

■ FMC

C. Lemogne

Mémoire et dépression

■ EDITORIAL

G. Massé

Evaluer c'est valoriser

Le livre coordonné par Aude Caria* et qui vient d'être publié, montre comment la démarche qualité et son corollaire, l'accréditation, peuvent être des outils au service de l'évolution des pratiques psychiatriques.

En partant d'une réflexion sur les enjeux induits par les récentes évolutions, sont mis en lumière les principaux objectifs que devraient atteindre les établissements de santé mentale, grâce à la mise en place d'actions d'amélioration ciblées (droits des patients, information des patients et des proches, dossier, accueil, coordination des soins...). Ce travail collectif propose des éléments de réflexion, des exemples pratiques et des outils utiles, concernant les démarches qualité et l'accréditation dans les établissements psychiatriques. A chaque étape, le point de vue de professionnels, des usagers et d'un « œil extérieur » sociologique sont mis en regard. Les auteurs s'attachent, également, à tracer les pistes que devront explorer les démarches qualité dans les années à venir. Joël Martinez, ancien directeur du Centre Hospitalier Esquirol de St Maurice, conclut sa préface en pointant que « *L'ambition de cet ouvrage est précisément de faire le point sur la réflexion, de livrer l'analyse de plusieurs expériences et actions concrètes qu'ont menées différents professionnels dans le cadre de cette démarche qualité. Pluridisciplinaire, il fournira une aide précieuse, une méthodologie vivante. La diversité des sujets abordés, le style propre à chaque acteur, traduisent la qualité, la forme de l'engagement et le fort potentiel des acteurs de ce changement. Il témoigne ainsi de la vitalité des professionnels de santé pour l'amélioration continue de leur exercice au bénéfice des usagers... et avec eux* ». Car, au bout du compte, il s'agit de conforter les compétences et de les faire connaître. ■

*Démarche qualité en santé mentale. Une politique au service des patients, sous la direction de Aude Caria, préface de Joël Martinez, Editions In Press.

Trop souvent relégués au rang de symptômes accessoires de la dépression, les troubles mnésiques sont rarement évalués correctement chez le patient déprimé. Au carrefour de l'émotion et des cognitions, la mémoire occupe pourtant une place centrale dans la sémiologie et la psychopathologie de la dépression.

Au niveau clinique, une meilleure connaissance de la sémiologie des troubles mnésiques permet au clinicien d'affiner son diagnostic devant un syndrome démence - dépression. Au niveau psychopathologique, l'existence de biais mnésiques chez le patient déprimé éclaire d'un jour nouveau la notion de distorsions cognitives héritée de Beck. Au niveau physiopathologique, la mise en évidence d'un risque accru de démence en cas d'antécédents dépressifs est à l'origine de nombreuses hypothèses étiopathogéniques. Au niveau thérapeutique enfin, la connaissance des interactions entre traitements thymoanaleptiques et mémoire est indispensable au clinicien prescripteur.

Structure de la mémoire

La mémoire est une fonction cognitive hétérogène au sein de laquelle il est possible de distinguer plusieurs compétences mnésiques relativement indépendantes. La structure de la mémoire s'envisage

usuellement selon deux axes, l'un diachronique, l'autre synchronique.

Axe diachronique

L'utilisation de la mémoire suppose l'intégrité de trois processus relativement indépendants : l'encodage ou apprentissage ; le stockage ou consolidation ; la récupération ou rappel. Lors d'une tâche d'apprentissage d'une liste de mots, l'utilisation de tâches de rappel libre puis indicé et de reconnaissance, immédiates et différées, permet de différencier ces fonctions. L'amélioration des performances au rappel indicé et à la reconnaissance suggère une préservation des capacités d'encodage. L'absence d'amélioration indique au contraire un déficit de l'encodage. Un déficit du stockage est mis en évidence par une chute des performances entre rappel immédiat et différé.

L'amnésie antérograde concerne l'encodage, le stockage ou la récupération d'informations postérieures au début des troubles mnésiques.

(suite page 2 ➡)

La fin de l'asile d'aliénés dans le Rhône et l'Isère (1930-1960)

C'est un décret de 1937 qui pour la première fois change le nom « d'asile » par celui « d'hôpital psychiatrique ». Dans les faits « *l'esprit asilaire* » survit encore longtemps, mais pendant près de vingt ans, « *l'asile* » entame une lente transformation qui va, finalement, le rendre capable d'accueillir la révolution des neuroleptiques des années 1950. Lorsque l'on étudie deux établissements aussi différents que celui de l'Isère et du Rhône, on prend bien entendu conscience de ce que cette transformation ne s'est pas effectuée partout au même rythme, mais au moins a-t-elle été soumise aux mêmes aléas. A une suroccupation des locaux qui montre bien dans quelle estime on tenait la psychiatrie publique des années 1930, succède le vide laissé par la surmortalité asilaire des années de

l'occupation. Paradoxalement, c'est ce dernier qui ouvrirait l'asile au monde extérieur en le poussant à se diversifier pour accueillir des malades qui ne sont plus systématiquement frappés par cette notion de dangerosité qui a maintenu la psychiatrie hors du cadre hospitalier.

Une institution discréditée

Car l'asile des années 1930 est davantage perçu comme un lieu de contention que comme un véritable lieu de soins. Malgré un siècle d'existence, il n'a toujours pas convaincu de son efficacité médicale. On le perçoit au mieux comme le repère d'un médecin omnipotent.

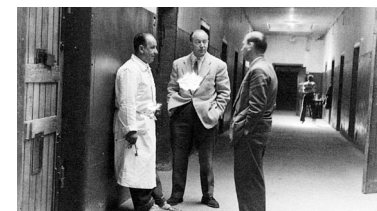
(suite page 4 ➡)

■ AU SOMMAIRE

■ FMC

Mémoire et dépression p.1

■ HISTOIRE



La fin de l'asile d'aliénés dans le Rhône et l'Isère (1930-1960) p.4

LES REVUES p.7

■ MÉDICO-LÉGAL

La structure du dossier hospitalier en psychiatrie face aux nouvelles exigences p.8

■ CLINIQUE

Démence post-traumatique : discussion autour d'un cas p.12

■ THÉRAPEUTIQUE

Traitement des épisodes maniaques dans les troubles bipolaires p.14

La maladie de Parkinson aujourd'hui p.16

Un bilan de l'expérience française de Subutex p.18

Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale p.18

■ OFFRES D'EMPLOI

CARRIÈRES p.19

ANNONCES EN BREF p.20

■ MÉDICO-LÉGAL

P.-F. Godet

La structure du dossier hospitalier en psychiatrie face aux nouvelles exigences

Les nouveautés introduites par la nouvelle législation en matière de dossier médical et de sa communication ouvrent un conflit potentiel entre deux fonctions du dossier : sa fonction clinique de mémoire du soin, et sa fonction légale d'information de l'utilisateur. Cette problématique trouve toute son acuité dans le dossier psychiatrique.

Le psychiatre en institution devra-t-il choisir entre protéger le soin et se protéger du soin ? La réponse à ce dilemme passe par l'examen des nouveaux contenus réglementaires du dossier au regard de ces deux fonctions de ce dernier.

La nouvelle loi précise les contenus du dossiers et fixe les règles de sa communication. Nous ne nous étendrons pas ici sur les règles de communication,

qui justifieraient à elles seules une analyse séparée. Notre attention se portera sur la nature des informations légalement communiquées, et nous verrons en quoi leur caractère communicable peut modifier le contenu et la structure du dossier.

