. C'est ce qu'il fait, en centrant son discours sur « *l'analyse des rêves et la théorie de l'inconscient* ». Il considère la psychanalyse comme une science à part entière dont le but « *consiste à retrouver, dans l'inconscient des individus, les tendances cachées qui les guident à leur insu et qui influent sur le contenu actuel de leur conscience* » (id. p. 19) et dont l'analyse des rêves constitue le moyen d'investigation. Mais il s'écarte de l'orthodoxie freudienne, lorsqu'il établit un lien entre le rêve et ce que Lévy-Bruhl appelait la *pensée prélogique*, et Bleuler la *pensée autistique*. C'est à partir de ces concepts qu'il élaborera, quelques années plus tard, celui de *pensée égocentrique*, concept-clé qui servira de base à sa théorie de l'éducation. Le confrencier ne cache pas son admiration pour l'apport de Freud : l'approche génétique où l'adulte est expliqué par son enfance, et ses découvertes, notamment la sexualité infantile, les complexes d'Édipe et d'Elektra, ainsi que les mécanismes de l'inconscient, le refoulement, la sublimation et le transfert, qui sont à la base, selon Piaget, de la relation éducative. En revanche, il exprime son désaccord sur deux points. D'une part, il refuse la nature sexuelle de l'inconscient et critique avec Adler le « *pan-sexualisme* » de Freud comme réducteur. L'accusation de pan-sexualisme était alors fort répandue, formulée aussi bien par des détracteurs méconnaissant l'œuvre de Freud, que par des dissidents de renom tels Adler et Jung, reconnaissant volontiers la pertinence partielle de l'approche sexuelle, mais lui refusant sa prétention à l'universalité. Le vice initial de la psychanalyse réside, à ses yeux, dans le fait d'opposer de manière radicale l'inconscient à la conscience. Par ce diagnostic, Piaget met donc en cause le dogme central du freudisme. D'autre part, il reproche à la psychanalyse de ne pas expliquer de façon satisfaisante le mécanisme de la sublimation⁽²²⁾ et de la *conscience morale*. Cette critique, à la fois plus originale et plus personnelle que la précédente, indique combien son intérêt pour la psychanalyse est lié à ses préoccupations morales.

A côté de ses reproches formulés explicitement et clairement conceptualisés, la lecture attentive de son texte fait apparaître un désaccord de fond rendant les conceptions de Freud et de Piaget inconciliables : il concerne ce que Freud appelle la théorie des pulsions, il s'enracine dans une vision incompatible de l'enfance et aboutit à une conception opposée de la relation éducative.

1. La position fondamentale de Piaget est incompatible avec la théorie des pulsions. Par rapport à la psychologie de l'enfant, Piaget reconnaît que la psychanalyse fournit à la fois une méthode d'investigation et une thérapie aux divers troubles nerveux et sexuels, notamment les tendances obscènes, la timidité malade, la cruauté enfantine, le mensonge systématique, le bégaiement, les tics et les phobies. Mais qui est responsable des troubles de l'enfant ? l'enfant lui-même (Freud) ou l'adulte (Adler) ? On sait que pour Freud, ce que le patient rapporte de son enfance pendant la thérapie n'est que le fruit de ses fantasmes, résultant de conflits pulsionnels et non pas d'événements réels. En d'autres termes, l'enfant ne serait pas réellement exploité pour satisfaire les besoins affectifs des adultes, il fantasmerait cet abus en refoulant ses propres désirs agressifs et sexuels (désirs pulsionnels). Piaget prend le contre-pied de Freud attribuant à l'adulte éducateur la responsabilité des troubles de l'enfant : « *L'excès même de tendresse est plutôt dangereux. Il est fréquent,*

**THEODORE FLOURNOY :
PREMIER AUTEUR FRANCO-
PHONE DE PSYCHANALYSE**

Théodore Flournoy (1854-1920), psychiatre de réputation internationale respecté pour sa rigueur scientifique alliée à un vaste savoir. Licencié en mathématiques et en sciences, docteur en médecine, il se forme en psychologie physiologique à Leipzig, auprès de Wilhelm Wundt. De retour à Genève, il occupe la toute nouvelle chaire de psychologie expérimentale, crée le laboratoire du même nom, se passionne pour la psychologie religieuse, s'intéresse à la psychanalyse et publie un article, dès 1903, sur *L'interprétation des rêves*, ce qui fait de lui le premier auteur francophone dans l'histoire de cette discipline⁽²⁷⁾. Flournoy occupe une place de pionnier dans l'histoire de la découverte de l'inconscient et du passage du spiritisme à la psychanalyse. En 1916, il prononce une conférence à un groupe d'étudiants chrétiens, membres d'une association protestante libérale, réunis en congrès autour du thème « *Christianisme et néo-paganisme* ». Ils étaient convaincus que la perte des valeurs chrétiennes était la cause morale de la Grande Guerre, de son absurdité et de sa barbarie. Le jeune Piaget, étudiant de vingt ans, y assistait. Flournoy leur présente une toute nouvelle discipline, la psychanalyse. Trente ans plus tard, en 1945, Piaget gardait le souvenir « *d'une expérience fort intéressante...* »⁽²⁹⁾.

par exemple, de voir des mères non satisfaites sexuellement, reporter sur leurs enfants la tendresse inemployée. Le résultat le plus net est d'accentuer chez ces fils, le complexe d'Œdipe. (...) Mais d'autre part l'insuffisance de tendresse mène exactement aux mêmes conséquences, ainsi que les situations anormales entre parents, les dissensions sourdes qu'on cherche sans aucun succès à cacher à l'enfant » (id. p. 32-33). On retrouve donc, dès 1919, une constante de la pensée éducative de Piaget, à savoir sa méfiance à l'égard des adultes dont les besoins affectifs mal assumés sont reportés sur les enfants avec des conséquences dramatiques pour ces derniers.

2. La position fondamentale de Piaget est incompatible avec la théorie de l'ambivalence foncière des sentiments humains. Si nous le comprenons bien, sa position serait la suivante : à sa naissance, l'enfant est plein de confiance en la bonne volonté et la bonne foi de ses éducateurs qu'il croit parfaits en matière de justice, de bonté et d'amour. Or il s'aperçoit progressivement que les adultes agissent envers lui de manière qu'il ne lui est pas facile de déchiffrer. Ils ne sont ni toujours justes, ni systématiquement bons et leurs discours sont parfois en désaccord avec leurs actions. En fait, ils projettent sur lui leurs propres difficultés existentielles, mais ils le nient, bien sûr, et cherchent à justifier leur comportement, même lorsqu'il est injustifiable, par des arguments moralement valorisants. Qui croire alors, les parents ou son propre bon sens ? S'il croit ses parents, il sauvegarde leur image positive, mais au détriment de son propre jugement autonome. Cet acte de soumission entraînant la confusion dans son esprit serait à l'origine des sentiments ambivalets. L'ambiguïté ne serait donc pas inhérente aux sentiments humains, mais la conséquence d'une forme d'interaction éducative que nous appelons, aujourd'hui, injonction paradoxale. S'il se fie à son jugement, il ne peut que constater, ne serait-ce que confusément, les manipulations, les chantages affectifs, l'immaturation de ses parents... Cet acte de révolte entraîne alors la culpabilité.

3. La position fondamentale de Piaget est incompatible avec la vision freudienne de l'enfant. On sait que, pour le fondateur de la psychanalyse, l'enfant est un « *polymorphe pervers* » qui éprouve des désirs pulsionnels, sexuels et agressifs, envers ses parents et qu'il a besoin de la loi du père pour se socialiser. Melanie Klein parlera, plus tard, de « *nourrisson cruel* ». Piaget en revanche croit avec Adler en l'innocence de l'enfance : « *L'enfant souffre nécessairement d'un sentiment d'insuffisance. (...) La vie consciente naît dans la peur et la douleur, puis se développe dans le dépit de n'être pas encore à cet âge idéal que semble être l'âge adulte. De cette nostalgie, qui n'est plus celle du passé, comme chez Freud, mais celle de l'avenir, l'équilibre psychique ne s'accroît pas. Il y a compensation de par la volonté de grandir* » (id. p. 42).

Le passage ci-dessus nous donne une vision tragique de la condition enfantine : l'insuffisance, la peur, la douleur et le dépit conduisant l'enfant, par compensation, à la volonté de grandir. C'est cette volonté de grandir pour conquérir son autonomie par rapport aux adultes qui constitue l'essor fondamental mais caché de l'enfant piagétien. On a parfois reproché à Piaget une conception démiurgique de l'enfant, se construisant lui-même. On l'a souvent accusé d'oublier que l'enfant vit en société et, notamment, en famille ; d'avoir sous-estimé l'apport structurant de l'interaction sociale ; d'avoir négligé l'affectivité au profit de l'intelligence ; de réduire de fait l'intelligence à la seule pensée formelle ; de limiter la psychologie au cognitivisme... Des générations entières d'étudiants en psychologie n'ont appris de Piaget qu'une théorie des stades. Quelle réduction ! De par sa longévité scientifique l'œuvre de Piaget a embrassé plusieurs sujets et a connu différentes phases. La conférence de 1919 doit dissiper un malentendu : l'enfant, selon Piaget, loin d'être animé d'un sentiment démiurgique, est au contraire un petit être faible et vulnérable confronté à un monde qu'il ne comprend pas, qui le dépasse et dont il constitue un enjeu. Il a besoin de ses éducateurs, mais en même temps, il est livré à leur bon vouloir, pire, à leurs faiblesses et leur immaturité. En fonction de leurs besoins affectifs inconscients, et quelle que soit leur bonne volonté, les adultes peuvent abuser de son innocence, et s'il résiste, le manipuler par la culpabilisation.

On a souvent reproché à Piaget le rôle négatif qu'il attribue à l'adulte dans l'éducation. Il donne souvent l'impression que l'enfant se construit en dépit de, voire contre, l'influence adulte. Son adhésion à la thèse adlérienne nous fournit la clef pour comprendre ce paradoxe. D'une part, pour exister, l'enfant a besoin de la protection, des soins, de l'affection et des consignes de l'éducateur, mais d'autre part, pour devenir une personne il doit s'affranchir de l'emprise intellectuelle et affective de l'adulte. Dit autrement, l'éducateur doit fournir le cadre et la protection, mais c'est à l'enfant de se construire lui-même et par lui-même. A l'éducateur de montrer le chemin, mais c'est à l'enfant de le parcourir. C'est donc l'ambiguïté de l'éducateur à l'égard de l'éduqué qui entraîne l'ambiguïté de l'enfant à l'égard de l'adulte, et non l'inverse. Mais Piaget se garde bien de porter des jugements de valeur et s'il défend l'enfant, il n'accable pas l'adulte. Il recherche l'explication des ratés de l'éducation au cœur même de la relation entre l'éducateur et l'éduqué. C'est là qu'il découvre l'ambiguïté foncière : dans la relation éducative. D'où vient cette ambiguïté ? De l'ambivalence du mécanisme psychologique qui sous-tend la relation éducative, le refoulement dont il existe deux types : le « *refoulement réussi* », qui conduit à la sublimation et le « *refoulement raté* », qui mène à la censure et aux remords. Et c'est seulement dans ce second cas que se produit

une opposition entre le conscient et l'inconscient, que le psychanalyste est appelé à réduire. Piaget définit le refoulement comme un acte volontaire, né le plus souvent sous la pression d'un ordre reçu ou de la vie sociale, et consistant à empêcher une tendance ou un sentiment de réapparaître dans la conscience. La tendance refoulée devient alors la composante de quelque activité plus complexe, suivant un processus général : c'est ainsi que le complexe d'Œdipe comme l'autoérotisme font partie du narcissisme. Si, par contre, la tendance primitive est trop active pour être refoulée aussi simplement, elle n'en disparaît pas moins du champ de la conscience, mais elle devient nocive. Elle continue à influencer sur la conscience, mais la censure rend méconnaissable cette puissance effective, en la dissimulant sous un symbolisme obscur. C'est un « *refoulement raté* ». L'éducation joue ici un rôle capital. Le moindre déficit de la part des parents ou de l'éducateur accentue l'effet de ces « ratés » (id. p. 32-33). Mais quelle est l'origine de ces refoulements ratés ? L'éducateur formé à la psychanalyse pourrait-il ne produire que du refoulement « réussi » et que de la sublimation ? Il n'en est rien. Quelle que soit sa bonne volonté, il n'a aucun contrôle sur l'inconscient de l'enfant, pas plus que sur le sien. Que peut-on déduire pour l'éducation ? Sans doute sa dimension tragique, car elle est à l'origine de la sublimation comme de la censure, du refoulement « réussi » comme du refoulement « raté », avec son lot de remords et de culpabilité. Bref, du bonheur comme du malheur des individus.

DE LA PSYCHANALYSE A LA PEDAGOGIE MORALE

Piaget insiste sur « *l'importance vraiment vitale que peut avoir la psychanalyse au point de vue moral* » (p. 49). Mais le jeune Piaget ne s'est pas encore rendu compte de l'ambivalence de Freud à l'égard de la pédagogie morale. D'une part, sa théorie permet de comprendre les mobiles du comportement de l'enfant et les mécanismes psychologiques en jeu dans la relation éducative. Mais, d'autre part, sa vision négative de l'enfant et le rôle disciplinant qu'elle accorde à l'éducateur apportent une justification théorique à la pédagogie morale traditionnelle, contre laquelle le message profond de Piaget s'inscrit en faux. Commençons par préciser deux termes que le conférencier emploie fréquemment, mais sans les définir : « *pédagogie morale* » et « *moralité de l'enfant* ». La pédagogie morale s'oppose à la pédagogie scolaire centrée sur l'acquisition du savoir et vise la formation du caractère. Elle consiste à indiquer à l'enfant les normes morales et sociales, comment se comporter en fonction de la situation. Elle est donc formulée en termes d'impératifs ou d'interdits. Quant à la moralité de l'enfant, telle que l'entendent généralement les adultes, elle consiste à se conformer à un code de conduite imposé par eux. Bref, pour l'opinion publique, la haute moralité d'un enfant est une conséquence de la bonne éducation qu'il a reçue. Pour Piaget, les choses ne sont pas aussi simples.