Fonctions du dossier

Fonction première

La finalité du dossier du patient est d'être utile au soin. Le dossier du patient constitue le support matériel de la relation médecin-patient. Dans sa partie médicale, le dossier du patient tient lieu de mémoire du soin, il permet d'étayer le diagnostic et d'éclairer les décisions thérapeutiques.

(Lire page 8 ➡)



LIVRES

Dépression de vie, dépression de mort Les paliers de la conflictualité dépressive chez l'enfant et ses parents

Francisco Palacio Espasa avec la collaboration de Luc Magnenat et de Corinne Strubin-Rordorf
Préface de Danielle et Jean Quinodoz
Erès

Cet ouvrage rappelle la nécessité de préciser les divers paliers d'intensité de la problématique dépressive, soulignée par les travaux de M. Klein qui a repris ceux d'Abraham et de Freud sur ce sujet. Un chapitre est consacré à la dépression du bébé et du jeune enfant, influencé par des recherches faites à Genève avec R. Dufour, J. Manzano et D. Knauer sur le diagnostic structurel du jeune enfant. Les diverses organisations psychiques présentées par ces enfants, allant du type névrotique aux structures psychotiques, mettaient en relief les paliers de la conflictualité dépressive. Le travail psychothérapeutique avec parents et enfants, entrepris avec B. Cramer, J. Manzano et D. Knauer, qui a montré les liens étroits entre parentalité et dépressivité est développé dans un autre chapitre. Entre les conflits de la parentalité névrotique mobilisant le narcissisme parental antidépressif et ceux de la parentalité narcissique dissociée, avec des manifestations d'un narcissisme destructeur et persécuteur chez les parents, se trouvent les conflits de la parentalité masochique. Ces derniers mettent en évidence les multiples articulations entre les manifestations dépressives et la parentalité et montrent la façon dont se créent des chaînes transgénérationnelles de transmission de la dépressivité. Sur le plan technique, le travail psychothérapeutique avec les conflits de la parentalité a montré l'importance des sentiments de culpabilité, dont le soulagement contribue grandement à l'alliance thérapeutique. Ces impressions techniques ont été clarifiées grâce à une meilleure compréhension des paliers de la conflictualité dépressive et de l'articulation entre les différents affects dépressifs. Le livre se termine par un chapitre soulignant l'importance de l'élaboration et de l'intégration du Surmoi, surtout dans ses aspects plus primitifs et clivés, très chargés de destructivité, comme le Surmoi persécuteur, envieux, sadique, etc.

Une histoire de l'autorité Permanences et variations

Gérard Mendel
La Découverte /Poche

Gérard Mendel met l'anthropologie générale, avec ses problèmes particuliers, à l'épreuve du « mystère », de « l'énigme » que représente l'autorité pour le sens commun. Dans une première partie, il s'efforce de dessiner les figures de l'autorité et d'approcher ses sources cachées. Dans une deuxième partie sont étudiées ses formes passées, dont certaines encore présentes, là où la modernité occidentale n'a pas encore exercé une pression trop écrasante. Dans la dernière partie, les formes brouillées, mouvantes, sous lesquelles l'autorité se présente actuellement sont décodées. Tout entier pris dans le phénomène qu'il observe l'auteur doit considérer ses propres réactions comme également un objet de recherche, et en tirer un enseignement. Il lui faut, de plus, au fur et à mesure qu'il creuse en profondeur, étayer l'avancée avec des concepts nouveaux à construire, s'il veut essayer d'appréhender la part d'inconnu que renferme le moment présent.

Mémoire et dépression

☛ L'amnésie rétrograde concerne au contraire des informations antérieures. Enfin, il faut distinguer la mémoire à court terme, dite primaire, de la mémoire à long terme, dite secondaire. La mémoire à court terme se confond avec la mémoire de travail qui conserve les informations sensorielles pendant un laps de temps très court. Le nombre d'éléments susceptibles d'être immédiatement mémorisés définit l'empan. Elle permet de suivre une conversation ou de composer de mémoire un numéro de téléphone immédiatement communiqué. Son intégrité est indispensable au maintien des fonctions exécutives.

Axe synchronique

La mémoire à long terme peut être séparée en mémoires déclarative et non déclarative. La mémoire déclarative ou explicite concerne des informations restituables consciemment sous forme verbale. Selon le modèle de Tulving, elle serait constituée d'une mémoire épisodique et d'une mémoire sémantique. La mémoire épisodique est la mémoire des événements, celle du « je me souviens ». Elle permet la fixation des informations qui se présentent au patient dans un contexte spatio-temporel donné ou des événements qui l'ont touché personnellement, ainsi que la restitution des souvenirs avec leur phénoménologie. Les troubles de la mémoire épisodique se traduisent par des difficultés à se rappeler la date du jour, les faits marquants de l'actualité, l'heure d'un rendez-vous ou l'endroit où le patient vient de poser ses lunettes ou ses clés.

La mémoire sémantique est la mémoire des faits, celle du « je sais ». Elle concerne des informations non indexées dans le temps et l'espace. Il s'agit de connaissances dépourvues de référence à leur contexte d'acquisition, par exemple de la définition d'un mot ou d'une date historique. Les tâches de fluence verbale catégorielle (énumérer tous les noms d'animaux connus en un temps donné) mettent également en jeu la mémoire sémantique.

Lors d'une atteinte de la mémoire déclarative, les souvenirs sont en règle générale perdus de façon rétrograde, des plus récents aux plus anciens. De même, la mémoire épisodique est plus fragile que la mémoire sémantique. La mémoire autobiographique illustre le manque d'imperméabilité entre mémoires épisodique et sémantique.

La mémoire non déclarative ou implicite concerne des informations non restituables sous forme verbale. Elle concerne le conditionnement, la mémoire procédurale (apprentissage d'habiletés perceptives, motrices ou cognitives) et les phénomènes d'amorçage.

Troubles mnésiques au cours de la dépression

Les troubles subjectifs

Déjà présents dans la description de la mélancolie par Kraepelin, les troubles cognitifs du patient déprimé font partie des critères retenus par les classifications actuelles pour définir l'épisode dépressif caractérisé. La CIM 10 retient comme critère une « diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ». De même, les échelles de dépression comportent un ou plusieurs items cognitifs insistant sur la plainte mnésique. La MADRS comporte un item « difficultés de concentration » défini par des « difficultés à rassembler ses pensées », c'est-à-dire une plainte fonctionnelle portant sur la mémoire de travail (36).

Par ailleurs, les troubles mnésiques du sujet déprimé s'inscrivent au sein d'une plainte cognitive globale portant sur l'attention, la concentration et la mémoire.

Chez le sujet âgé, cette plainte cognitive peut dominer le tableau clinique, voire masquer les autres symptômes dépressifs. Dans ce contexte, la plainte mnésique a valeur d'orientation diagnostique, les études réalisées au sein des consultations « mémoire » montrant une prévalence de l'épisode dépressif majeur d'environ 20 % chez le consultant de plus de 65 ans (39). La notion de métamémoire, proposée par Flavell, désigne la conscience du déficit mnésique (20). Elle concerne donc la plainte mnésique du patient déprimé. Cette plainte peut être mesurée à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation. Son intensité est bien corrélée à l'intensité de la dépression mais peu à l'intensité des troubles mnésiques. De fait, une plainte mnésique peut exister en dehors de tout déficit mnésique objectif (37). Cette sous-estimation dépressive des capacités mnésiques pourrait faire intervenir le cortex préfrontal (25).