Une lecture attentive de la conférence de 1919 fait apparaître six positions théoriques présentées avec certitude, que l'on retrouvera dans ses écrits ultérieurs, mais aussi deux dilemmes, deux problèmes moraux pour lesquels il n'a pas encore de réponses. Commençons par ses certitudes :

1. Le jeune Piaget remarque pour le regretter que l'éducation courante est basée sur les jugements moraux de l'éducateur qui entraînent la culpabilité chez l'éduqué. « *Jusqu'ici, remarque-t-il, pour approuver ou punir l'enfant, on se plaçait à un point de vue extrêmement simpliste et d'une brutalité qui éton-*

nera nos descendants, celui de la culpabilité pure et simple. La psychanalyse nous donne une tout autre leçon de compréhension en nous apprenant à estimer et à guérir d'après des complexes inconscients, dont l'enfant n'est souvent que bien peu responsable » (id. p. 49. C'est nous qui soulignons).

2. On ne peut obtenir de la moralité par la culpabilité. La moralité de l'enfant, telle que l'entendent généralement les adultes, consiste à se conformer à un code de conduite imposé par eux. L'éducateur emploie des jugements moraux pour approuver ou désapprouver l'enfant. Or une relation éducative basée sur la culpabilité perturbe la formation de la moralité (il ne parle pas encore de jugement moral) de l'enfant.

3. On ne peut obtenir de la moralité par la coercition. L'imposition autoritaire, et tout extérieure de normes, enferme l'enfant et surtout l'adolescent dans un choix dramatique : se soumettre ou se révolter alors qu'en principe, suivant Adler, il dispose de tout un continuum dont la révolte et la soumission ne sont que les deux extrêmes. En se basant tantôt sur Adler, tantôt sur Jung et tantôt sur Freud, il énumère les dangers potentiels de la soumission dans l'éducation autoritaire et dénonce « *l'ignorance coupable de certaines pédagogies, qui ne comprennent pas comment l'obéissance absolue peut être plus dangereuse que la révolte* » (id. p. 50).

4. Le projet essentiel de tout adolescent est de devenir soi-même. Or pour s'émanciper intellectuellement et moralement, le jeune doit commencer par réagir contre l'éducation reçue par son milieu familial, ce qui entraîne la culpabilité et le doute que les éducateurs ne se privent pas d'accentuer au lieu de l'accompagner dans sa démarche. La révolte a un effet libérateur, mais à quel prix ! Elle renforce la culpabilité, ce sentiment d'avoir failli à son « devoir » à l'égard des parents, ce qui entraîne la crise morale que tout adolescent traverse. Peut-on devenir soi-même sans se révolter, peut-on se révolter sans remords ? Pour illustrer son propos, Piaget cite le rêve d'un étudiant de 22 ans qu'il raconte à la première personne : « *Je me trouvais dans une ville et parcourais fiévreusement les rues en cherchant, mais sans aucun succès, une chambre où me loger. Soudain je vois, de demi-profil, dans la fenêtre d'un omnibus, une figure connue qui me souriait* » (p. 20). Voici l'interprétation de Piaget : « *Le sujet pense à des crises morales au cours desquelles il cherchait à se débarrasser de l'éducation maternelle pour s'orienter dans des directions personnelles. En fait, il passe, ces temps-ci, par une crise analogue* ». Puis, l'auteur parle « *d'inquiétudes plus profondes* », en rapport avec « *l'hostilité sourde du sujet contre sa mère et, d'autre part, avec une émancipation intellectuelle en réaction contre son milieu, mais dont il appréhende au fond les conséquences* » (id. p. 21. C'est nous qui soulignons). S'agit-il d'un élément autobiographique ? C'est fort probable. Quoi qu'il en

soit, l'analyse qu'en fait le jeune conférencier contient des renseignements précieux sur le lien qu'il établit entre éducation et morale, sur le rôle ambigu de l'éducateur, sur les sentiments contradictoires de l'éduqué, oscillant entre soumission et révolte, sur la vocation de chaque personne à devenir soi-même, en d'autres termes, à conquérir son autonomie intellectuelle et morale.

Comment sortir de l'alternative révolte/soumission qui, toutes deux, constituent de fausses solutions ? Le conférencier n'a pas encore de réponse et, d'ailleurs, il ne pose même pas la question. Il ignore encore le mécanisme de la construction de la morale autonome qu'il développera de manière magistrale dans *Le Jugement moral chez l'enfant* (1932). Sa réponse sera ni soumission ni révolte, mais coopération...

Pour l'instant, le conférencier recherche la solution dans la théorie psychanalytique de la sublimation, s'intéressant particulièrement à une forme de sublimation qui aboutit au sentiment religieux. La « *volonté de croire, d'être semblable en tout aux grandes personnes* » étant le moteur psychologique fondamental, le complexe d'Œdipe se transforme - dans l'optique adlérienne - en une volonté de puissance, ou plus précisément en une volonté d'indépendance. « *Or, le père, qui est l'autorité, qui est tout à la fois l'obstacle à cette indépendance et le modèle de ce qu'elle peut être, est incontestablement détesté. Cette haine prend toutes les formes* » (id. p. 42). Mais cette haine provoque évidemment des remords qui sont à l'origine du sentiment religieux.

« *Une conséquence intéressante du remords enfantin est l'orientation religieuse. La haine du père est ce qui provoque le plus volontiers le remords, qu'elle soit due à l'Œdipe classique (Freud) ou à la révolte non sexuelle (Adler). Il s'ensuit une surcompensation de respect qui ne trouve pour ainsi dire jamais dans le réel un objet adéquat à ses besoins. Il s'ensuit que l'image du père se sublime peu à peu et se lie à l'image du Père céleste dont l'éducation religieuse aura déjà formé les traits. (...) On aperçoit immédiatement dans l'image divine les composantes d'origine paternelle : le respect plein d'amour, mais aussi la crainte, la haine cachée parfois, d'où le caractère terrible que l'enfant peut donner, dans son remords religieux, à la figure de son Dieu* » (id. p. 44).

L'adhésion personnelle du conférencier à cette thèse est renforcée par l'expression « *on aperçoit immédiatement* ». Or, l'on sait par ailleurs que le jeune Piaget se dit croyant. Mais comment peut-on croire à un Dieu dont on nie l'existence réelle ? Comment concilier savoir positif et spiritualité sans amalgame ni confusion ? Bref, comment réconcilier la science et la foi ? Tel est le problème qui sera développé neuf ans plus tard, dans une autre conférence dont le titre inattendu induit la réponse : « *Deux types d'attitudes religieuses : immanence et transcendance* » (1928)⁽²³⁾.

Psychiatres et partenaires 2000-2003

Addictions alcoolique : quelles thérapeutiques ?

Enseignement organisé par F. Caroli, M.J. Guedj, A. Mercuel

Centre Hospitalier Sainte-Anne, Pavillon Joffroy,
Salle Polyvalente, 2ème étage de 8h30 à 10h

Mardi 5 novembre : Pr Boyan Christoforov, Hospitalisation en hôpital général

Mardi 3 décembre : Pr Michel Lejoyeux, Nouvelles thérapeutiques et comorbidité

Mardi 7 janvier : Dr Marie Choquet, Adolescents et alcool

Mardi 4 février : Dr Eric Hispard, Les Centres de consultation

Mardi 4 mars : Dr Jean-Claude Monfort, Alcool et vieillissement

Mardi 1er avril : M.G. Vatin, Mme C Surchamp, Les Associations : Santé de la famille, Croix d'or

Mardi 6 mai : Dr Alain Sarda, Alcoolodépendance et Centre d'Alcoolologie spécialisé

Mardi 3 juin : Dr Jean-Paul Descombey, De l'adolescent à l'adulte

LIVRES

L'inconscient à la crèche Dynamique des équipes et accueil des bébés

Denis Mellier
ESF Editeur

Le désir d'améliorer l'accueil dans les crèches rencontre des résistances qu'il faut pouvoir repérer. L'organisation du travail est sous-tendue par une vie imaginaire où se trouvent impliqués les trois partenaires : le professionnel, l'enfant et sa famille. Les anxiétés des bébés, ou des accueillis, se diffusent, se transmettent et suscitent des défenses dans les groupes. L'attention des équipes apparaît dépendante de cette « gestion » des émotions, les conflits peuvent paralyser sa croissance. Cet ouvrage s'articule en quatre parties : la transformation des phénomènes de « chouchou » dans un groupe, la contenance de la figure du bouc émissaire et de l'agressivité, les effets de séparation et des alliances entre équipes et parents, les crises et l'histoire du cadre institutionnel. Il privilégie une approche psychanalytique du groupe de l'observation du bébé, avec notamment les travaux de W. R. Bion, E. Bick et R. Kaës.

Psychologie clinique n°13

L'Harmattan

Animée par Olivier Douville et Claude Wacjman, cette revue fait le point sur les recherches cliniques en psychanalyse, avec notamment le souci de confronter les apports de Freud et de Lacan aux sciences humaines : la linguistique, les neurosciences, les mathématiques... On retiendra, par exemple, un texte très pertinent de Gérard Pommier, ainsi que l'article érudit de Nathalie Charraud sur les recherches du psychanalyste hongrois Imre Hermann et les « *pathographies mathématiques* ». Sur un terrain anthropologique plus large, Norbert Zemmour et Gisèle Santschi traitent de « *l'idiot de Dessau* », en prenant pour appui un texte méconnu de Martin Luther (1540). Enfin, d'une actualité plus immédiate, un article riche en informations clôt le numéro : Jeanne Wolff Bernstein, psychanalyste à San Francisco, explique avec beaucoup de précision la situation de la psychanalyse aujourd'hui aux Etats-Unis.
M. Jaeger

Le sexuel et les sexualités Destins pulsionnels en pathologie

Sous la direction de P.A. Raoult*

L'Harmattan

Au-delà des conceptions hétérogènes de la sexualité, ce livre part de la différenciation freudienne entre la sexualité, relevant de l'exercice des organes, et le sexuel, ensemble de représentations, d'affects et de symptômes. Il précise le cheminement sexuel de la petite enfance à l'adolescence, en insistant plus particulièrement sur cette phase jusqu'alors supposée de latence et de suspension de l'activité sexuelle et sur la phase pubertaire, cruciale à bien des égards. Il prend également des chemins de traverse du sexuel soit dans le cadre de pathologies majeures de l'enfance et de l'adolescence (états psychotiques, pathologies limites, anorexies, psychopathie, etc.), soit comme impasse d'une activité sexuelle déviante et répétitive (fétichisme, exhibitionnisme, masturbation intempestive, etc.), soit en tant que transformation de l'objet et du but (ascétisme, toxicomanie, etc.).

*Avec la participation de : Philippe Jeammet, Nathalie Soveaux, Philippe Gutton, Gérard Bonnet, Pascal Hachet, Bernard Duez, Yves Gérin, Fabien Joly, Christine Arbisio.

LIVRES

Sociologie et anthropologie chez Pierre Bourdieu
Le paradigme anthropologique kabyle et ses conséquences théoriques

Lahouari Addi
La Découverte

Le sociologue algérien Lahouari Addi revisite le corpus théorique, regard de l'Algérie de Bourdieu, et rappelle d'abord que ce dernier s'est intéressé à ce pays dans une double perspective, sociologique et anthropologique, analysant les effets de la domination coloniale sur la société algérienne dans une perspective sociologique (avec Abdelmalek Sayad) et, en étudiant le village kabyle et sa culture dans une perspective anthropologique. Lahouari Addi démontre comment les concepts majeurs de l'œuvre théorique de Bourdieu (habitus, capital social, violence symbolique...) ont été forgés dans ces recherches fondatrices : pour lui, la Kabylie n'a jamais cessé d'être une référence paradigmatique pour montrer le caractère caché des mécanismes de la domination sociale et le fondement historique de la rationalité du discours économique dans les sociétés occidentales.

Le transfert dans la relation éducative

Joseph Rouzel
Dunod

S'appuyant sur une expérience d'éducateur, de formateur et de psychanalyste, l'auteur propose de mettre à nu ce qui se noue dans la relation éducative, notamment ce que l'éducateur met en jeu et ce qui l'affecte. Il étudie l'apport de la psychanalyse dans la réflexion sur la relation éducative. Des analyses d'August Aichhorn, commentées par Freud : « *J'avais fait mien très tôt le bon mot qui veut qu'il y ait trois métiers impossibles - éduquer, soigner, gouverner* » jusqu'à l'affirmation lacanienne : « *Le transfert, c'est de l'amour* ». La psychanalyse apporte non seulement des concepts opératoires dans le domaine du social (transfert, pulsion, sujet, besoin, demande, désir, etc.), elle permet de soutenir un questionnement sur le sens des actes éducatifs et de la dynamique institutionnelle où ils s'inscrivent. C'est tout le sens de la seconde partie de cet ouvrage, où l'on voit que la démarche analytique débouche sur un positionnement éthique et clinique dans la relation éducative.

Le cri du silence

Paul Ruty
L'Harmattan

Paul Ruty, avec sa longue expérience de visiteur de prison, soulève avec sincérité de nombreux aspects du mystère carcéral. Les descriptions du cadre, les témoignages de la multitude de rencontres avec les détenus, les difficultés de divers professionnels du milieu carcéral, des magistrats aux surveillants, rien n'est laissé de côté. Les missions des visiteurs de prison, ses questionnements, ses émotions, ses limites sont développés avec simplicité et minutie. Dans ses échanges avec les détenus, dans son travail d'écoute et de soutien, l'auteur a beaucoup donné de lui-même. Il explique l'aide que peut apporter la psychanalyse dans cette tâche. Des développements plus approfondis sur certaines histoires de prisonniers, des extraits de leurs écrits illustrent ce travail vivant. Cet ouvrage fournit des renseignements utiles sur diverses associations du réseau carcéral.

M. Mazodier

BIOGRAPHIE (suite)

CONCLUSION

Dans ce texte de 1919, Piaget apparaît à la fois favorable et critique à l'égard de la psychanalyse. Il admire la méthode d'investigation et son aspect génétique qui permet de comprendre le comportement observé à partir de mobiles dans le passé du sujet. Mais il fait preuve de méfiance à l'égard de la théorie freudienne, méfiance qu'il gardera jusqu'au bout. En apparence, elle prend la forme d'une critique conceptuelle (cf. ses cours de Sorbonne de 1953-1954)⁽²⁴⁾ mais de manière plus fondamentale, il nous semble contester les fondements anthropologiques du maître de Vienne. Contrairement à Freud pour qui l'enfant est un « *polymorphe pervers* », Piaget, suivant en cela Adler, le considère comme victime des adultes qu'il rend responsables des « *ratés de l'éducation* ». Or, non seulement les parents sont responsables de ces ratés, mais par ignorance ils renversent la situation rendant l'enfant coupable.

L'éducation, pour notre auteur, est nécessairement ambiguë : d'une part, elle consiste à protéger et guider l'enfant, mais d'autre part, elle est responsable des « *ratés* » quant à la structuration de sa personnalité. En 1919, Piaget n'a pas encore de solution. Il lui faudra, d'abord, découvrir la sociologie de Durkheim et l'Éducation nouvelle. Mais il gardera jusqu'au bout sa méfiance à l'égard de l'adulte et la défense de l'enfant dans sa volonté de grandir et de croître en autonomie. L'enfant freudien a la nostalgie du passé, du ventre maternel ; l'enfant piagétien a la nostalgie de l'avenir, selon la jolie formule d'Adler. Il est en quête d'autonomie intellectuelle, affective et morale ; il veut penser, juger et sentir par lui-même. Devenir soi-même, tel est le projet fondamental de tout homme. Mais le jeune conférencier ne se contente pas de présenter et de critiquer la psychanalyse, il énonce déjà quelques-unes des idées-forces que le Piaget de la maturité développera par la suite :

1° La continuité de l'inconscient et du conscient, autrement dit, les mécanismes inconscients sont les premiers stades de l'activité consciente. Il exprime déjà la conviction que psychanalyse et psychologie de l'intelligence vont finir par se rapprocher, position qu'il développera trente-quatre ans plus tard, dans ses cours à la Sorbonne.

2° « *L'identité des activités normatives entre elles (morale et logique)* » (p. 56), ou comme il écrira douze ans plus tard, « *la logique est une morale de la pensée, comme la morale une logique de l'action* »⁽²⁵⁾. En combinant les deux premiers points, il énonce que la pensée autistique est l'expression intellectuelle de l'inconscient comme la sublimation en est l'expression morale.

3° La raison se développe au détriment de la pensée autistique. Il a déjà la conviction que « *chez l'enfant l'autisme est tout* » et que « *la raison se développe à ses dépens* » (p. 57) mais sans jamais disparaître, même pas à l'âge adulte. Par autisme, on entendait à l'époque la concentration sur l'ego ; c'est ce qu'il nommera dans ses écrits ultérieurs égocentrisme. Comment se développe la raison, comment régresse l'égocentrisme et quel est le rôle de l'éducation dans cette dynamique ? Autant de questions qu'en 1919 Piaget ne pose pas encore. Mais il a déjà saisi ce qui deviendra le socle de sa future théorie de l'éducation : la raison n'est pas innée, elle se développe au fur et à mesure que l'individu se libère de son égocentrisme naturel. Quant au mécanisme de la conscience morale, le conférencier ne propose aucune explication. Et lorsque, plus tard, il étudiera, brillamment, *Le jugement moral chez l'enfant* (1932), il évitera, prudemment, la question ardue de la conscience... Et à Oskar Pfister de conclure son compte-

rendu sur *Jean Piaget : la psychanalyse et la pédagogie* en ces termes : « *Piaget mérite des compliments pour sa présentation consciencieuse et minutieuse qui acquiert une très grande valeur de ce qu'elle est liée à des recherches personnelles des plus minutieuses et une grande originalité de pensée. De même, le fait que l'orateur ait osé présenter la nouvelle psychologie des profondeurs à un auditoire illustre mais non préparé et d'emblée sceptique, témoigne du sérieux moral du jeune savant, de qui le mouvement psychanalytique est certainement en droit d'attendre d'importantes contributions* » (p. 92).

Dans un sens, Pfister s'était trompé et Piaget ne devint pas psychanalyste. Mais dans un autre, Pfister avait vu clair : en 1919, un psychologue est né. Un très grand. ■

**Sabina Spielrein :
 analysée par Jung, disciple de Freud
 et analyste de Piaget**

Qui est cette élève directe de Freud que Piaget ne nomme pas ? De nombreux auteurs pensent qu'il s'agit de Sabina Spielrein (1885-1941/1942), psychiatre et psychanalyste russe d'origine juive qui fut patiente (et maîtresse de Jung) avant d'inspirer à Freud l'idée d'une pulsion de destruction qu'il développera dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920). On sait qu'à l'appel de Claparède, Sabina vint à Genève où elle enseigna la psychanalyse à l'Institut Rousseau entre 1920 et 1923. Pendant son séjour, Sabina suit le cours de Piaget sur la pensée autistique et instaure une collaboration assez fructueuse avec lui⁽²⁶⁾. Cependant, rien ne permet d'assurer avec certitude qu'elle a été l'analyste de Piaget, d'autant plus que celui-ci laisse entendre que sa cure a eu lieu avant sa venue à Paris, certainement à Zurich, entre 1918 et 1919.

Bibliographie

- (1) Cet article constitue une version améliorée d'un texte publié dans C. XYPAS, *L'autre Piaget. Cheminement intellectuel d'un éducateur de l'humanité*, Paris, L'Harmattan, pp 57-77.
- (2) Elle fut publiée dans le *Bulletin de la Société A. Binet*, en deux parties, dans deux numéros : n° 131, janvier 1920, pp. 18-34 et n°132-133, février-mars 1920, pp. 41-54.
- (3) Traduction française de J. MOLL, *Le Bloc-notes de la psychanalyse*, 1981, n°1, pp. 89-92.
- (4) J. PIAGET, *Autobiographie*, Cahiers Vilfredo Pareto, 1966, n°10, p. 130.
- (5) C. G. JUNG, *Situation de la psychothérapie en 1920*, repris dans *La guérison psychologique*, Genève, Librairie de l'Université, 1953, pp. 177-187. Notamment : « *La seule chose étrange, c'est que l'homme ne veuille point apprendre qu'il a Dieu pour père. C'est là ce dont Freud n'a jamais voulu se rendre compte, et c'est ce contre quoi tous ses adeptes se défendent, c'est ce qu'ils ne veulent point apprendre ou c'est la connaissance dont ils ne trouvent pas la clé* » (p. 185).
- (6) Th. FLOURNOY, *Religion et psychanalyse*, Notes pour une conférence donnée le 27 septembre 1916 à Sainte-Croix et le 24 janvier 1917 à la Société de théologie et de philosophie, 1984, pp. 191-199.
- (7) Piaget écrit que « *Pfister, l'un des plus éminents (psychanalystes à Zurich), reste un freudien convaincu* », p. 46.
- (8) S. FREUD, *Lettre du 4 octobre 1909, Correspondance avec le pasteur Pfister*, Paris, Gallimard, 1966, p. 63.
- (9) M. CIFALI, *Oskar Pfister*, Le bloc-notes de la psychanalyse, Genève, 1981, n°1, p. 87. Voir également R. Jaccard, *Freud et la religion*, in R. Jaccard, *Histoire de la psychanalyse*, Paris, Hachette, 1982, pp. 203-214.
- (10) J.-C. BRINGUIER, *Conversations libres avec Jean Piaget*, Paris, R. Laffont, 1977, p. 182.
- (11) F. VIDAL, op. cit.
- (12) J. PIAGET, *L'intelligence selon A. Binet*, *Bulletin de la Société A. Binet et Th. Simon*, 1975, vol. 75, n° 544, p. 108.
- (13) J. PIAGET, *Autobiographie*, Cahiers Vilfredo Pareto, 1966, n°10, p. 136.
- (14) J. PIAGET, *L'intelligence selon A. Binet*, op. cit., p.109.
- (15) S. Freud, *Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique*, Cinq leçons sur la psychanalyse, 1980, p. 105. Lors de la publication française en 1927, il ajoute en note de bas de page que, les traductions françaises de ses ouvrages, « *parues dernièrement, ont réussi à éveiller en France un vif intérêt pour la psychanalyse, plus vif dans les cercles littéraires que dans les cercles scientifiques* » (p. 107).
- (16) Pour une étude très détaillée, cf. R. Dufresne, *Pour introduire la lecture française de Freud : Notes bibliographiques sur les traductions françaises de l'œuvre de Freud*, Revue française de Psychanalyse, 1971, n° 1, pp. 42-96.
- (17) L'école zurichoise comprend essentiellement Jung et ses disciples, même si des personnalités comme le pasteur Pfister restaient fidèles à la doctrine freudienne.
- (18) L'histoire de la psychanalyse en France dispose de très peu de textes avant les années trente. Il est donc surprenant qu'un texte aussi riche et documenté, publié de surcroît dans une revue fort accessible, le *Bulletin de la Société A. Binet*, ne soit mentionné par aucun historien du mouvement psychanalytique.
- (19) C. G. JUNG, *Situation de la psychothérapie en 1920*, repris dans *La guérison psychologique*, Genève, Librairie de l'Université, 1953, pp.177-187.
- (20) J. PIAGET, *Hommage à C. G. Jung*, Revue suisse de psychologie, 1945, vol. 4, n° 3-4, p. 171.
- (21) Date de parution en allemand de *Au-delà du principe de plaisir*.
- (22) Comment, demande-t-il, si tout est sexuel, expliquer la civilisation ? Par la sublimation, répond Freud. Et la sublimation ? Par la censure de son caractère sexuel. Et la censure ? Par le refoulement. Et le refoulement ? Par la volonté morale. Et la volonté morale ? Par la sublimation ! Et nous voilà, remarque Piaget, en présence d'un cercle vicieux.
- (23) C. XYPAS, *L'autre Piaget. Cheminement intellectuel d'un éducateur d'humanité*, Paris, L'Harmattan, 2001, pp. 79-97.
- (24) C. XYPAS, *Les stades du développement affectif selon Piaget*, Paris, L'Harmattan, 2001.
- (25) J. PIAGET, *Le Jugement moral chez l'enfant*, Paris, PUF, 1973, p. 322.
- (26) F. VIDAL, *Sabina Spielrein, Jean Piaget-chacun pour soi*, L'Évolution psychiatrique, 60, 1, 1995, 97-113.
- (27) A. de MIJOLA, *La psychanalyse en France*, in R. Jaccard, *Histoire de la psychanalyse*, op. cit., p. 11.
- (28) Il s'agit de la réunion annuelle de l'Association chrétienne d'étudiants de Suisse romande, à Sainte-Croix, dans le Jura, le 20 septembre 1916.
- (29) Jean PIAGET, *Hommage à C.G. Jung*, op. cit., p. 171.

LES BOURSES FLORENCE NIGHTINGALE

La Fondation d'entreprise Eisai lance les « Bourses Florence Nightingale » pour soutenir la vocation d'infirmières en gériatrie et financer des projets innovants en faveur des personnes âgées dépendantes. Infirmières, aides soignantes et élèves infirmières seront les premières à pouvoir bénéficier de l'action de la Fondation Eisai, qui remettra en 2003 :
 - 5 bourses sous la forme d'un voyage d'étude en Europe à des infirmières en 3^e année d'IFSI qui souhaitent approfondir leur formation en gériatrie ;
 - 3 prix de 6 000 euros à des projets - portés par des aides soignantes, des infirmières, des auxiliaires de vie - dont la finalité est le respect de la dignité des personnes âgées, le maintien de l'autonomie et le respect de ses choix de vie.

P.C.

Renseignements et inscriptions de novembre 2002 à avril 2003 : Bourses Florence Nightingale de la Fondation Eisai c/o Greenwich Corporate, 11 Villa Wagram Saint-Honoré, 75008 Paris ou sur internet : www.fondation-eisai.org Date limite d'envoi des dossiers de candidature : 6 juin 2003.

LIVRES

La personne handicapée vieillissante ou âgée

Dossier professionnel documentaire
n°10, 2^{ème} édition, mise à jour juin 2002
CTNERHI

Les progrès de la médecine et l'évolution générale de la qualité de vie permettent à la plupart des personnes handicapées d'accéder à une espérance de vie plus élevée qu'elle ne l'était par le passé. Pour un grand nombre de personnes handicapées, cette espérance de vie semble se rapprocher de celle de la population générale. Cependant, la plupart des auteurs reconnaissent un phénomène de fatigabilité, d'usure, de perte de performance avec l'âge, qui impose une évolution et une adaptation rapides des structures d'accueil. La prise en charge des personnes handicapées fait face à une rupture imposée à l'âge de 60 ans : à cet âge, leur statut de personne handicapée est changé en celui de personne âgée. Cette situation oblige, généralement, la personne handicapée à quitter son établissement spécialisé pour une maison de retraite, de voir ses ressources changer, une allocation vieillesse se substituant souvent à son allocation d'adulte handicapé. Alors qu'il n'est pas tenu compte dans ce dossier de la situation des personnes âgées devenues handicapées avec l'âge, c'est dans cet environnement que ce dossier tente de rendre compte de la nouvelle longévité des personnes handicapées, des problématiques soulevées et des solutions mises en place, ou à prendre, pour faire face à leur prise en charge, des ressources financières qui leur sont offertes. Enfin, des données statistiques, des bibliographies commentées et une approche de la réglementation, devraient permettre au lecteur l'acquisition de connaissances suffisantes pour comprendre la complexité de ce phénomène social nouveau.

Sociologie du sida

Claude Thiaudière
La Découverte

Il s'agit d'une excellente synthèse. Pour des raisons épidémiologiques et de mobilisation sociale, médicale et scientifique, l'analyse proposée s'appuie sur la situation française, complétée par des exemples émanant d'autres pays occidentaux. Si les contextes nationaux déterminent des différences (les systèmes de santé, les institutions politiques et médicales), les dynamiques sont similaires : notamment en ce qui concerne la recherche médicale et le rôle des organisations homosexuelles. Trois périodes peuvent être définies dans la constitution de la lutte contre le sida en France. La première se situe entre 1981 et 1983 et correspond à l'émergence du problème dans le champ médical : celle de l'identification des premiers cas et de la prise de conscience des enjeux médicaux et sociaux. Une deuxième période débute avec la création d'associations de volontaires qui apparaissent dès 1982 aux Etats-Unis et en 1983 dans la plupart des pays occidentaux. Elargissant les problèmes posés par la nouvelle maladie, ces mouvements développent des activités sociales d'aide, de prévention et, parallèlement, des actions revendicatives. Une troisième phase, à partir de 1986, est caractérisée par l'intervention des pouvoirs publics. Tardivement et sous le regard critique des associations et des médecins, l'Etat reconnaît le sida comme fléau et engage des modalités d'action publique. Alors que le dispositif élaboré est original, les modèles de prévention tentent de concilier libertés individuelles et normes de précaution, fondant de nouvelles pratiques et formes de contrôle social. Les relations médecins-patients se sont modifiées, le malade parti-

cipe aux décisions thérapeutiques dans un univers médical où soins et recherche sont intriqués. Intégré dans le langage courant, le terme « sida » a succédé à SIDA et Sida, tandis que l'infection à VIH désigne désormais une pathologie caractérisée cliniquement et biologiquement.