Les troubles objectifs

• Aspects quantitatifs

La mémoire de travail est affectée par la dépression. L'empan mnésique est relativement préservé mais un déficit apparaît lors de tâches plus complexes, en particulier d'attention partagée ou nécessitant une manipulation de l'information, notamment visuospatiale (39). Si la mémoire sémantique est relativement préservée chez le patient déprimé, les tâches de mémoire épisodique verbale (apprentissage d'une liste de mots) montrent un déficit du rappel libre, aussi bien en terme de score brut (nombre de mots rappelés) que de temps de rappel (allongé) (24). Les performances se normalisent lors des tâches de rappel indicé et de reconnaissance, ce qui implique une préservation de l'encodage au cours de la dépression (11). Les conditions d'encodage déterminent les performances obtenues lors du rappel libre. Celles-ci sont normalisées par l'apprentissage d'un matériel mnésique structuré (par exemple mots classés par catégories sémantiques) par rapport à une liste aléatoire (43). Ces résultats, similaires à ceux obtenus chez des patients « frontaux », sont compatibles avec : les données d'imagerie suggérant un hypométabolisme préfrontal dans la dépression (6, 35) ; l'hypothèse d'un dysfonctionnement des boucles sous-cortico-frontales (22) ; les analogies cliniques entre syndrome dépressif sévère et syndrome frontal (32). Par ailleurs, l'existence de troubles mnésiques est un facteur de mauvais pronostic à court terme (4).

Les tâches de mémoire implicite (p.ex. complétion de trinômes après apprentissage incident) ne sont pas perturbées par la dépression. Dans ces épreuves où l'encodage et la récupération sont inconscients, les déprimés ont des performances normales (14, 41).

Cette dissociation entre tâches mnésiques automatiques et contrôlées a fait postuler que seuls les processus mnésiques demandant un effort cognitif (effortful processes) étaient affectés par la dépression (23, 13). D'autres auteurs ont également mis en relation ralentissement psychomoteur et troubles mnésiques (40, 38). Le déficit mnésique entraînerait une sous-estimation de l'écoulement du temps, ce qui est cohérent avec certaines données expérimentales animales mettant en jeu le cortex préfrontal (38).

• Aspects qualitatifs

Les troubles mnésiques de la dépression ne se distinguent pas quantitativement de ceux observés en cas d'hypofrontalité lésionnelle (p.ex. démence fronto-temporale) ou fonctionnelle (p.ex. schizophrénie, maladie de Parkinson). Leur spécificité consiste en l'existence d'un traitement différentiel de l'information en fonction de sa valence émotionnelle.

En mémoire épisodique verbale, les performances en rappel libre se normalisent lors de l'apprentissage de mots à connotation négative. Ce biais

mnésique affecte l'encodage et la récupération (8), mais n'est pas observé en mémoire implicite (7). Le sujet déprimé est ainsi susceptible de mémoriser et de se rappeler préférentiellement des événements négatifs. Au niveau clinique, ce biais peut rendre compte de la vision pessimiste de soi et du monde que livre le patient déprimé. Au niveau psychopathologique, il est interprétable à la fois comme un trait favorisant la survenue d'un épisode dépressif, et comme un état favorisant sa pérennité (40). Dans le domaine de la mémoire autobiographique, on a pu montrer que la tendance à ne récupérer les souvenirs positifs que de façon très générale (overgeneral recall) est un facteur de mauvais pronostic de l'épisode dépressif (9). Deux principales hypothèses sont avancées pour expliquer ce traitement différentiel de l'information. Selon Bower, ce biais rendrait compte de la structure en réseau de la mémoire épisodique (10, 39). Selon ce modèle, chaque trace mnésique est figurée par un nœud associatif au cœur d'un réseau d'engrammes sensoriels et émotionnels. Lors de tâches de récupération, le cerveau procéderait par indices, ceux-ci pouvant renvoyer à l'ensemble des éléments constituant la trace mnésique, état émotionnel compris. L'humeur dépressive, utilisée comme indice obligatoire, faciliterait le rappel des souvenirs négatifs (10). La seconde hypothèse postule une réduction de l'allocation attentionnelle en fonction de la congruence du stimulus à l'humeur (39).

Dépressions et démences

Nous limiterons notre propos aux relations entre dépression et maladie d'Alzheimer. Les démences fronto-temporales posent également le problème du diagnostic différentiel avec la dépression, souvent diagnostiquée par excès chez un sujet relativement jeune, mais les troubles mnésiques y sont secondaires, ce qui les exclut de notre thème.

Diagnostic différentiel...

Le problème du diagnostic différentiel entre dépression et démence fut longtemps limité au risque de méconnaître une dépression, seule affection curable. Il se pose actuellement avec d'autant plus d'acuité qu'il existe désormais des traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer, dont l'efficacité dépend de la précocité du diagnostic. Or, un cas de démence sur deux est diagnostiqué à un stade avancé, notamment en raison de la confusion entre dépression et démence (15).

Le vieillissement est associé à un déclin cognitif lié à l'âge, ce dont témoignent les normes de l'échelle d'intelligence de Wechsler (40, 42). Le QI verbal, dont l'évaluation implique des tâches de mémoire à court terme, est supposé rester stable au cours de la vie, puisque rapporté au score moyen des sujets du même âge. Comparé au score optimal observé entre 25 et 35 ans, le QI verbal d'un sujet diminue progressivement avec l'âge. Cette détérioration est encore plus nette pour le QI non-verbal qui explore les habiletés visuo-construc-tives.

Après 60 ans, de nombreux déprimés obtiennent des scores pathologiques lors de la passation d'un Mini Mental Status Examination (MMSE) (40). Ce n'est pas le cas avant 60 ans, ce qui suggère une interaction entre les troubles cognitifs liés à la dépression et la détérioration cognitive liée à l'âge. Cliniquement, les troubles mnésiques du déprimé âgé peuvent être particulièrement intenses, voire en imposer pour un syndrome démentiel du fait de l'importance de l'apathie et de l'aprosodie. La réversibilité du tableau sous traitement thymo-analeptique a permis à Kiloh de définir en 1961 la pseudodémence dépressive (pseudodementia), héritée des descriptions de Wernicke (1880) et Ganser (1887) (28). Le risque de

considérer comme irréversible un syndrome démentiel d'origine dépressive impose donc au clinicien une grande rigueur dans le diagnostic différentiel. La GDS (Geriatric Depression Scale) est alors un outil standardisé sensible (4), y compris sous ses formes abrégées à 15 ou 4 items.

En France en 2002, aucun examen paraclinique de pratique courante ne différencie maladie d'Alzheimer et dépression avec une sensibilité suffisante (39). Quand au concept de traitement d'épreuve, outre une sensibilité insuffisante (dépression résistante), il suppose que les traitements thymo-analeptiques n'ont pas d'effet cognitif ni thymique chez le patient dément, ce qui est inexact (16). En pratique le diagnostic différentiel repose donc essentiellement sur un faisceau d'arguments cliniques, présentés dans le tableau 1. L'examen de la mémoire est capital dans le diagnostic différentiel. Lors de la passation du MMSE, le déficit du rappel libre des 3 mots (« cigare, fleur, porte », « citron, clef, ballon ») après une activité interférente est un signe sensible mais peu spécifique. Seules les tâches discriminant apprentissage et rappel en mémoire épisodique verbale ont une bonne valeur d'orientation (30). Pour cela, il faut utiliser une épreuve discriminant les patients suivant leur capacité d'encodage. En pratique courante, deux tâches simples permettent ainsi de différencier maladie d'Alzheimer et dépression.

La première tâche est le rappel indicé. L'examineur aide le patient en lui fournissant un indice catégoriel pour chacun des mots (« Quel était le nom du fruit ? »). On peut également demander au patient d'indiquer lui-même les mots par association lors de l'apprentissage, puis lui restituer les indices lors du rappel. Dans la dépression, le patient augmente ses performances par rapport au rappel libre, ce qui témoigne de capacités d'encodage préservées. Ce n'est habituellement pas le cas dans la maladie d'Alzheimer où l'encodage est précocement altéré. Un résultat similaire est obtenu lors de tâches de rappel en reconnaissance. Intrusions, persévérations et fausses reconnaissances sont autant d'arguments supplémentaires en faveur de l'origine démentielle des troubles mnésiques.