Malgré les progrès thérapeutiques et la sensibilisation médiatique autour de la maladie, la situation de l'épidémie reste préoccupante. Sa dynamique demeure croissante, en particulier dans les pays (comme en Afrique) où les populations sont vulnérables.

Les implications de la lutte contre le sida sont nombreuses, renouvelant les politiques de santé publique. En France, le « scandale du sang contaminé » a marqué les institutions politiques et judiciaires. Les représentations et les statuts de l'homosexualité et de la toxicomanie se sont modifiés et l'impact du fléau s'exerce encore sur toute une société qui a redécouvert le danger de la maladie.

Médecins, directeurs : un PACS pour l'hôpital ?

Sous la direction de Monique Cavalier, Richard Dalmasso et Jean-Jacques Romatet
Erès

L'accumulation des exigences et des contraintes, l'épuisement du budget global, la réduction du temps disponible pour être auprès du malade, la trop brutale et maladroite réduction du temps de travail sont des facteurs importants d'une grogne hospitalière grandissante. C'est pourtant dans cette ambiance de déstabilisation interne générale que l'hôpital s'apprête à prendre un virage décisif ouvrant enfin l'information et les droits des malades et des associations. Ce travail collectif, issu de l'université des dirigeants hospitaliers d'Aix-en-Provence explore cette histoire animée, les voies de décloisonnement des hôpitaux et les possibilités de transposition de modèles extérieurs à l'hôpital. Cet ensemble de textes, par l'expérimentation de voies de management, des mélanges culturels, se veut une étape constructive pour une adaptation douce et permanente de l'hôpital public.

**« Parle petit, la télé t'écoute ! »
Le rôle de la télévision dans le langage des jeunes enfants à l'école maternelle**

Françoise Soury-Ligier
Préface de Frédéric François
L'Harmattan

L'arrivée de la chaîne de la connaissance, la Cinquième, a fait naître l'espoir que la télévision puisse entrer à l'école et parvienne enfin à faire sortir de leur divorce enseignants et professionnels de l'audiovisuel.

Sans reprendre toutes les déclarations, l'auteur signale que les ministres de l'éducation nationale qui se sont succédés depuis les années 90, ont eu le souci de l'audiovisuel, au moins à travers des discours plus ou moins explicites. Dans les nouveaux programmes, faisant suite à ceux de 1995, il remarque que la notion d'image est reprise dans les trois cycles. Mais elle n'est plus présentée en tant que lecture d'image comme elle l'était dans le hors-série de *L'Ecole maternelle* d'octobre 1999. Dans les nouveaux programmes, le mot télévision n'apparaît pas. Les notions d'image fixe et d'image animée se retrouvent partout dans le texte, mais il n'existe pas de chapitre ni de paragraphe développant l'idée qu'une éducation aux médias par la télévision pourrait être possible à l'école. Toutefois, les images sont présentes dans ces programmes et dans les trois cycles. Cet ouvrage comporte cinq parties. Après une réflexion sur la télévision dans son rapport au savoir, à la culture, à l'ins-

titution scolaire, un point est fait sur ce qui s'écrit actuellement sur le sujet.

Le pouvoir de la télévision, comme déclencheur de langage en maternelle, fait l'objet de la seconde partie. On trouve dans la troisième partie la description d'une expérience de terrain : l'utilisation de la télévision en grande section durant une année scolaire. La quatrième et la cinquième partie, à partir d'exemples vécus dans une classe, montrent ce qu'on pourrait appeler le spectacle partagé qu'est la télévision dans cette classe et le plaisir qui l'accompagne.

**Loin du divan ?
Des psychanalystes dans les structures de santé**

Che vuoi ? n°17
L'Harmattan

Référée à la « cure-type », la psychanalyse donne lieu à des pratiques qui se présentent comme des formations de compromis : la « psychothérapie psychanalytique », par exemple, le psychodrame d'inspiration analytique, la psychosomatique, etc.

Ces traitements sont conçus pour répondre à des « pathologies » dans lesquelles une cure psychanalytique semble exclue et qui, éventuellement, requièrent une prise en charge en réseau, une pluralité d'intervenants, une structure de soin. Dans ces structures, le psychanalyste occupe une place excentrée. Le mieux serait qu'il soit chef de service, afin que l'inspiration analytique soit ce qui régit l'organisation même du soin.

Une exigence se fait jour chez bien des psychanalystes : être présent dans l'institution en tant que psychanalyste. A cause peut-être de cette fonction de psychologue dont ils se sentent affublés, en dépit de l'attitude distante des sociétés de psychanalyse, en réaction sans doute à la dérive mortelle que le « savoir psy » imprime aux connaissances issues de la psychanalyse, ils ont progressivement élaboré une façon nouvelle de s'inscrire dans les fonctionnements institutionnels. « C'est le même métier », disent-ils, c'est le même discours qui entre en jeu : ouvrir à la parole, repérer le transfert et agir en conséquence, respecter le cheminement propre à chaque sujet, maintenir l'existence de l'insu, subvertir discrètement les fantasmes de maîtrise...

Ni le psychologue, ni le psychiatre, ni le thérapeute ne sont formés à cela ; seul le psychanalyste est susceptible de le faire...

Lorsqu'il y parvient, l'institution s'assouplit. Le fonctionnement institutionnel est modifié, les fonctions se redéfinissent, la conception du soin et du mieux-être change. Le discours

psychanalytique cohabite avec d'autres discours, différents.

Bien sûr, cette cohabitation a un prix : élaboration constante de la confrontation des discours et de l'investissement dans l'institution, malentendus et malaise, une position nécessairement en porte-à-faux mais qui, peu à peu, s'inscrit. Ce numéro de *Che vuoi ?* avait un objectif ambitieux : traiter du rapport entre psychanalyse et politique de santé. Il a dû en rabattre : faire écho à la diversité des positions, des pratiques et des formes de réflexion des psychanalystes d'aujourd'hui dans le champ de la santé, c'est contribuer peut-être à rendre possible une analyse du problème et, qui sait, peut-être même des débats.

Clinique psychanalytique de la sensorialité

Myriam Boubli, Alberto Konicheckis et al.
Dunod

La compréhension de la sensorialité, lieu de toutes premières rencontres entre l'être humain et son environnement s'avère indispensable pour saisir le développement psychique et aborder de nombreuses formes de pathologies. Cet ouvrage vise à en approfondir les potentialités. L'ensemble des textes qui le composent en parcourt les différentes facettes, en s'inspirant de conceptualisations diverses. M. Despinoy et M. Pinol-Douriez montrent comment la sensorialité se sépare et se différencie des autres formes de l'expérience psychique initiale. D. Stern propose de considérer la temporalité comme un sixième sens. I. Adomnicai présente la fonction particulière accordée à la sensorialité par la théorie psychosomatique. M. Boubli compare l'autosensorialité autistique et les procédés autocalmants.

E. Schmid-Kitsikis démontre l'importance des organes des sens dans la formation des symptômes hystériques. A. Konicheckis explique comment la sensorialité intervient dans la formation et le développement des fantasmes et de la sexualité infantile. S. Tisseron évoque les possibilités de symbolisation sensorielle, émotionnelle et motrice des images. Deux textes de D. Meltzer analysent le clivage des expériences sensorielles dans les délires somatiques, l'hypocondrie et l'autisme.

**L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ
DÉPARTEMENTAL DE LA MARNE**

Implanté à Châlons en Champagne et Reims
à 175 kms de Paris - proche autoroute A4 -
à 1h20 de Paris par la SNCF

Comprenant 8 secteurs Psychiatrie Adultes,
1SMPR, 1 intersecteur d'alcoologie,
2 intersecteurs de Pédopsychiatrie

Recrute

POUR LE SERVICE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE RÉGIONAL

1 praticien hospitalier temps plein psychiatre
Poste assorti de la chefferie de service

Les candidatures, avec curriculum vitae, sont à adresser à :
Monsieur le Directeur de l'E.P.S.D.M.

56 avenue du Général Sarrail, 51022 Châlons-en-Champagne Cedex

Renseignements au 03 26 70 37 74

LIVRES

**La polyphonie du rêve
L'expérience onirique commune
et partagée**René Kaës
Dunod

L'hypothèse qui sous-tend cet ouvrage est que le rêve est travaillé par et dans une multiplicité d'espaces, de temps, de sens et de voix. Reprenant la métaphore freudienne, l'auteur suppose deux ombilics du rêve, l'un ancré dans le psychosomatique, l'autre dans le mycélium interpsychique. Ces deux ombilics reposent sur « l'inconnu » d'où les rêves surgissent. Point de vue dont il est question. Lorsque des rêves se croisent dans un espace onirique commun et partagé, ils se produisent dans le dispositif psychanalytique de la cure, de la psychothérapie familiale, du couple et du groupe. Pour rendre compte de cette clinique, la notion de polyphonie du rêve présente de nombreux intérêts, comme elle éclaire la figuration du groupe dans le rêve.

**Karl Jaspers
Philosophie**Angèle Kremer Marietti
L'Harmattan

Pour comprendre la pensée de Karl Jaspers il convient de ne pas perdre de vue l'idée selon laquelle la réflexion philosophique n'est pas une théorie, mais une pratique d'un genre unique, qui fait « accéder à l'être ». La philosophie de Jaspers n'est ni une science ni une théorie de la connaissance. Elle résulte du « choc causé par la vie elle-même » et a pu être définie comme une philosophie de l'échec et de l'appel. C'est à ce titre qu'elle occupe une place essentielle dans l'histoire de la pensée contemporaine.

Après Bourdieu, le travail de la critique

Dossier Coordonné par Hugues Jallon et Lilian Mathieu*

Mouvements, n°24 novembre-décembre 2002

La Découverte

Dans l'engagement de Bourdieu, la question de la transformation sociale tend à céder le pas à une posture de « résistance ». Faut-il y voir une forme politico-intellectuelle forte qui permet de maintenir une exigence de radicalité, de partir des luttes sociales réelles plutôt que d'un projet d'intellectuel utopique ou de politiques réformistes embourbées dans l'horizon borné de ce qui est actuellement possible ? Faut-il, au contraire, y déceler le signe de l'impuissance de la « sociologie critique » à penser un horizon de transformation ou à justifier, de façon raisonnée, des points d'appuis éthiques et politiques sur lesquels appuyer sa dénonciation ?

*avec la participation de Yannick Barthe, Sophie Béroud, Anne-Marie Devreux, Eric Fassin, Hélène Hirata, Bernard Lahire, Cyril Lemieux, Catherine Marry, Ilana Löwy, Lilian Mathieu, Gérard Mauger, Caroline Pollet et Emmanuel Renault.

**Harcèlement au travail
De quel droit ?**Denis Hanot
L'Harmattan

Beaucoup d'actes de harcèlement, de violence sur le lieu de travail relèvent du code pénal, y compris pour des fonctionnaires, pour des fautes et délits « banalisés » à l'administratif (article 111-5 du code pénal). Ce livre balaye les articles que peuvent utiliser les victimes de délits de chefs contre les droits de la personne au travail dans les secteurs public et privé.

Lors de la 15^{ème} session du congrès européen du collège de neuropsychopharmacologie (ECNP) qui vient de se dérouler à Barcelone, ont été présentés les résultats des études concernant un nouvel antipsychotique, l'aripiprazole, bientôt disponible, issu de la recherche du laboratoire Otsuka et développé en collaboration avec les laboratoires Bristol-Myers Squibb.

Le Pr H.Y. Meltzer, Professeur de psychiatrie et de pharmacologie de l'université de médecine Vanderbilt (Nashville, USA) a souligné que les antipsychotiques représentent un progrès très important dans la prise en charge des patients schizophrènes. Grâce à des mécanismes d'action pharmacologique différents, ils ont permis de réduire les effets indésirables, source de non-compliance. Les neuroleptiques typiques, antagonistes des récepteurs D₂, ont cliniquement une efficacité sur les symptômes positifs, mais restent peu actifs sur les éléments cliniques de la lignée déficitaire. D'autre part, ils induisent des effets secondaires gênants, avec en premier des effets extrapyramidaux qui peuvent représenter un handicap pour le patient.

Les antipsychotiques atypiques ont permis de réduire ce type d'effets secondaires, mais ne sont pas dénués d'effets indésirables : au premier plan de ceux-ci une prise pondérale mais aussi l'apparition d'une hyperprolactinémie et l'allongement de l'intervalle QTc, qui sont parfois des éléments suffisants pour justifier l'interruption du traitement.

**Un antipsychotique de profil
pharmacologique particulier**

L'aripiprazole agit, en effet, comme un agoniste partiel des récepteurs D₂ et des récepteurs sérotoninergiques 5-HT_{1A} et antagoniste des récepteurs 5-HT_{2A}.

Si on reprend l'hypothèse dopaminergique de la schizophrénie, le dysfonctionnement dans la transmission de neuromédiateurs de certains groupes neuronaux serait responsable des symptômes cliniques. En particulier, les symptômes positifs, comme les hallucinations ou les idées délirantes pourraient résulter d'une hyperdopaminergie dans les régions mésolimbiques, comme le confirment les études de neuro-imagerie. Les symptômes négatifs seraient quant à eux la résultante d'une hypodopaminergie frontale.

Certaines données récentes indiquent, de façon plus précise, que les neurones du cortex préfrontal dorsolatéral régulent l'activité sous-corticale dopaminergique, et que toute dysrégulation dopaminergique apparaît associée à des troubles dans ces mêmes zones préfrontales. Il y aurait ainsi un niveau de base dopaminergique diminué dans le cortex préfrontal dorsolatéral, comme conséquence d'une réduction de l'activité excitatoire de neurones glutamatergiques préfrontaux eux-mêmes reliés aux neurones dopaminergiques de l'aire tegmentaire ventrale. Cela entraînerait une adaptation du système dopaminergique à un niveau de base réduit, et une réponse exagérée lors de stress, c'est-à-dire lors de stimuli entraînant une production de dopamine. Selon le Pr A. Bertolino du département de neurosciences et de psychiatrie de l'hôpital de Bari (Italie), le cortex préfrontal pourrait être à l'origine de l'hypodopaminergie à l'état basal (avec comme traduction clinique, les symptômes négatifs) mais aussi de l'hyperdopaminergie lors d'hypersecrétion résultante des stimulations (symptômes positifs).

Ces données, transposées à la clinique, indiquent que les patients souffrant de schizophrénie pourraient tirer bénéfice d'un traitement régulant l'activité dopaminergique. Les premiers neuroleptiques ont comme mécanisme d'action un blocage des récepteurs D₂ efficaces dans les signes positifs, ils sont

L'aripiprazole : un nouvel antipsychotique

Le point sur les données les plus récentes

source d'effets extrapyramidaux par leur action de blocage des récepteurs situés en région nigrostriatale et tubéroinfundibulaire. Les antipsychotiques présentent un mécanisme d'action différent, avec un effet antagoniste sur les récepteurs D₂ mais aussi une activité sur les systèmes sérotoninergiques, avec un effet antagoniste sur les récepteurs 5-HT_{2A}. L'aripiprazole se différencie de ces mécanismes. Elle agit comme stabilisateur de la neurotransmission dopaminergique : agissant comme agoniste partiel, le niveau d'activation neuronal n'apparaît ni nul, ni total, permettant ainsi une activation partielle des récepteurs avec libération de dopamine. La régulation de son niveau ainsi que son autorégulation restent possibles. En situation d'hyperdopaminergie, l'aripiprazole fonctionne comme un antagoniste et améliore les symptômes positifs alors qu'en situation inverse elle agit en agoniste et améliore les signes négatifs. L'aripiprazole, par son profil agoniste partiel, permet une stabilisation de l'activité dopaminergique dans les zones nigrostriatales et tubéroinfundibulaires, limitant le risque d'effets parkinsoniens et d'hyperprolactinémie. L'activité sur les récepteurs sérotoninergiques présente également un intérêt clinique, comme l'a précisé le Pr Artigas, professeur à l'institut de recherche biomédicale de Barcelone (Espagne). L'activité sur les récepteurs 5-HT_{2A} est nécessaire pour parler d'antipsychotique par opposition aux neuroleptiques, elle serait nécessaire à la réduction des effets secondaires extrapyramidaux et à l'amélioration des signes négatifs. L'activité sur les récepteurs 5-HT_{1A} serait associée à une activité anxiolytique et antidépressive, avec également un effet thérapeutique sur les signes négatifs.

Efficacité, sécurité et tolérance

Plusieurs études actuellement disponibles mettent en évidence l'efficacité ainsi que la tolérance clinique de l'aripiprazole qui a été comparée à deux molécules efficaces, l'halopéridol et la rispéridone. Cinq groupes ont été étudiés sur une période de quatre semaines, avec 1391 patients schizophrènes et 247 patients souffrant de troubles schizo-affectifs, randomisés de la façon suivante : aripiprazole (à la dose de 20 à 30 mg), placebo ou médicaments actifs (soit halopéridol, soit rispéridone). Les résultats montrent l'efficacité de l'aripiprazole sur les scores obtenus à la PANSS, aussi bien sur les symptômes positifs que négatifs (différence significative par rapport au placebo, p<0,05). L'amélioration clinique mesurée par ces échelles était comparable dans les sous-groupes traités, montrant ainsi une activité anti-productive de

l'aripiprazole comparable à celle obtenue par halopéridol ou la rispéridone.

Avec le souci de vérifier le maintien de l'efficacité clinique, une étude a été menée contre placebo, pendant 26 semaines, sur une population totale de 310 patients schizophrènes stabilisés répartis en deux sous groupes. Les résultats montrent des rechutes significativement moins fréquentes dans le groupe traité, jusqu'à moitié moins de rechutes. On relève, en outre, une bonne tolérance neurologique ainsi que l'absence de prise de poids, puisqu'on n'observe aucune différence statistique avec le groupe placebo.

A été menée, sur une durée de 52 semaines, une étude multicentrique randomisée en double aveugle concernant 1294 patients schizophrènes en rechute aiguë. L'aripiprazole a été comparée à l'halopéridol, respectivement aux doses de 30 mg/jour (avec possibilité d'ajustement thérapeutique jusqu'à 20 mg) et 10 mg/jour (avec une diminution possible à 7 mg). Les résultats confirment autant l'efficacité que la tolérance de l'aripiprazole.

En effet, l'amélioration clinique (définie par une diminution des scores à la PANSS de 30% sur au moins 4 semaines), est discrètement meilleure dans le groupe aripiprazole et se maintient sur la durée de l'essai clinique. En revanche, si on observe une efficacité égale sur les symptômes positifs, l'aripiprazole offre un bénéfice clinique sur les signes négatifs - p=0,011 - ainsi que sur les symptômes dépressifs (mesurés par l'échelle MADRS) - p=0,031.

La tolérance apparaît également remarquable dans le groupe aripiprazole, avec une différence significative quant aux effets extrapyramidaux - p<0,01. Le poids varie de façon identique dans les deux groupes, avec un maximum de +3 kg chez les sujets de BMI<23 en 52 semaines - on trouve un amaigrissement chez les sujets obèses. Ces prises de poids ne diffèrent pas de celles observées avec un placebo. Sur le plan biologique, il n'existe pas d'hyperprolactinémie, le bilan lipidique est inchangé. L'intervalle QTc n'est modifié dans aucun de ces deux groupes. Les effets indésirables retrouvés avec les deux molécules sont essentiellement une insomnie (21% pour l'aripiprazole contre 20% avec l'halopéridol), une anxiété (13% avec aripiprazole vs 11% avec l'halopéridol) et une akathisie (13% avec l'aripiprazole vs 26% avec l'halopéridol).

Cette tolérance a eu comme conséquence un nombre plus faible de ruptures thérapeutiques - p<0,001. Il s'agit là d'une donnée importante, quant on sait, comme nous l'a rappelé le Dr Ferando Cañas, psychiatre, chef de service à l'hôpital psychiatrique de Madrid (Espagne), qu'un tiers environ des patients

LA REVUE FRANCOPHONE DE PSYCHO-ONCOLOGIE

Il s'agit d'une revue scientifique mais avant tout humaniste. Une façon innovante d'aborder le malade et sa maladie dans notre société. La psycho-oncologie, carrefour entre la médecine et les sciences humaines, et discipline unique en son genre, fait enfin l'objet d'une revue. La Revue Francophone de Psycho-Oncologie s'intéresse à tous les aspects psycho-sociaux du cancer et publie :

- des articles de méthodologie, de recherche clinique, des méta-analyses, des revues de la littérature ou des cas et observations cliniques, des comptes rendus, des notes de lecture ;
- dans les domaines de la médecine, la psychologie et autres sciences humaines (sociologie, anthropologie, économie) traitant des patients atteints de cancer et de leur famille ou soignants.

B.L.

Revue Francophone de Psycho-Oncologie, 1 rue Paul Cézanne, 75008 Paris. Tél. : 01 53 93 36 73. Fax : 01 53 93 36 83. e-mail : editions@springer-paris.fr

arrêtent leur traitement en moins d'un an, soit du fait d'une inefficacité de celui-ci, soit en relation avec des effets secondaires.

Peut-on envisager un relais de traitement par aripiprazole ?

Cette question a fait l'objet d'une étude de phase III, randomisée concernant 310 patients psychotiques stabilisés sur une durée de 8 semaines. L'aripiprazole, en monothérapie, a été proposée en relais d'un traitement par olanzapine, rispéridone ou halopéridol. Trois modalités de switch ont été testées : arrêt brutal du traitement antérieur et prise de l'aripiprazole à la dose de 30 mg, diminution progressive sur 15 jours du premier traitement et prise de l'aripiprazole à 30 mg, diminution du premier et augmentation progressive du second jusqu'à 30 mg.

Les résultats sont équivalents : la stabilisation clinique se maintient sous aripiprazole quelle que soit la stratégie de prescription. On note également une réduction des effets extrapyramidaux, de l'akathisie, du poids – sauf dans le groupe halopéridol -. Comme dans l'essai sur 52 semaines, on retrouve une diminution des taux de prolactine sanguin, ce qui apparaît intéressant pour la minéralisation osseuse, la libido et bien sûr les aménorrhées et galactorrhées induites.

Enfin, pour ce qui concerne la PANSS, on note une réduction significative du score après 8 semaines de traitement.

Une efficacité au cours des épisodes maniaques ?

L'efficacité anti-maniaque des neuroleptiques est souvent utilisée dans le traitement des épisodes aigus, dans 80 à 90% des cas selon le Pr G.B. Cassano, Professeur de psychia-

trie à l'université de Pise (Italie). Dans une population de 262 patients, une étude, contre placebo, a montré une amélioration significative des symptômes maniaques dès le quatrième jour, aussi bien sur l'échelle Y-MRS que la CGI-BP. Versus halopéridol, l'aripiprazole a été testée chez 338 patients dans une étude en double aveugle et sur une durée de 12 semaines. L'effet anti-maniaque apparaît identique dans les deux sous-groupes, avec une supériorité de l'aripiprazole quant à la survenue d'effets secondaires.

Quelles implications pour les patients ?

De moins en moins de psychiatres discutent encore l'intérêt des antipsychotiques en première intention face aux neuroleptiques. Présents depuis une dizaine d'années, ils ne sont pas dépourvus d'effets secondaires : gain de poids, allongement de l'espace QTc, hyperprolactinémie, troubles digestifs, hypotension et leurs conséquences ne sont pas négligeables et peuvent entraver la compliance au traitement. La compliance est la résultante de multiples facteurs, personnels comme l'âge ou le statut social, relationnels avec l'équipe de soins, liés à l'environnement et bien sûr liés au traitement utilisé. 50% des patients adhèrent à un traitement antipsychotique au long cours. Chez les patients en rupture thérapeutique, la rechute survient pour 50% d'entre eux dans l'année qui suit et entre 80 à 90% dans les deux ans. Il a été démontré que les rechutes sous traitement sont moins graves que celles survenant lors de rupture de soins.

Un traitement bien toléré aura d'autant plus de chance d'être poursuivi qu'il sera efficace, sans effet secondaire majeur et sans effet sur les constantes biologiques.

C'est ce qu'a formulé le Pr P.B. Jones, Professeur de psychiatrie à l'Université de Cambridge (Royaume Uni), quand il a souligné l'importance de passer d'un traitement « actif » à un traitement « efficace ».

Que retenir de l'aripiprazole ?

Selon le Pr Bourin, Professeur de pharmacologie à la faculté de médecine de Nantes (France), l'aripiprazole serait d'action « plus physiologique », respectant au mieux la transmission neuronale sans bloquer les possibilités de rétrocontrôle. A ce jour, plus de 3000 patients ont été traités, avec un recul de 2 ans et demi et l'aripiprazole semble confirmer ses promesses quant à sa tolérance et son efficacité chez les patients schizophrènes. Le traitement des premiers épisodes psychotiques est un enjeu majeur. Pour conclure, citon le Pr S. Kasper, Professeur de psychiatrie à l'université de Vienne (Autriche) : les études disponibles ont montré que l'aripiprazole présente un profil de tolérance excellent, une activité démontrée aussi bien dans le traitement de l'épisode aigu que dans le traitement au long cours de la schizophrénie. Ces données sont en faveur d'une meilleure compliance, d'une amélioration de la qualité de vie pour les patients. Ces résultats préliminaires devront être confirmés lors de la mise sur le marché de ce nouvel antipsychotique, prévue pour l'année 2003 aux USA et en Allemagne, la commercialisation en France devant suivre rapidement. Selon nos informations, le nom commercial pourrait être Abilify™. ■

Corinne Ducroix
CH Sainte Anne

A noter : La transcription des termes « antipsychotic » et « atypical antipsychotic » a été respectivement neuroleptique et antipsychotique, comme il est d'usage habituel en France.

L'APA à la loupe

Du 18 au 23 mai 2002, plus de 15 000 psychiatres, des quatre coins du monde, se sont retrouvés à Philadelphie au 155^{ème} congrès de l'American Psychiatric Association. D'autres thèmes ont été reppelés en France lors de la soirée de « L'APA à la loupe », proposée par le laboratoire Sanofi-Synthélabo. Cette manifestation réunissait 1500 invités avec les commentaires, à Paris, de trois éditorialistes, le Docteur F. Caroli et les Professeurs J.F. Allilaire et F. Rouillon. Les interviews filmées des cinq psycho-reporters, psychiatres français qui ont assisté à Philadelphie au congrès de l'APA, ont illustré plusieurs sujets sous forme de reportages. Une place importante a été donnée à la schizophrénie avec une importance particulière donnée à la prise en charge précoce jusqu'au contexte socio-économique et éducationnel. Le Pr. Sartorius de Genève a pointé l'insuffisance des prises en charge de la schizophrénie en milieu carcéral où l'on trouve un grand pourcentage de malades mentaux. Des études aux USA ont confirmé la souffrance du personnel pénitentiaire vis-à-vis de la peine de mort, avec un taux important de PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Le Pr. Mc Gorry qui est australien a insisté sur l'importance du diagnostic précoce de la schizophrénie et du traitement multidimensionnel du patient comme de sa famille, dès la phase prodromique, notamment par des antipsychotiques à faibles doses et une approche psychothérapique et psychosociale de type cognitivo-comportementale. L'étude du Pr. Mc Gasham a montré que 50 % des patients ont confirmé un diagnostic de schizophrénie dans l'année qui suivait leur inclusion. Durant le congrès, des films ont été projetés, comme « Memento ». Ce film narre

la course d'un homme qui n'a de cesse de rattraper son passé en fuite. C'est pourquoi, il se fait tatouer, sur son corps, les événements importants de sa vie.