La seconde tâche discriminante consiste à faire apprendre à nouveau les 3 mots en les associant sémantiquement dans une phrase (« la fumée du cigare dessine une fleur sur la porte », « manger du citron est la clef pour bien jouer au ballon »). Le patient déprimé bénéficie de cette stratégie d'encodage et améliore ses performances en rappel libre par rapport au premier essai. Ce n'est habituellement pas le cas dans la maladie d'Alzheimer.

En dépit de ses implications thérapeutiques, le diagnostic différentiel entre dépression et démence connaît une double limite. Limite pratique puisque sa valeur pronostique est médiocre. Dans une étude prospective portant sur des patients âgés de plus de 80 ans, Ames et coll. montrent que le pronostic à 2 ans est équivalent dans les groupes « déprimés » et « déments » (3). Limite théorique puisque la notion de diagnostic différentiel exclut comorbidité et perspective dimensionnelle.

... ou comorbidité ?

L'exercice du diagnostic différentiel envisage les relations entre dépression et démence selon une perspective catégorielle (« Ce malade est-il ou non déprimé ? »). Celle-ci fait l'hypothèse de deux syndromes mutuellement exclusifs, en dépit de symptômes communs. Or, dépression et démence sont les deux affections mentales les plus fréquentes chez le sujet âgé et peuvent se succéder ou s'associer (16). Trois principaux modèles peuvent rendre compte de cette association (12) : l'un des troubles est la cause de l'autre, les deux troubles partagent un certain nombre de

facteurs de risque communs, les deux troubles sont indépendants.

L'hypothèse d'une indépendance des deux troubles est battue en brèche par les données épidémiologiques. Un ou plusieurs épisodes dépressifs surviendraient chez 50 % des patients suivis pour une maladie d'Alzheimer au stade démentiel (18, 31). La prévalence d'un épisode dépressif majeur se situe entre 10 et 20 % (33). Dans l'ensemble, la dépression est plus fréquente en cas de maladie d'Alzheimer que dans la population générale (21). Toutefois, il ne s'agit pas nécessairement d'un effet spécifique, la prévalence de la dépression étant plus élevée dans la plupart des affections cérébrales organiques.

L'étude des facteurs de risque partagés par la démence et la dépression est en pleine expansion. Les données les plus solides concernent les facteurs de risque cérébrovasculaires (2).

Existe-t-il un lien de causalité entre maladie d'Alzheimer et dépression ? L'hypothèse la plus consensuelle envisage la maladie d'Alzheimer comme faisant le lit de la dépression. Les modèles physiopathologiques font intervenir des anomalies de la neurotransmission, notamment une dysrégulation de la balance noradrénaline / acétylcholine. Les modèles psychopathologiques insistent sur la blessure narcissique et la perte d'objet secondaires au handicap cognitif.

Certains auteurs soutiennent l'hypothèse inverse selon laquelle la dépression pourrait être un facteur prédisposant à la démence (17). D'un point de vue épidémiologique, la dépression est un facteur de risque d'évolution démentielle avec un risque relatif égal à 2 dans les méta-analyses (26). Les dépressions à début tardif seraient les plus à risque d'évolution démentielle, a fortiori si elles comportent des troubles cognitifs importants (29, 2). Les modèles physiopathologiques postulent l'existence de lésions hippocampiques secondaires aux épisodes dépressifs. Les modèles psychopathologiques envisagent la démence comme une maladie psychosomatique, « miroir de la dépression familiale » ou relevant d'un « compromis démentiel » (39).

Aspects thérapeutiques

Electroconvulsivothérapie et mémoire

La désorientation est un effet aigu, immédiat et constant de l'électroconvulsivothérapie (ECT), contemporaine de la confusion post-critique. Elle persiste quelques minutes à quelques heures avec un gradient de récupération personnes - lieux - dates.

La mémoire épisodique est affectée immédiatement après l'ECT. L'amnésie antérograde, responsable d'un oubli à mesure, disparaît toujours. L'amnésie rétrograde peut être durable, voire laisser une amnésie lacunaire de la période ayant précédé l'ECT. La plupart des études notent l'absence de troubles mnésiques observables 3 à 6 mois après l'ECT (1). Les mémoires sémantique et implicite sont respectées par l'ECT.

Ces troubles mnésiques sont corrélés au nombre de séances d'ECT, à l'énergie relative du stimulus électrique par rapport au seuil épileptogène, à la nature du courant utilisé (courant sinusoïdale > courant pulsé), au placement des électrodes (ECT bilatérale > ECT unilatérale) et à l'âge (1). Les autres facteurs de risque seraient l'association à un traitement psychotrope, notamment à un sel de lithium, une pathologie somatique associée ou une détérioration cognitive préexistante (40).

Antidépresseurs et mémoire

Les troubles mnésiques de la dépression s'améliorent avec la rémission de l'épisode dépressif. S'agit-il d'un effet direct des antidépresseurs, ou d'un effet indirect, lié à la normalisation thymique ? Plusieurs psychotropes agissant sur le métabolisme des monoamines

cérébrales possèdent une action positive sur les performances mnésiques (45). Cependant, l'histoire naturelle de l'épisode dépressif est celui d'une rémission spontanée des symptômes, y compris cognitifs.

Il faut noter la rareté des essais ayant étudié l'efficacité des antidépresseurs chez le déprimé âgé ou dément (27, 5). L'effet thymoanaleptique des imipraminiques est différé et requiert une administration chronique. Leur administration aiguë entraîne au contraire des troubles mnésiques, liés à leurs propriétés anticholinergiques (40). En cas de maladie d'Alzheimer, ces propriétés s'opposent à celles des inhibiteurs de la cholinestérase centrale, susceptibles d'améliorer le déficit cognitif. La désipramine (Pertofan) serait l'antidépresseur imipraminique le moins anticholinergique (34). Les antidépresseurs plus spécifiques, dénués de propriétés anticholinergiques, n'affectent pas les capacités mnésiques, y compris chez le sujet déprimé âgé. Toutefois certains antidépresseurs, quelle que soit leur classe, possèdent des propriétés sédatives pouvant initialement affecter l'attention et mémoire.

Conclusion

Les troubles de la mémoire occupent une place importante dans la psychopathologie et la sémiologie de la dépression. Chez le déprimé âgé, un déficit mnésique intense peut résulter des interactions entre dépression et détérioration cognitive liée au vieillissement cérébral. Il existe donc un risque théorique de diagnostiquer une démence chez un sujet âgé déprimé non dément. En conséquence, devant tout syndrome démentiel, une dépression sera soigneusement recherchée. Le cas échéant, un traitement spécifique sera prescrit, en évitant toutefois d'aggraver les troubles cognitifs par la prescription d'une molécule anticholinergique. Cependant, l'efficacité des médicaments antidépresseurs sur les troubles cognitifs ne suffit pas à écarter le diagnostic de démence, ni leur échec celui de dépression. Il faut ainsi critiquer les concepts classiques de « dépression pseudodémentielle » et de « traitement d'épreuve ». Dans le cas d'un syndrome démence-dépression, il faut retenir que la dépression peut révéler un déficit cognitif préclinique, voire favoriser l'évolution démentielle. ■

Cédric Lemogne*

*Service du Dr Caroli, Centre hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris

Bibliographie

- Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale, *Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie*, ANDEM, Paris, 1997.
- ALEXOPOULOS GS, MEYERS BS, YOUNG RC, MATTIS S, KAKUMA T., *The course of geriatric depression with « reversible dementia » : a controlled study*, Am J Psychiatry 1993, 150 : 1693-1699.
- AMES D, DOLAN R, MANN A, *The distinction between depression and dementia in the very old*, Int J Geriatr Psychiatry 1976, 5 : 193-198.
- AUBIN-BRUNET V, JOUVENT R, *Méthodologies d'évaluation de la dépression chez l'âge*, in : Lempérière T (ed), *Les dépressions du sujet âgé*, Acanthe, Masson, SmithKline Beecham, Paris, 1996.
- AZORIN JM, *Traitement du dément déprimé ou du déprimé dément*, Encephale 1994, 20 : 281-284.
- BAXTER LR, SCHWARTZ JM, PHELPS ME & al, *Reduction of prefrontal cortex glucose metabolism common to three types of depression*, Arch Gen Psychiatry 1989, 46 : 243-250.
- BAZIN N, PERRUCHET P, FÉLINE A, *Dissociation of explicit and implicit memory in depressed patients*, Psychological Medicine 1994, 24 : 239-245.
- BLANEY PH, *Affect and memory: a review*, Psychol Bull 1986, 99 : 229-46.
- BRITTEBANK AD, SCOTT J, WILLIAMS JMG, FERRIER IN, *Autobiographical memory*

Éléments cliniques du diagnostic différentiel

	DEPRESSION	DEMENCE (ALZHEIMER)
Origine de la consultation	Le patient	Ses proches
Antécédents	Antécédents thymiques, parfois anciens (post-partum)	Absence d'antécédents thymiques Facteurs de risque de démence
Evolution	Début rapide Evolution spontanément favorable Bonne sensibilité aux antidépresseurs	Début insidieux Evolution chronique Sensibilité médiocre ou nulle aux antidépresseurs
Humeur	Dépressive Anhédonie globale	Dysphorique Anhédonie sélective
Ralentissement	Global	Sélectif (activités complexes)
Sommeil & Appétit	Perturbés	Longtemps normaux
Fonctions symboliques	Conservées	Altérées
Métamémoire	Plainte mnésique > déficit	Déficit > plainte mnésique (anosognosie)
Mémoire	Evolution des troubles parallèle à l'humeur Fournit difficilement des réponses exactes (fréquence du « je ne sais pas ») Possible aggravation matinale Différence de traitement selon la valence émotionnelle (congruence à l'humeur) Encodage peu perturbé (rappel indicé > rappel libre), favorisé par une stratégie Souvenirs anciens et récents également touchés	Evolution des troubles indépendante de l'humeur Fournit facilement des réponses inexactes Possible aggravation vespérale Pas de différence de traitement selon la valence émotionnelle Encodage perturbé (rappel indicé = rappel libre), non favorisé par une stratégie Souvenirs récents plus touchés que les souvenirs anciens
Orientation	Habituellement préservée	Habituellement atteinte
Adaptation sociale	Précocement compromise	Tardivement compromise
Fluctuations nyctémérales	Aggravation matinale	Aggravation vespérale

D'après Aubin-Brunet & Jouvent (4), selon les critères définis par Wells (44) et adaptés par Fisman (19).

in depression : State or Trait Marker? Brit J Psychiatry 1993, 162 : 118-121.

(10) BOWER GH, *Mood and memory*, Am Psychol 1981, 36 : 129-48.

(11) CALEV A, ERWIN PG, *Recall and recognition in depressives : use of matched tasks*, Br J Clin Psychol 1985, 24 : 127-8.

(12) CAMUS V, SCHMITT L, SIMEONE I, *Syndromes démence-dépression*, Ann Gerontol 1994, 8 : 345-55.

(13) COHEN R, WEINGARTNER H, SMALLBERG SA & al, *Effort and cognition in depression*, Arch Gen Psychiatry 1982, 39 : 593-597.

(14) DANION JM, WILLARD-SCHROEDER D, ZIMMERMANN MA & al, *Explicit memory and repetition priming in depression*, Arch Gen Psychiatry 1991, 48 : 707-11.

(15) DARTIGUES JF, *Groupe d'Etude Paquid. Paquid : bilan 1993 - 1996*, Ann Gerontol 1997, 11 : 227-240.

(16) DEROUENÉ C, *Dépressions et démences*, in : Lempérière T (ed), *Les dépressions du sujet âgé*, Acanthe, Masson, SmithKline Beecham, Paris, 1996.

(17) DEVANAND DP, SANO M & al, *Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the community*, Arch Gen Psychiatry 1996, 53 : 175-182.

(18) DEVANAND DP, JACOBS DM & al, *The course of psychopathologic features in mild to moderate Alzheimer's disease*, Arch Gen Psychiatry 1997, 54 : 257-263.

(19) FISMAN M, *Pseudodementia Prog*, Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 1985, 9 : 481-4.

(20) FLAVELL J, *First discussant's comment: What is memory development the development of?* Hum Dev 1971, 14 : 272-8.

(21) FORSELL Y, JORM AF, FRATIGLIONI L, GRUT M, WINBLAD B, *Application of DSM-III-R criteria for Major Depressive Episode to elderly subjects with and without dementia*, Am J Psychiatry 1993, 150 : 1199-1202.

(22) FOSSATI P, DEWEER B, RAOUX N, ALLILAIRE JF, *Les troubles de la récupération mnésique. Les arguments en faveur d'un dysfonctionnement des structures sous-cortico-frontales dans la dépression*, Encephale 1995, 21 : 295-305.

(23) HASHER L, ZACKS RT, *Automatic and effortful processes in memory*, J Exp Psychol Gen 1979, 108 : 356-389.

(24) HENRY GM, WEINGARTNER H, MURPHY DL, *Influence of affective states and psychoactive drugs on verbal learning and memory*, Am J Psychiatry 1973, 130 : 966-71.

(25) JANOWSKY JS, SHIMAMURA AP, SQUIRE LR, *Memory and metamemory: comparisons between patients with frontal lobe lesions and amnesic patients*, Psychobiology 1989, 17 : 3-11.

(26) JORM AF, *History of depression as a risk factor for dementia: an updated review*, Aust N Z J Psychiatry 2001, 35, 776-81.

(27) KATZ IR, *Drug treatment of depression in the frail elderly : discussion of NIH Consensus Development Conference on the diagnosis*

and treatment of depression in late life, Psychopharmacol Bull 1993, 29 : 101-108.

(28) KILOH LG, *Pseudodementia*, Acta Psych Scand 1971, 61 : 336-351.

(29) KRAL VA, EMERY OB, *Long-term follow-up of depressive pseudodementia of the aged*, Can J Psychiatry 1989, 34 : 445-447.

(30) LACHNER G, ENGEL RR, *Differentiation of dementia and depression by memory tests : a meta-analysis*, J Nerv Ment Dis 1994, 181 : 34-39.

(31) LEVY ML & al, *Longitudinal assessment of symptoms of depression, agitation, and psychosis in 181 patients with Alzheimer's disease*, Am J Psychiatry 1996, 153 : 1438-1443

(32) LHERMITTE F, *Les comportements d'imitation et d'utilisation dans les états dépressifs majeurs*, Bull Acad Natle Med 1993, 6 : 883-92.

(33) LOPEZ OL, BOLLER F, BECKER JT & al, *Alzheimer's disease and depression: neuropsychological impairment and progression of the illness*, Am J Psychiatry 1990, 152 : 281-4.

(34) MALAUZAT D, *Thérapeutiques biologiques de la dépression du sujet âgé*, in : Lempérière T (ed), *Les dépressions du sujet âgé*, Acanthe, Masson, SmithKline Beecham, Paris, 1996.