Outre la communication du Pr. Swan de Houston sur le syndrome d'impulsivité, lié aux systèmes GABA et sérotoninergique, et diverses interventions sur des études comparatives « Antipsychotiques versus neuroleptiques transitionnels », le Pr. Fishman de l'Université de Columbia a montré des acquis dans le domaine des neurosciences à propos des schizophrénies, la théorie de la neurodégénérescence pouvant induire des applications thérapeutiques, par déprogrammation et culture de cellules souches.

Le débat filmé entre Mac Lean de Philadelphie et Petitjean de Paris, portait sur la différence de l'organisation des soins aux Etats-Unis et en France. Des distinctions notables existent entre états américains. Aux USA, l'Etat se dégage financièrement des soins alors qu'un américain sur six ne possède aucune couverture sociale. Les solutions alternatives, les prises en charge à long terme sont beaucoup plus rares qu'en France. La DMS hospitalière y est généralement de 3-5 jours et de trois semaines pour les hôpitaux de jour. La thérapeutique y est, surtout, médicamenteuse et accompagnée de programmes psycho-éducatifs. Les troubles bipolaires ont occupé une place importante au congrès de Philadelphie. Leur prévalence de 1% semble sous-estimée puisque le Pr. Calabrese de Cleveland a évoqué une prévalence effective de 3,4% et le taux de troubles bipolaires dans les prisons serait de 25%. Les pédopsychiatres affinent les diagnostics différentiels entre troubles bipolaires et syndrome ADHD (Attention Déficit Hyperactivity Disorders).

Chez les pré-adolescents, la prévalence des troubles bipolaires semble également sous-estimée. Ellen Frank de Pittsburg a observé la précocité d'accès dépressifs qui précèdent de quelques années les accès maniaques.

Le Pr. Willems de Boston a mentionné une association fréquente des troubles bipolaires avec les toxicomanies. Ce risque de comorbidité est multiplié par 2,5 pour des adolescents de plus de 12 ans. L'abord thérapeutique doit commencer par le traitement des troubles bipolaires. Quant au sous-type concernant les personnes âgées, Ellen Frank a remarqué que la latence y est beaucoup plus longue, que l'âge de survenue des dépressions se situe vers 40 ans alors que les épisodes maniaques apparaissent plus souvent après 50 ans.

Résumer la totalité du congrès de l'APA est impossible. En voici quelques moments reportés en France, sans oublier l'émouvante intervention du président de l'APA, le Pr. Harding, à propos des événements du 11 septembre 2001 et la perte de deux collègues lors de l'écroulement de la deuxième tour du World Trade Center.

Le Dr Spencer a insisté sur le débordement des « Unités de réserve psychologique » et l'augmentation notable des tableaux de « PTSD », d'angoisse de séparation et d'attaque de panique.

Ce 155^{ème} congrès de l'APA a complété les acquis cliniques et thérapeutiques sur de nombreux thèmes, avec quelques avancées qui seront certainement largement développées lors du 156^{ème} congrès de l'APA à San Francisco. ■

M. Mazodier*

* Praticien hospitalier, SM15 de Paris, Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris.

LIVRES

Freud face au juge fou à propos des Mémoires d'un névropathe de Daniel Paul Schreber

Mario Cifali
Eshel

La gravité du conflit psychique, source de haine persécutrice et de culpabilité punitive, le trouble profond du conflit œdipien, plus ou moins intense, le danger extrême du conflit qui rend délirant, comme dans le cas de Schreber, dépend du *surmoi* castrateur d'Eros, du *surmoi* moral, pure culture de la mort. Freud, aussi bien que Nietzsche et d'autres dans leur sillage, ont reconnu l'action pémicieuse chez l'homme, devenu barbare, cruel et insensé, de cet adversaire qui démolit la présence de la vie édifiante en soi. Pour Mario Cefali, on ne s'en rend pas suffisamment compte, même dans maintes théorisations psychanalytiques, l'œuvre des injonctions contre nature de ce *surmoi* crée, dans la vie psychique, une situation désespérée de révolte, de heurts internes, que le retour du refoulé signale dans les manifestations névrotiques et psychotiques. L'action nocive de ces injonctions, reflétant l'incapacité d'aimer, est à l'origine du monde fantasmatique habité de tendances perverses pouvant mener jusqu'à l'expression folle de la conduite humaine.

L'éducation morale dans le mouvement de l'Education nouvelle

Annick Raymond
L'Harmattan

A la fin du XIX^e siècle, l'Éducation nouvelle, comme mouvement pédagogique naissant, apportait une réponse singulière : en revendiquant le respect de la nature de l'enfant, elle s'obligeait à se démarquer de toute éducation autoritaire. Ce principe pédagogique n'a pas suffi à fédérer ses partisans autour d'une conception unifiée de l'éducation morale, comme en témoignent les congrès successifs de la *Ligue Internationale pour l'Education nouvelle*. Cet ouvrage tente de comprendre comment et pourquoi les pédagogues de l'Éducation nouvelle se divisent sur la question de l'éducation morale. Son aspect original tient dans sa méthodologie qui choisit d'analyser le mouvement de l'Éducation nouvelle dans son ensemble et tout au long de son histoire sans se centrer sur la pensée d'un seul de ses pédagogues ni privilégier l'un de ses courants.

Le bigot et le pèlerin A la frontière du psychique et du religieux

Jean-François Noël
Les éditions du Cerf

Moine prêtre et psychanalyste, Jean-François Noël tente de définir la relation du psychique et du religieux, leur collaboration, voire leur concurrence. Et comment un travail thérapeutique peut réveiller ce religieux ou, au contraire, l'étouffer. Dans la Bible, Dieu ne s'offusque pas de se révéler au psychisme humain, quitte à être « imaginé ». Bien ou mal d'ailleurs. Le bigot, l'indigné, le superstitieux élaborent une image comode et sécurisante de Dieu, mais aussi figée. Ils se refusent à une expérience qui dépasserait l'imaginaire et l'ouvrirait à un ailleurs : l'expérience symbolique. Ce que justement le bon larron, les pèlerins d'Emmaüs, l'enfant prodige, le publicain et la Samaritaine vont être amenés à vivre... L'expérience symbolique, serait une autre manière de parler de guérison.

LIVRES

Comment sanctionner le crime ?

Collectif « Octobre 2001 »

Trajets -Erès

A l'occasion du XX^e anniversaire de l'abolition de la peine de mort en France (loi du 9 octobre 1981), l'Association française de criminologie (AFC) a pris l'initiative de constituer le Collectif d'associations « Octobre 2001 » avec trois objectifs

- saluer le vote du Parlement de 1981 qui a permis à la France de rejoindre la famille des nations abolitionnistes ;

- participer à la mobilisation internationale pour l'abolition universelle de la peine de mort, de la torture et des traitements inhumains ou dégradants ;

- initier une réflexion, aussi large que possible, sur la façon de sanctionner les crimes les plus graves, en Europe, au XXI^e siècle, dans le respect des Droits de l'homme.

Dans cette perspective, il s'agit de poser clairement et sans angélisme la question de la réclusion criminelle à perpétuité, des périodes de sûreté qui interdisent toute forme d'aménagement des peines, des très longues peines, mais aussi des rapports entre crime et folie, justice pénale et prise en charge psychiatrique, sanction et obligation de soins.

Les maladies de la volonté

Théodule Ribot

L'Harmattan

Dans cette étude du père de la « psychologie scientifique » française, la *volition* apparaît comme un ensemble où interviendront, en *coordination hiérarchisée*, les *tendances à l'action* (désirs, sentiments, représentations idéo-motrices, jugement pratique...) et à l'arrêt, ou inhibition. Il y a là comme « la sublimation » des éléments inférieurs d'états conscients et inconscients propre à l'expression psychique. Il s'agit en fait d'une *résultante toujours instable*, toujours prête à la décomposition et dont la dissolution pathologique suivra une *désintégration régressive*, du plus complexe au plus élémentaire.

L'abstraction philosophique de la *Volonté* sera, par le biais de ses maladies, finalement réduite à la métaphore du Verdict d'un jury dont l'exécution appartiendra aux seules forces des affects, des tendances caractérielles et des images. Si la volonté est « cause », c'est surtout une... cause entendue.

Psychologie en néphrologieSous la direction de Dominique Cupa
Editions EDK

A la suite du premier colloque organisé en janvier 2001, au Palais du Luxembourg, à Paris, sur la psychologie en néphrologie, cet ouvrage est composé des interventions qui y ont été faites, ainsi que de quelques autres travaux. Réalisé par des néphrologues, un transplantateur, une généticienne, des psychiatres, des psychologues, une psychanalyste et un administratif, il montre, avant tout, l'intérêt que les différents acteurs de services médicaux portent aux problèmes psychologiques liés à une pathologie lourde comme l'insuffisance rénale terminale, et combien ils recherchent un mieux-être pour leurs patients. Il démontre, également, que la psychologie n'est pas une chasse gardée réservée aux seuls psychologues.

Ont participé à cet ouvrage J.F. Allilaire, Cl. Buisson, S.M. Consoli, D. Cupa, D. Damigos, J.-P. Dubois, Cl.-A. Dupuy, M.-L. Gourdon, J.-P. Juquel, Ch. Legendre, M. Levy, S. Pucheu, P. Raymond, H. Riazuolo-Deschamps.

Un des arguments de l'unification des Troubles de l'Humeur sous la rubrique « Psychose Maniaco-Dépressive » Par E. Kraepelin est le fait que les manifestations maniaques et dépressives étaient souvent présentes simultanément. Ainsi, la « Mixité » est un des marqueurs principaux de la « Bipolarité ». Selon Kraepelin, il suffisait à un patient de présenter l'une des trois composantes des états affectifs (activité psychomotrice, humeur et pensée) dans une polarité opposée à celle des autres composantes pour mériter le diagnostic « d'Etat Mixte ».

Le consensus adopté par le DSM-IV (1994) a utilisé une définition assez rigide de « l'Etat Mixte » : un épisode maniaque associé à un syndrome dépressif complet (au moins cinq symptômes dépressifs). Cependant, les études récentes consacrées aux formes « Mixtes » ou « Dysphoriques » de la manie ont montré que la coexistence de la manie avec une dépression sub-syndromique représentait la forme clinique la plus fréquente de la manie mixte (Bauer et al, 1994 ; McElroy et al 1992, 1995 ; Perugi et al, 1997 ; Cassidy et al, 1998).

Etude Epiman

Du fait de controverses pour définir la dysphorie associée à la manie, une étude épidémiologique française Epiman a été mise en place en 1995, par Sanofi-Synthelabo, selon un protocole élaboré par un Comité Scientifique franco-américain. Cette étude a été réalisée par 23 investigateurs répartis dans 4 centres français (Besançon, Bordeaux, Marseille et Paris) et a inclus 104 patients hospitalisés pour un épisode Maniaque défini selon les critères du DSM-IV. Les résultats (Akiskal et al, 1998) ont révélé que la « Manie Mixte », définie par la présence simultanée d'au moins deux symptômes dépressifs, représente une forme prévalente (environ plus d'un tiers des manies hospitalisées) et cliniquement autonome. Elle a, par ailleurs, permis d'identifier certaines caractéristiques de la « Manie Mixte » : prédominance féminine ; long délai pour la reconnaissance diagnostique ; moindre représentation des symptômes maniaques typiques ; fréquence accrue des éléments psychotiques et obsessionnels associés ; présence plus importante des traits des Tempéraments Dépressifs et Cyclothymiques. Ces données suggèrent que la « Manie Mixte » ne représente ni une forme extrême ni un stade terminal de la manie. En revanche, la « mixité » est le mieux définie par une superposition d'une dépression sub-syndromique dans un épisode maniaque. De plus, elle se conçoit comme une intrusion de la manie dans un Tempérament de polarité « opposée », en particulier des traits dépressifs permanents, favorisée par le sexe féminin. Epiman a montré également la faisabilité de l'auto-évaluation (faite par le patient) en phase maniaque aiguë, des perturbations de l'humeur ainsi que des Tempéraments affectifs (Akiskal, 1998). Bien que cette étude ait inclu 104 patients maniaques hospitalisés, la taille de cette population s'est avérée insuffisante pour garantir une stabilité des structures factorielles obtenues. Il a donc semblé opportun de vérifier, dans une population plus large de patients présentant une manie, les données de l'étude, notamment celles qui concernent les analyses factorielles des dimensions syndromiques de la manie et des Tempéraments affectifs (Azorin et al, 2000).

Etude Epiman II-Mille

Cette nouvelle étude avait donc pour objectif de valider les résultats de l'étude Epiman dans une population plus large (1000 patients) d'hommes et femmes âgés de 18 à 65 ans, hospitalisés pour un épisode maniaque (DSM-IV) identifié comme appartenant à un Trouble

Epiman II-Mille : étude épidémiologique dans la manie*

Bipolaire primaire afin d'estimer la fréquence et d'explorer les aspects cliniques des Manies Mixtes, de préciser les caractéristiques psychotiques et anxieuses associées, d'évaluer les dimensions de stabilité-instabilité et le rôle des Tempéraments affectifs.