(35) MARTINOT JL, HARDY P, FELINE A & al, *Left prefrontal glucose hypometabolism in the depressed state: a confirmation*, Am J Psychiatry 1990, 147 : 1313-17.

(36) MONTGOMERY SA, ASBERG M, *A new depression scale designed to be sensitive to change*, Brit J Psychiatry 1979, 134 : 382-389.

(37) NIEDEREHE G, YODER C, *Metamemory perceptions in depressions of young and older adults*, J Nerv Ment Dis 1989, 177 : 4-14

(38) OLTON DS, *Frontal cortex, timing and memory*, Neuropsychologia 1989, 27 : 121-30.

(39) PANCRAZI MP, AZORIN JM, *Au carrefour du cognitif et de l'affectif : les relations entre dépression et démence*, Confrontations psychiatriques 2000, 41 : 323-361.

(40) PARTIOT A, JOUVENT R, *Dépression et troubles cognitifs*, Ardx Médical, 1994.

(41) ROEDIGER HL, MCDERMOTT KB, *Depression and implicit memory: a commentary*, J Abnorm Psychol 1992, 101 : 587-91.

(42) WECHSLER D, *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale*, Psychological Corporation, New-York, 1955.

(43) WEINGARTNER H, COHEN RM, MURPHY DL, MARTELLO J, GERDT C, *Cognitive processes in depression*, Arch Gen Psychiatry 1981, 38 : 42-7.

(44) WELLS C, *Pseudodementia*, Am J Psychiatry 1979, 136 : 895-900.

(45) WOLKOWITZ OM, TINKLEBERG JR, WEINGARTNER H, *A psychopharmacological perspective of cognitive functions: II. Specific pharmacologic agents*, Neuropsychobiology 1985, 14 : 133-156.

LIVRES

Petit ou grand anxieux ?

Alain Braconnier
Ed. Odile Jacob

« L'angoisse, nous devons la comprendre afin de la maîtriser », et c'est bien l'objectif qu'Alain Braconnier se donne dans son ouvrage. Par des propos clairs et exhaustifs, la première intention est de définir, d'identifier et d'évaluer le caractère anxieux. Pour cela, douze questions clefs et des questionnaires sont présentés. Ils aident à se reconnaître et se situer sur le continuum du « petit anxieux » au « grand anxieux », car nous le sommes tous plus ou moins.

L'expression de l'anxiété peut revêtir différents modes et s'exprimer à travers une large gamme de comportements. L'auteur poursuit par une description sobre et accessible de l'anxieux créatif, réflexif ou encore combatif. Il détaille les comportements passionnés, hyperactifs, irritables mais aussi les timides, obsessionnels, méfiants, susceptibles, enfin les pessimistes dévoués, jaloux ou encore hypocondriaques ou nosophobes. De nombreuses vignettes cliniques aèrent les propos et confèrent à l'ouvrage une originalité toute particulière. En effet, outre la richesse des cas cliniques, Alain Braconnier propose une lecture captivante des maux de nos anxieux célèbres. On peut citer « Beethoven, un anxieux créatif », « Montaigne, modèle de l'anxieux réflexif », mais également Vivaldi ou encore Proust et Goethe avec ce que révèlent leurs manuscrits. Cet ouvrage présente une vision optimiste et rassurante pour le lecteur. Après l'exploration de la genèse de la personnalité anxieuse, avec une importance accordée à la spirale interactive entre l'inné et l'acquis, l'auteur donne les clés pour faire de l'anxiété une force. Les moyens et les stratégies thérapeutiques concluent l'ouvrage. Le lecteur bénéficie de conseils pratiques pour s'aider soi-même (connaître ses filtres personnels, repérer ses mécanismes de défense et ses stratégies d'ajustement). Différentes formes de psychothérapies sont proposées. Elle permettent de guider au mieux le lecteur vers la prise en charge la plus adaptée.

Rachel Piette

LIVRES

La République anticléricale
XIX^e-XX^e sièclesJacqueline Lalouette
Editions du Seuil

La Troisième République a pris des mesures législatives et réglementaires qui touchèrent de nombreux domaines de la vie publique. A cet anticléricalisme institutionnel se sont ajoutés des anticléricalismes dirigés contre le clergé et les pratiques de piété. Ce livre présente des études consacrées au cheminement anticlérical de divers individus, à des thèmes de prédilection de l'anticléricalisme, à la science et à quelques « sciences de combat » qui apparurent ou se développèrent durant le XIX^e siècle. Une dernière partie comporte un lexique anticlérical et libre penseur inédit. Désiré Bourneville fait l'objet d'une étude qui constitue une illustration évidente du rôle joué par bon nombre de médecins durant la Troisième République, tout au moins jusqu'en 1914. Convaincus de la nécessité de faire pénétrer les pratiques hygiéniques dans les masses ils associèrent relativement souvent des idées politiquement avancées à cette conviction professionnelle. Bon nombre d'entre eux se placèrent ainsi à un confluent important, celui où se mêlaient l'action médicale et hygiénique et l'action sociale, politique et idéologique. Quant à Charcot, il a écrit un texte : « La foi qui guérit » constituant un petit brûlot contre Lourdes et l'enseignement de l'Église en matière de miracles, il n'est pas indifférent que Charcot en ait pris l'initiative ou qu'il ait été sollicité. A une époque, préoccupée par les rapports de la science et de la foi comme de l'esprit et du corps, Charcot, par la nature de ses travaux et de ses réflexions, devait être, plus qu'aucun savant, fatalement confronté aux problèmes religieux. Sa répulsion, ou son incapacité, à voir cette situation en face et sa légendaire impénétrabilité ne lui épargnèrent ni les outrages, ni les réserves, ni les louanges inopportunes et contribuèrent à les accentuer.

Un voyant prodigieux
Alexis Didier, 1826-1886

Bertrand Méheust

Les Empêcheurs de penser en rond

En 1842, Alexis Didier, à peine âgé de 16 ans, stupéfié par ses dons de clairvoyance magnétique. Il concentre tous les dons que l'on attribue aux somnambules magnétiques : diagnostic médical, perception des pensées d'autrui, vision à distance ou à travers des corps opaques, lecture des livres fermés, perception épigastrique, etc. Pendant quinze ans, il va ainsi s'efforcer de faire la preuve de ses dons présumés déclenchant polémiques et fascination. Alexis incarne une figure nouvelle : celle du « héros magnétique ». Il se croit investi d'une mission et se dépense tant qu'il y ruine sa santé fragile, se retirant à l'âge de 30 ans. Ce livre éclaire le phénomène Alexis sous divers angles, en considérant la clairvoyance comme un phénomène social total. Ce qui conduit à relater la saga du clairvoyant ; mais aussi à croiser de multiples approches. Il s'agit d'éclairer la personnalité du somnambule, mais aussi celle de son frère Adolphe, de son magnétiseur, de ses proches. La figure d'Alexis est située dans l'histoire de la divination et du magnétisme, dans la société du XIX^e siècle, puis est montré comment elle s'enchaîne dans ce siècle. Les réactions des médecins et des hommes de science sont étudiées comme les processus de la clairvoyance magnétique, finalement, Bertrand Méheust s'interroge sur la réalité des « pouvoirs » attribués au somnambule, et esquisse certaines de leurs implications philosophiques ou anthropologiques.

C'est du moins ainsi qu'il est dénoncé en 1925, à la fois par le journaliste Albert Londres, dans une série d'enquêtes (1), et par les surréalistes qui publient leur *Lettre aux Médecins-Chefs des Asiles de Fous* dans laquelle ils dénoncent la « crédulité des peuples civilisés », qui donne un tel pouvoir aux psychiatres. Cette lettre condamne leur science et remet en cause jusqu'à la notion de maladie mentale (2).

Certains hommes politiques (gestionnaires publics de l'aliénation) s'interrogent aussi sur l'efficacité de l'asile, mais dans un tout autre registre. Dès 1919 Edouard Herriot s'écriait devant le Conseil général du Rhône : « l'asile de Bron c'est notre folie... On fait des palais pour des gens qui sont des dangers sociaux, pour de vieux alcooliques sans aucun intérêt, pour des enfants anormaux... ». En 1937, il redit devant le même Conseil général que, vu le coût pour le département, il vaudrait mieux laisser mourir un aliéné et sauver un enfant. Loin des images littéraires des surréalistes, les fous stigmatisés par Herriot relèvent de la thématique du danger social et la dégénérescence de la nation. Mais le discrédit de l'asile est tout aussi grand : les fous sont de plus en plus nombreux et les dépenses de l'asile sont de plus en plus élevées.

Ce qui inquiète les conseillers généraux, ce sont d'abord les dépenses pour les « aliénés assistés ». Ces dépenses concernent trois collectivités - Etat, département, communes - mais c'est le département qui les administre et les complète ; or, sur la décennie, elles ont plus que doublé dans le Rhône et l'Isère (3) du fait d'une augmentation sans précédent du nombre des aliénés.

En 1930, un article des Annales Médico-Psychologiques constate qu'en 50 ans, le taux d'aliénation mentale a augmenté de 80 % (4), avec un nombre d'établissements qui n'a presque pas évolué (5). Si l'on s'arrête à une proportion de près de 300 aliénés pour 100.000 habitants, c'est 1 800 lits au moins qu'il faudrait à l'asile public de Saint-Robert pour drainer le département de l'Isère et 3085 lits au Vinatier (6) pour hospitaliser les malades du Rhône. Les deux établissements sont loin de ces chiffres... Ils sont progressivement submergés par le nombre de leurs patients par un mouvement régulier depuis la Première Guerre mondiale mais qui devient dramatique dans les années 1930.

A Saint-Egrève, l'asile public de l'Isère n'a que mille places : dès 1932 des malades féminins de l'asile Saint-Robert sont intercalées entre les lits ou couchés sur des paillasses dans le réfectoire. S'il y a plus de places à Bron (Rhône), la question est déjà qualifiée « d'angoissante » en 1933, quand une commission est désignée pour l'édification de nouveaux bâtiments. Le chiffre des entrées du Vinatier ne cesse d'augmenter, en effet, mais plus surprenant, la croissance de la population asilaire en Isère ne trouve pas ses causes dans la seule multiplication des internements et c'est bien le fonctionnement propre à l'asile qui est en cause ainsi que le reconnaît le médecin des hommes lorsqu'il critique le nombre trop réduit des sorties, conséquence d'un abandon des pouvoirs publics et de l'absence d'une psychiatrie extra-asilaire (7).

L'encombrement est devenu sa propre cause, dans des proportions sans cesse plus inquiétantes. En 1936, au Vinatier, le Dr. Requet écrit au Conseil général que sans augmentation du personnel soignant le nombre de sorties ne peut suivre celui des entrées qui ne cesse d'augmenter (8). La durée de l'internement de ceux qui ressortent guéris est passée de 208 à 256 jours en quatre ans (1932-1936). A la fin de la décennie, les taux de guérison des deux établissements reste au alentours de 2%. L'asile n'assure pas son rôle thérapeutique : il aggrave même les problèmes des malades, si l'on en croit le

Dr. Clerc (de Saint-Robert) pour qui « l'asile encombré est une fabrique de chroniques » (9).

Conscients de cela (10), les médecins libèrent parfois leurs malades au moyen des « congés d'essai » (11). Ainsi, le « taux de guérison » n'est qu'une composante du « taux de sortie ». Ce dernier pose le problème plus large de la dangerosité réelle ou supposée des malades internés. L'enfermement est une caractéristique principale de l'asile : pour ceux qui sont retenus à la demande des Pouvoirs publics en raison de leur dangerosité on parle d'un « placement d'office ». Pour ceux qui sont placés par leur famille, on parle d'un « placement volontaire ». Les deux formes de placement nécessitent bien sûr une justification médicale, mais ce rapport diffère à la dangerosité engendre un rapport différent à l'asile.

A Saint-Egrève, un échantillon de 541 dossiers médicaux montre une durée d'hospitalisation (12) de 46 mois en moyenne ; mais les placés d'office, restent plus de 4 ans (50 mois), alors que les placés volontaires ne restent « que » 3 ans (36 mois). Trois ans, c'est la durée moyenne d'hospitalisation que l'on peut calculer à partir des registres d'entrées du Vinatier (13) où le placement volontaire, recouvre la même durée

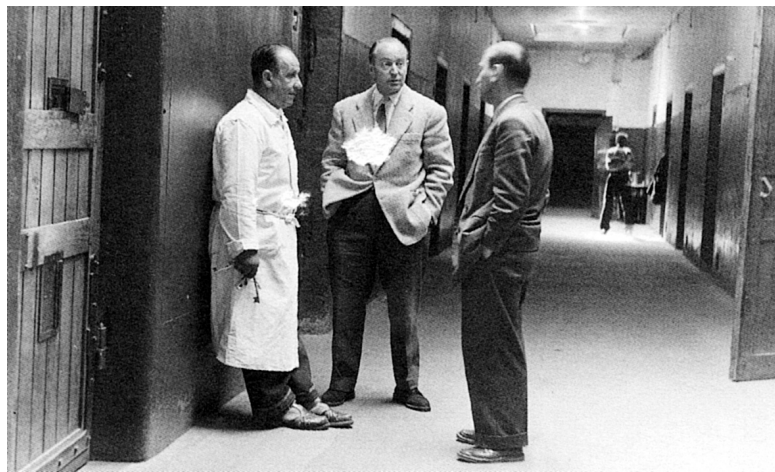
l'asile sera un complément des dispensaires ou un lieu de réclusion pour les échecs définitifs (21)... Les asiles deviennent des « Hôpitaux psychiatriques » à l'occasion d'un décret du Ministre de la Santé du Front populaire, le 5 avril 1937. Mais dans le Rhône, dès le 20 mars 1936 (avant même l'arrivée du Front populaire), la Commission de surveillance qui gère le Vinatier au nom du Préfet, s'était réunie pour trouver un nouveau nom à l'asile avec comme argument que : « Le mot asile ne correspond plus à un centre qui n'a pas pour but unique de mettre hors d'état de nuire des personnes que l'on estime dangereuses pour l'ordre public, mais de soigner pour le mieux des malades, de les faire bénéficier le plus largement possible des ressources de la thérapie, de façon à rendre à la vie sociale tous ceux qui sont susceptibles de guérison ou d'amélioration ».

La Commission de surveillance propose trois noms : Etablissement départemental du Vinatier, Maison de santé du Vinatier ou Hôpital Neuro-psychiatrique. Elle ajoute : « L'époque paraîtrait assez bien choisie pour opérer ce changement. 1° - en raison des tendances thérapeutiques plus agissantes qui se sont introduites dans la science psychiatrique dans ces dernières années, 2° - des constructions neuves qui viennent d'être terminées et des projets de modernisation des quartiers anciens qui sont au programme pour une réalisation prochaine ».