Le protocole de cette étude épidémiologique, multicentrique, observationnelle a été élaboré par un Comité Scientifique (Pr H.S. Akiskal, UCSD-San Diego ; Pr J.M. Azorin, Marseille ; Dr E. Hantouche, Paris) et l'étude mise en place auprès de psychiatres hospitaliers (secteurs publics et privés) répartis sur l'ensemble du territoire français sous la responsabilité de 19 Coordinateurs régionaux. Au total, 1090 patients maniaques ont été inclus par 317 Psychiatres investigateurs sur une période de 16 mois. L'âge moyen de la population était de 43 ± 14 ans avec une prédominance féminine (57,7%). Le Trouble Bipolaire à l'inclusion était connu chez 68,5% des patients, le nombre d'épisodes thymiques sur la vie entière de 7,2 ± 8 et 66% d'entre eux avaient déjà eu des hospitalisations multiples. Les premières analyses ont permis de montrer que les résultats d'Epiman II-Mille confirment ceux d'Epiman quant à la mixité, phénomène fondamental de bipolarité avec le facteur Dépression comme premier facteur principal de la manie, de valider le seuil arbitraire d'au moins 2 symptômes dépressifs associés à la manie ou un score d'au moins 6 sur l'échelle MADRS-6 items, et de montrer qu'il existe une double dimension de mixité à la fois émotionnelle-cognitive et psychomotrice. Par ailleurs, les résultats ont confirmé, dans la manie mixte, la prédominance féminine et mis en évidence les masques trompeurs de l'anxiété et des troubles de la personnalité, la présence de caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur (délires, hallucinations), une récurrence, une instabilité, un risque suicidaire important, un retard à l'instauration de traitement approprié et des Tempéraments pré-morbides plus complexes. La fréquence des manies psychotiques au sein des 1090 patients est de 50%, avec des patients plus jeunes et célibataires, une polarité maniaque du premier épisode de la maladie, une intensité plus sévère de la symptomatologie maniaque, un abus de substances associé (hors alcool) plus important, des diagnostics antérieurs portés de schizophrénie et autres troubles psychotiques. Parmi les manies psychotiques congruentes (33,4%), le sexe ratio est de 1, les idées délirantes les plus fréquentes sont les idées de grandeur et religieuses. On retrouve égale-

ment une logorrhée, une distractibilité, des associations par assonances et le rôle du Tempérament hyperthymique. En revanche, dans le sous-groupe des manies psychotiques non congruentes, le sexe ratio est de deux femmes pour un homme, les idées délirantes sont des idées de persécution, somatiques, de référence. On retrouve également des hallucinations auditives, un comportement agressif, des phénomènes pathologiques inter-critiques, une instabilité de l'humeur, un niveau élevé de dépression associée et le rôle du Tempérament irritable. Ces résultats sont les premiers d'une grande série, puisque cette étude, de par son envergure, plus de 1000 patients inclus, constitue une véritable banque de données qui permettra de nombreuses analyses sémiologiques plus fines, permettant une meilleure connaissance des différentes formes cliniques de la manie. Epiman II-Mille, après Epiman et EPI-DEP confirme l'implication de Sanofi-Synthelabo puisqu'il s'agit de la plus grande étude épidémiologique réalisée tant en France que sur le plan international, dans le domaine des Troubles Bipolaires et particulièrement dans la manie. ■

G.M.

Conférence de presse organisée par Sanofi-Synthelabo le 18 octobre 2002 à Paris.

Bibliographie

- AKISKAL H.S., HANTOUCHE E.G., BOURGEOIS M.L. et al, *Gender, temperament and the clinical picture in dysphoric mania: Findings from a French National Study (Epiman)*, J. Affect. Dis., 1998, 50, 175-186.
- AZORIN J.M., HANTOUCHE E.G., AKISKAL H.S. et al, *Structure factorielle de la manie*, Ann. Méd. Psychol., 2000, 158 (4^e) ; 279-289.
- BAUER M.S., WHYBROW P., GYULAI L. et al, *Testing definitions of dysphoric mania and hypomania: prevalence, clinical characteristics and inter-episode stability*, J. Affect. Disord., 1994, 32, 201-211.
- CASSIDY F., FOREST K., MURRY E. et al, *A factor analysis of the signs and symptoms of mania*, Arch. Gen. Psychiatry, 1998, 55, 27-32.
- KRAEPELIN E., ROBERTSON GM, BARCLAY RM. (eds, trans) (1976), *Manic-depressive insanity and paranoia*, Edinburgh, Livingstone, 1921. Reprinted New York, Ayer Company Publishers.
- MCELROY S.L., KECK P.E., POPE H.G. et al, *Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania*, Am. J. Psychiatry, 1992, 149, 1633-44.
- MCELROY S.L., STRAKOWSKI S.M., KECK P.E. et al, *Differences and similarities in mixed and pure mania*, Compr. Psychiatry, 1995, 36, 187-94.
- PERUGI G., AKISKAL H.S., MICHELI C. et al, *Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader european definitions in 143 cases*, J. Affect. Disord., 1997, 43, 169-80.

**Centre de Rééducation Professionnelle
situé à Arcueil (94)**

recrute

un(e) Psychiatre à temps partiel

(8 heures par semaine) réparti sur 2 demi-journées

Vous êtes intéressé(e) par la réinsertion professionnelle d'adultes en reconversion suite à des difficultés de santé.

Vous interviendrez au sein d'une équipe médico-psycho-sociale en lien avec l'équipe pédagogique et assurerez le suivi des stagiaires sur l'ensemble du parcours en tenant compte de la dimension santé/travail et de la dimension institutionnelle.

Rémunération selon CCN 51 FEHAP à partir de 1430 € brut mensuel selon expérience.

Adresser candidature et motivation à :

Monsieur le Directeur, CRP Vivre, 54 avenue F.V. Raspail
94117 Arcueil Cedex

Les parcours Alzheimer*

Un bref survol de l'évolution des idées et des connaissances concernant les démences a permis à Jean Perret d'expliquer pourquoi il a choisi *Les Parcours Alzheimer*. Au début du XIX^{ème} siècle le terme de démence rassemble tous les états psychiques se caractérisant par la perte de tout « entendement ». Très rapidement apparaît le concept de confusion mentale ou « stupeur », puis celui de retards intellectuels.

Les démences vont ensuite se diviser en deux catégories :

- les démences résultant d'une affection purement psychique ou « démences vésaniques »,
- les « démences organiques » avec lésions tôt reconnues du système nerveux central.

C'est de ce groupe des démences organiques que naîtra à la fin du XIX^{ème} siècle « la démence sénile ». Au même moment, en effet, on attache une grande importance à la période de la vie à laquelle les troubles apparaissent d'où les adjectifs : « précoce, pré-sénile ou sénile ».

Comme l'affection comporte à la fois des phénomènes déficitaires intellectuels et des productions oniriques ou délirantes, on conçoit que les démences précoces aient pu évoluer vers la « schizophrénie », alors que les démences séniles et pré-séniles aient, elles, pu évoluer vers les diverses démences organiques. Dans les années 50 « les démences pré-séniles » regroupaient outre la maladie d'Alzheimer, la maladie de Pick et la maladie de Creutzfeldt-Jakob qui est désormais une « maladie à prions ».

Dans les années 70, on rapproche sur des caractéristiques cliniques et neuropathologiques, « la démence sénile » et la maladie d'Alzheimer.

Aujourd'hui la maladie d'Alzheimer est devenue le chef de file emblématique de l'ensemble des démences de l'adulte, ensemble qui s'est beaucoup enrichi (Démence frontotemporale, maladie des corps de Lewy, dégénérescences cortico-basales...). Trois faits peuvent expliquer cette position :

- l'un statistique, c'est l'affection la plus fréquente (60%) ;
- l'autre socio-psychologique : le terme de « démence » a une connotation péjorative sur son versant déficitaire, alors que sur son versant « productif », l'ambiguïté persiste avec d'autres affections mentales. Ces connotations péjoratives et ambiguës conduisent les patients et les familles à redouter ce diagnostic, donc à en masquer les troubles ou à retarder la consultation ;
- le dernier neuropsychologique car la mémoire n'est pas le seul domaine déficitaire. Les démences sont des maladies comme les autres dont on doit faire connaître les symptômes et les signes qui en permettent le diagnostic, les examens complémentaires utiles, les lésions responsables. Même si leurs origines sont encore inconnues, la recherche permettra de les découvrir, recherche qui a déjà permis de mettre au point des traitements, avec les limites d'efficacité actuelles que l'on connaît.

Une approche multidisciplinaire

*Point de vue du gériatre :
Professeur Françoise Forette*

L'heure est venue d'une prise de conscience générale du corps médical face aux insuffisances dans la prise en charge de la MA ; au-delà des spécialistes de la maladie, les généralistes et les spécialistes de tous bords (tels les rhumatologues et les cardiologues par exemple) doivent être mobilisés. En effet, alors que l'on dispose de traitements efficaces dans les formes légères à modérées de la MA, voire dans les formes plus sévères, seuls 20

à 50% des cas de MA sont aujourd'hui diagnostiqués en France et seuls 15 à 20% sont effectivement traités !

Il faut donner les moyens à tous les professionnels et à toutes les familles qui détectent les signes d'alerte d'une possible MA, soit d'adresser le patient à un spécialiste de la MA, médecin référent (neurologue, gériatre ou psychiatre), soit de diriger le patient vers un Centre de Consultation Mémoire tels ceux qui étaient prévus dans le plan Kouchner et qui doivent se mettre en place sans tarder.

*Point de vue du neurologue :
Docteur Pierre Hinault*

Face à un malade atteint de MA et à son entourage, une première mission du neurologue est celle de l'organisation d'une expertise diagnostique ; expertise nécessaire en cas de doute sur la réalité d'une MA à son début, en cas de doute sur le type d'une démence dégénérative (MA, démence à corps de Lewy, démence athéroscléreuse, démence frontotemporale), en cas de possibilité de maladie organique curable pouvant simuler une démence dégénérative.

Le neurologue peut lui-même s'appuyer sur des centres experts, spécialisés dans l'évaluation des troubles de la mémoire et des fonctions supérieures.

Une deuxième mission du neurologue est celle de la prescription initiale d'un traitement par anticholinestérasique. En médecine de ville, la consultation du neurologue est un point de passage quasi obligé : tout patient MA, en médecine de ville, est vu 1 fois à 2 fois par an par un neurologue. Devant l'augmentation prévisible de la charge dans les années à venir (1 million de patients en 2010, démographie des neurologues en baisse), le réseau professionnel qui assurera la prise en charge des MA fera une place croissante aux généralistes.

*Point de vue du psychiatre : Professeur
Philippe-Henri Robert*

La maladie d'Alzheimer ne se résume pas, tant s'en faut, à l'affaïssement progressif de la mémoire et de l'ensemble des troubles cognitifs. La prise en charge des troubles psycho-comportementaux au quotidien, non seulement médicamenteuse mais aussi psychothérapique, comportementale et environnementale, permet souvent et longtemps d'améliorer la vie des patients... et de leur entourage. Ainsi pour l'apathie ou l'élément dépressif du tableau de la MA, ainsi pour les états d'anxiété, d'agitation ou de délire qui accompagnent ou émaillent l'évolution de la maladie.

Les parcours Alzheimer

Les *Parcours Alzheimer* sont édités par Janssen-Cilag. Acalis, spécialisé dans les éditions médicales éducatives, en est l'éditeur délégué. La direction du projet est assurée par le Comité Scientifique et Ethique, coordonné par le Pr Jean Perret, et constitué de 40 personnalités représentant les trois disciplines concernées. Intervenant à toutes les étapes de la réalisation des *Parcours Alzheimer*, il a pour mission essentielle de valider les textes du programme au plan scientifique et au plan éthique.

La méthode de réalisation des *Parcours Alzheimer* applique un plan en trois phases :

- Phase A : élaboration d'un matériel éditorial préliminaire ;
- Phase B : élaboration du matériel éditorial définitif ;
- Phase C : diffusion du Thesaurus.

La phase A, déjà réalisée, a consisté d'abord à faire élaborer un Registre des situations et

des problèmes par le Comité Editorial constitué d'une cinquantaine de spécialistes (neurologues, gériatres, psychiatres). A partir de ce Registre, inventaire à visée exhaustive des questions qui se posent lors de la prise en charge de la démence d'Alzheimer, le Comité Scientifique et Ethique a hiérarchisé les thèmes à traiter en priorité. Les thèmes sélectionnés font l'objet d'une rédaction préliminaire sous forme de « Parcours », déroulé de la prise en charge d'un malade avec mise en exergue des points clés et des problèmes qu'ils sous-tendent.

La phase B a pour objectif de faire participer un grand nombre de praticiens (600) à l'analyse, la critique et l'enrichissement des Parcours préliminaires lors des 6 Séminaires de Rédaction qui se dérouleront de novembre 2002 à juin 2003. Les participants à ces séminaires sont également sollicités pour proposer, à la lumière de leur expérience pratique, les éléments qui serviront à la rédaction des réponses et commentaires aux points clés. Enfin, ils découvriront le processus communautaire d'actualisation des savoirs et d'ajustement des pratiques : chaque participant, à la fois utilisateur-auteur du Thesaurus et dépositaire d'une partie des savoirs professionnels, contribue à la mise en commun des connaissances et intègre à sa propre pratique le fruit de l'expérience communautaire. A l'issue des séminaires, le Thesaurus est rédigé en tenant compte des critiques et suggestions émises lors des séminaires.

La phase C correspond à la mise à disposition du Thesaurus auprès des spécialistes, des généralistes et, éventuellement, auprès des aidants et des familles. Deux formatages rédactionnels sont prévus (sous une forme im-

LIVRES

L'âge de la maturité

Essai

Thérèse Nehr
L'Harmattan

L'âge de la maturité prend naissance entre 55 et 65 ans et correspond, aujourd'hui, au passage de la vie active professionnelle à celle de la retraite. Cette génération est, probablement, la dernière à être confrontée à ce que l'on appelle la retraite/couperet. Le changement de nature de notre société fait pressentir que l'activité professionnelle ne sera plus le but essentiel d'une vie et encore moins l'incarnation d'une identité sociale. La génération actuelle de 55/65 ans est pionnière d'une expérience jamais vécue avant elle par d'autres générations, elle se situe à la jonction de deux mondes totalement étrangers l'un de l'autre et subit, de plein fouet, une mutation de société la laissant désemparée.

primée et sous une forme Internet) :

- un formatage pour usage pédagogique en groupe,
- un formatage pour une aide individuelle en « situation réelle ».

Lors de cette phase le processus communautaire d'actualisation des savoirs et d'ajustement des pratiques se poursuit : chaque utilisateur peut faire évoluer le contenu du Thesaurus en proposant une expérience personnelle jugée pertinente par ses confrères. ■

F.C.

*Conférence de presse organisée à Paris le 3 octobre 2002 par le laboratoire Janssen-Cilag.

POURQUOI UNE BD SUR LA DÉPRESSION DE L'ADULTE ?*

Au-delà de l'approche thérapeutique, Pfizer informe et sensibilise les patients sur la nature des troubles dépressifs en publiant la bande dessinée *Une si longue nuit*.

Pour soigner une dépression, il convient avant tout de la repérer et d'en parler à son médecin. Ce qui n'est pas toujours évident. La mise à disposition d'une BD qui en retrace, au travers d'une histoire simple, les différents symptômes peut contribuer à identifier plus rapidement ce trouble et donc aider le patient à faire le premier pas : aborder le sujet avec son médecin. Cette BD est donc avant tout un outil pour faciliter la discussion autour du trouble dépressif. C'est aussi un moyen d'en savoir plus sur la maladie. Pour cela, le lecteur retrouvera dans les dernières pages une série de réponses aux principales questions qui se posent sur la dépression.

L'intérêt d'utiliser la BD comme outil d'information a été démontré quand Pfizer a publié *La menace d'Anubis* l'année dernière. Cette BD qui a rencontré un succès certain a permis de présenter de façon pédagogique la symptomatologie du TOC.

L'équipe qui a réalisé l'album se compose de cinq personnes : un scénariste, deux dessinateurs, un cahieriste et un directeur artistique sous l'autorité du Professeur Henri Loo qui a rédigé un colorier des charges précis des messages à faire passer. Il est le garant de la rigueur scientifique et a contrôlé chaque étape de la création.

Le scénariste Jean-Louis Fonteneau, auteur de nombreux albums dans le domaine de la santé, est également scénariste d'une série aux Editions Bayard. Il a écrit la fiction, a défini la typologie des personnages, a rédigé le scénario et les dialogues.

Les dessinateurs Michel Durand (Editions Dargaud) et Louis Alloing (Bayard) ont été choisis pour leur complémentarité : l'un a créé les personnages et a réalisé les crayonnés, l'autre l'encrage ; enfin Patrice Guillon s'est chargé de la mise en couleur.

Le scénario est le suivant : Julie Deville, en mission au Québec. Elle y rencontre Lisa Belmont, actrice célèbre, qui est au bord du gouffre.

Lisa perd pied depuis des mois. Elle vit cloîtrée, refusant tout contact, ne pouvant plus assumer le quotidien. Elle se dévalorise, elle ne supporte plus sa propre image, sabordant une carrière des plus prometteuses. Elle refuse l'aide de son entourage, ne souhaite pas dialoguer ; elle n'a plus d'autre issue que l'abandon dans l'alcool.

Un soir, Lisa confie à Julie le terrible secret qui la ronge, mais au matin, elle a disparu. A-t-elle été enlevée ? A-t-elle mis fin à ses jours ? Julie se lance à la recherche de son amie, sur une piste semée d'embûches et de dangers.

Comment sauver Lisa ? Comment l'arracher aux griffes de ses ennemis ? Julie parviendra-t-elle à détourner son amie de cet appel du vide, de cette plongée dans le monde glacé où elle voudrait se dissoudre ? Sort-on vraiment indemne de cette si longue nuit où la dépression peut nous plonger ?

Tout comme pour *La menace d'Anubis*, c'est sur simple demande auprès de leur délégué Pfizer que les médecins généralistes et les psychiatres pourront se procurer la BD *Une si longue nuit* pour ensuite la proposer à leurs patients. ■

G.M.

*Conférence de presse organisée par Pfizer le 2 octobre 2002 à Paris.

LIVRES

Écriture de soi et narcissisme

Sous la direction de Jean-François Chiantaretto
Erès

Cet ouvrage pose la question de l'écriture autobiographique, de l'écriture de soi dans son rapport au narcissisme, dans ce qu'il recouvre de faille dans l'amour de soi. Les termes du problème sont d'abord posés au regard de la psychanalyse, mais aussi de l'histoire, en montrant que, dans l'écriture de soi, le plus intime devient, de manière paradoxale, le plus impersonnel, voire le plus insaisissable, comme chez Derrida. L'exposition de soi est explorée, ensuite, dans la littérature à travers le mythe de Narcisse qui meurt lorsqu'il se rencontre, des écrits autobiographiques. Celui de Schreber met en évidence la fonction du double dans ce type d'écriture de soi, comme l'emploi de multiples pseudonymes pour Saint-John Perse, quand il parle de lui, constitue une défense contre un effondrement s'il venait à s'unifier sous un seul nom. Enfin, à partir de la clinique, est analysé l'enjeu de construction et de destruction de celui qui se prête à une écriture autobiographique. Dans ce type d'écriture, le texte se présente comme lieu d'élection et d'incarnation d'une représentation de soi, ayant pour mission de donner corps à ces illusions narcissiques qui, tout à la fois, font vivre le sujet et l'empêchent de vivre, ce dont témoigne l'écriture adolescente, plus particulièrement celle du journal intime.

Ont collaboré à cet ouvrage : Anne Clancier, Georges-Arthur Goldschmidt, Philippe Gutton, Simon Harel, Michèle Huguet, Ghyslaine Levy, Régine Robin, Anne Roche, Jacqueline Rousseau-Dujardin, Catherine Wieder.

**Le corps défendant
Allergique à quoi ?**

François-Bernard Michel
Gallimard

Le corps se défend pour survivre dans son environnement de microbes, parasites et autres agresseurs. Il lui arrive, aussi, d'inverser ses défenses biologiques et psychiques, à son corps défendant. Ce pourrait être les mots de l'asthmatique ou de l'eczémateux allergiques pour déplorer que l'allergie, moyen de défense vital, les rende malades, jusqu'au risque de mourir d'anaphylaxie. Le corps est le théâtre d'une guerre mettant en scène ses anticorps. *Anti-quels-corps ?* L'auteur cite en exemple l'allergique Proust, Valéry, Gide, Rilke, ultrasensibles et ultraréactifs. Cette étude du corps défendant peut s'étendre au corps social. Les XX^e et XXI^e siècles sont en proie aux guerres, génocides, contestations violentes, qui sont, elles aussi, des allergies.

**Les rêves d'enfants
Séminaires 1936-1939
Tome 1**

Carl Gustav Jung
Traduit de l'allemand par Claude Maillard
Albin Michel

De 1936 à 1941, Jung a animé, à Zurich, un séminaire sur le rêve, et particulièrement les rêves d'enfants âgés de trois à quinze ans qui s'est attaché à explorer et à débrouiller les « mystères de l'âme enfantine », avec les problèmes qu'ils soulèvent quant à une théorie de l'inconscient, et au rebours de la légende tenace selon laquelle Jung ne se serait intéressé qu'à des patients adultes. Ce volume, qui rassemble les séminaires de 1936-37 et 1938-39, associe des commentaires sur la littérature onirocritique et des exposés de cas réels.

**Crèches : mode d'emploi
Vécu et réalité des modes de
garde aujourd'hui**

Marie-France Custos-Lucidi
La Découverte

La moitié des enfants de moins de trois ans dont les parents travaillent sont gardés par la famille, les voisins, une nourrice au noir. 28 % sont gardés par une assistante maternelle agréée, 4 % par une employée à domicile, et seulement 17 % fréquentent une crèche. La place en crèche est donc une denrée rare et exige un parcours sans faille, comme on le découvre dans ce livre qui en donne les recettes.

**Ces mots qui tuent
Ces mots qui soignent
Harcèlement moral au travail et
hypnose**

Sous la direction de Christiane Kreitlow

Journée organisée par l'Institut
Milton H. Erickson de Paris le 2
décembre 2000
L'Harmattan

Les procédés du harcèlement moral transforment les mots, les gestes et les attitudes en de redoutables instruments de déstabilisation psychologique. Ils attisent l'intentionnalité de suggérer, d'influencer et de manipuler. L'usage et la fonction de la communication verbale et non-verbale sont pervertis et exercent, sur leur victime, une violence ravageuse. Ces pratiques langagières ont interpellé les praticiens de l'hypnose clinique pour qui l'influence et la suggestion appellent des vertus thérapeutiques.

L'institut Milton H. Erickson de Paris a convié les experts cliniciens du harcèlement moral au travail, de la manipulation et de la torture pour examiner, de plus près, les procédés en cours et pour discuter des soins possibles.

Les schizophrènes

Roger Gentis
Erès

Paru aux éditions du Scarabée en 1969, ce texte devenu un « classique », est publié ici dans sa première version. Pierre Delion, dans sa préface, en propose une analyse et un commentaire qui soulignent son actualité et sa pertinence pour le travail psychiatrique aujourd'hui. La bibliographie a été revue et un index analytique, est ajouté.

ANNONCES EN BREF

6 décembre 2002. Paris. Colloque organisé par Le Club Européen de la Santé sur le thème : Le harcèlement moral. *Une nouvelle forme de stress en entreprise.* Renseignements, contacts : Club Européen de la Santé, 7 rue du Cardinal Mercier, 75009 Paris. Tél. : 01 53 32 76 76. Fax : 01 53 32 76 70. E-mail : clubesfr@aol.com.

6 et 7 décembre 2002. Colloque du thème : *Hérédité génétique et héritage psychique « Le sang et les sans ».* Renseignements : Centre d'Etudes de la Famille (CEFA), 95 bd Saint-Michel, 75005 Paris. Tél. : 01 43 54 98 84. Fax : 01 43 54 30 82. E-mail : cefaf@club-internet.fr.

14 et 15 décembre 2002. Paris. 30^{èmes} Journées Scientifiques de Thérapie Comportementale et Cognitive. Renseignements et inscriptions : Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, 100 rue de la Santé, 75674 Paris Cédex 14. E-mail : aftcc@wanadoo.fr - www.aftcc.org.

8 janvier 2003. Paris. Séminaire sur le thème : *Stratégies pour l'emploi des personnes handicapées physiques dans les fonctions publiques.* Renseignements et inscriptions : CTNERHI, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. Tél. : 01 45 65 59 40. Fax : 01 45 65 44 94. E-mail : edition.ctn@wanadoo.fr. Site internet : http://perso.club-internet.fr/ctnerhi.

23 et 24 janvier 2003. Paris. Conférence de consensus organisée par la Fédération Française de Psychiatrie selon la méthodologie de l'ANAES, avec le soutien de la Direction Générale de la Santé sur le thème : *Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques.* Renseignements : Secrétariat FFP, 9 rue Brantôme, 75003 Paris. Tél. : 01 48 04 73 41. Fax : 01 48 04 73 15. E-mail : mthurin@internet-medical.com. Site internet : http://psydoc-fr.broca.inserm.fr.

24 janvier 2003. Paris. Journée Adolescents Adolescents sur le thème : *Idées de vie, idées de mort.* Renseignements du lundi au vendredi : Colette Thévenin, ASM 13 ERP, 11 rue Albert Bayet, 75013 Paris. Tél. : 01 40 77 44 48. Fax : 01 45 83 28 77.

25 et 26 janvier 2003. Paris. Colloque de la Société de Thérapie Familiale Psychanalytique d'Ile-de-France sur le thème : *Narcisse et Œdipe sont en bateau. Nouvelles configurations familiales.* Renseignements et inscriptions : STFPIF, 7 rue Ernest Cresson, 75014 Paris. Tél. : 01 45 40 08 10. Fax : 01 46 61 68 12.

31 janvier 2003. Eaubonne. Journée de Psychiatrie Légale au Groupement Hospitalier Eaubonne-Montmorency, Hôpital Simone-Veil, Site d'Eaubonne (Val d'Oise) sur le thème : *Les malades dangereux.* Renseignements : Madame Petit. Tél. : 01 34 06 64 05.

5 et 6 février 2003. Paris. Séminaire sur le thème : *Traumatisme crânien : singulière expérience de vie.* Renseignements : CTNERHI, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. Tél. : 01 45 65 59 40. Fax : 01 45 65 44 94. E-mail : edition.ctn@wanadoo.fr. Site internet : http://perso.club-internet.fr/ctnerhi.

27 et 28 mars 2003. Lyon. Congrès organisé par le Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique (GFEP) sur le thème : *Exploitation épidémiologique en Santé Mentale des données issues des DIM et des administrations hospitalières.* Renseignements et inscriptions : Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique, Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu, 290 route de Vienne, 69873 Lyon Cedex 08. Tél. : 04 37 90 13 55. Fax : 04 37 90 13 56. E-mail : 3212secret@ch-st-jean-de-dieu-lyon.fr

20 et 21 mars 2003. Paris. XX^{èmes} Journées de l'Association Nationale des Equipes Contribuant à l'Action Médico-Sociale Précoce sur le thème : *Pères et re...pères. Qu'en est-il des pères aujourd'hui ? Que devient la paternité à l'épreuve du handicap ?* Renseignements : CAMSP « Les Lucioles », 25 rue Anatole France, 94000 Creteil. Tél. : 01 42 07 30 99. ANECAMSP, 10 rue Erard, 75012 Paris. Tél. : 01 43 42 09 10.

31 mars 2003. Paris. Forum de l'imaginaire organisé par le Groupe International du Rêve-Eveillé en Psychanalyse (GIREP). Conférence débat avec Sophie de Mijolla-Mellor qui présentera son dernier ouvrage : *Le besoin de savoir. Théories et mythes magico-sexuels dans l'enfance.* Dunod, 2002. Renseignements : GIREP, 80 rue de Vaugirard, 75006 Paris.

22 et 23 mai 2003. Hyères. Congrès sur le thème : *Lien familial, lien social, identités, filiations, appartenances.* Renseignements et inscriptions : secrétariat du service de psychiatrie, Pr Delage, HIA Sainte-Anne, 83800 Toulon Naval. Tél. : 04 94 09 92 10 / 04 94 09 91 43. Fax : 04 94 09 98 35.

4 au 7 juin 2003. Montpellier. Quatrième Congrès Européen Sciences de l'Homme et Sociétés sur le thème : *Violences, de la réflexion à l'intervention.* Programme complet et inscriptions : Cultures en Mouvement, BP 155, 06603 Antibes Cedex. Tél. : 04 92 90 44 10. Fax : 04 92 90 44 11. E-mail : cultures.en.mouvement@wanadoo.fr.

28 septembre au 1^{er} octobre 2003. Paris. 12^{ème} Congrès International de la Société Européenne de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent sur le thème : *Psychopathologie du développement. Transmission du changement.* Site : www.escap-net.org. Information : Canal 55 Congrès. Tél. : 01 56 33 97 55. Fax : 01 56 33 97 47. E-mail : congrès@canal55.com. Comité local d'organisation : président Pr Ph. Jeammet. Tél. : 01 56 61 69 24. Fax : 01 56 61 69 24. E-mail : Claude.corlier@imm.fr.

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