Le changement de nom de l'établissement reflète l'évolution d'une perception de la maladie mentale. La psychiatrie, bien délaissée jusque là, bénéficie d'un regain d'attention. En janvier 1937, les Dr. Condomine et Rochoix du Vinatier, remettent un rapport dans lequel ils demandent la création d'un 5ème service (qui existera dès juin 1939) et la mise en place de colonies familiales et de familles d'accueil pour les malades non dangereux. Il apparaît très nettement, en effet, que la lutte contre la surpopulation ne passe pas par les seules mesures de médicalisation mais aussi par des mesures d'assistance et de prise en charge des malades « inoffensifs ».

Ces prises en charge peuvent être extérieures à l'asile. Mais ce projet de familles d'accueil aurait besoin d'une coopération interdépartementale et bien qu'à Saint-Egrève les médecins en soient aussi demandeurs, les Conseils généraux de l'Isère et du Rhône ne parviennent pas à s'entendre. Le 13 octobre 1937, le Ministre Marcel Rucart, successeur de Henri Sellier à la Santé publique, édite une circulaire particulièrement importante (22). Elle appelle une modernisation des services fermés (qu'elle veut limiter à 400 malades), mais elle encourage surtout la prophylaxie mentale, pour éviter l'encombrement des établissements par une action hors des murs. Rucart demande aux préfets d'organiser un dispensaire avec un service social comprenant des assistantes spécialisées et un service libre d'observation et de traitement. Enfin, la circulaire encourage le développement de l'assistance aux enfants anormaux.

Les effets de ce texte sont difficiles à quantifier. Particulièrement actif, le Conseil général du Rhône n'a pas attendu le Front populaire pour expérimenter une politique de Santé mentale extérieure à l'asile. En 1934, il a nommé une Commission chargée d'étudier les moyens d'enrayer l'augmentation du nombre des aliénés, ce qui a débouché sur la création d'un service de dépistage des tares mentales chez les écoliers. Au début de 1936, deux Centres d'orientation médico-psychiatrique sont ouverts : l'un à Lyon (dans le service du Pr. Lépine à l'Hôpital E. Herriot), l'autre à Villefranche (dans le Centre de protection maternelle et infantile). A l'inverse, on ne voit rien de semblable à Saint-Egrève, ni avant, ni après le Front populaire et il n'y a pas d'action commune aux deux départements. La circulaire Rucart a enthousiasmé les médecins, mais elle a eu très peu d'effets

La fin de l'asile d'aliénés
dans le Rhône et l'Isère
(1930-1960)

Couloir des cellules de l'ancien quartier des agités, années 50. Archives du CH Le Vinatier (in Le Vinatier, un hôpital en travail, Ed La Ferme du Vinatier, 1999)

d'hospitalisation qu'un placement d'office (14) (ce qui semble indiquer que dans cet établissement le placement volontaire n'a pas la même signification qu'à Saint-Egrève).

Trois ans d'hospitalisation, cela paraît beaucoup, mais c'est une moyenne qui ne concerne guère l'expérience des individus. Sur 10 ans - tous malades confondus -, plus du quart des aliénés de Saint-Robert et un tiers de ceux du Vinatier, entrent à l'asile pour une durée qui n'excède pas le trimestre ; six mois après leur admission, près de la moitié des malades de Saint-Egrève et du Vinatier (45 % et 49 %) ne sont déjà plus à l'asile (15).

Dans un établissement surpeuplé, une véritable observation n'est possible que sur les nouveaux arrivants, ce qui explique que la moitié d'entre eux puisse encore sortir durant les six premiers mois ; au-delà, le malade se fond dans la masse informe des aliénés. Ainsi, année après année, le nombre de malades en long séjour engorge l'asile et diminue mécaniquement le taux de sortie ; même si le Vinatier, moins encombré, garde des taux de sortie supérieurs à ceux de Saint-Robert (16).

Mais l'engorgement des établissements tient aussi à ce que la libération d'un aliéné est un acte d'une particulière gravité si l'on veut bien se souvenir que 90 % des malades de Saint-Robert, et 97 % de ceux du Vinatier sont en placement d'office.

L'asile serait-il donc réservé aux ma-

naires avant de pouvoir prétendre à tout remboursement par la Caisse primaire. On continue donc de les interner d'office.

Pour faire évoluer l'asile, il faudrait donc déjà faire évoluer le mode de prise en charge sociale. Les hommes politiques ne voient guère cet aspect ; mais au bout d'un siècle d'échec, ils admettent tout de même l'idée d'une réforme de cette institution.

Du Front populaire
à la Libération

Les premiers signes du changement apparaissent sous le Front Populaire. Henri Sellier, Ministre de la Santé Publique (19), prend en effet pour conseiller technique Edouard Toulouse, à qui on doit l'expérience d'un service ouvert détaché de Sainte Anne. Sous l'impulsion de ce Ministère, des rapports sont présentés au Conseil supérieur de l'Assistance publique (20) qui préconisent l'organisation d'une consultation externe avec un centre de prophylaxie mentale dans chaque département et des dispensaires d'hygiène sociale. L'asile ne serait plus que l'un des maillons d'un dispositif bien plus large de psychiatrie publique. Mais à une époque où la maladie mentale est perçue comme l'un des grands « fléaux sociaux » (au même titre que l'alcoolisme, la syphilis ou la tuberculose) les instigateurs de ce mouvement pour une « hygiène mentale » ne savent pas tous très bien expliquer si

immédiats : deux ans après, avec 1700 malades pour deux médecins à Saint-Robert, et près de 3000 patients pour 5 médecins au Vinatier.

Mais le Front populaire laisse tout de même sa marque en octroyant aux infirmiers des établissements d'aliénés d'abord le bénéfice de la loi des 40 heures du 21 juin 1936 et ensuite, le statut type du 13 novembre 1936⁽²³⁾. Ces mesures amorcent une réelle professionnalisation du personnel des asiles, même si elles sont limitées par le décret du 22 mars 1937 qui ramène la semaine à 45 heures, parce que la profession d'infirmier d'asile est encore largement perçue comme une simple présence auprès des malades, ne nécessitant un travail que de façon intermittente (c'est une conséquence logique de l'absence d'un réel savoir technique).

L'encadrement infirmier se renforce. Au 1er mars 1937, les 16 « *servantes du quartier des femmes de Saint-Robert font encore 16 h par jour pendant 350 jours* »⁽²⁴⁾. Pour passer aux 40 h, il faut 32 employées supplémentaires ; et pour tenir compte des congés plus longs et plus nombreux chez les femmes, on embauche 44 nouvelles recrues. Chez les hommes, où la loi de 48 h était mieux respectée, on passe de 120 à 128 infirmiers. L'effort est encore plus sensible au Vinatier, où, entre 1936 et 1938 on est passé de 390 à 497 infirmiers des deux sexes⁽²⁵⁾.

C'est à peu près la seule implication concrète du Front Populaire à l'intérieur des établissements : limitée par le peu de temps qu'ils restent au pouvoir et par le peu d'écho qu'ils trouvent dans les conseils généraux, Sellier et Rucart dénoncent le fonctionnement de l'asile, mais ils restent à ses portes. Avec leur action, toutefois, l'hygiénisme l'emporte et avec lui les médecins s'éloignent d'une approche strictement somatique pour reconsidérer les problèmes d'adaptation et d'intégration sociale : pour réformer l'asile, il ne s'agit plus désormais de trouver comment faire sortir les malades, mais comment faire sortir les médecins. L'impulsion est là, mais elle est déviée par la guerre.

La surpopulation des années 1930 expliquait la recherche d'une prise en charge extérieure à l'asile ; sous l'occupation au contraire c'est le vide des locaux provoqué par la surmortalité des malades sous-alimentés⁽²⁶⁾ qui amène l'Hôpital Psychiatrique à se diversifier. A Lyon, par répercussion à la réquisition de l'hôpital de la Croix Rousse, le service de Psychiatrie de la Clinique de Neuro-Psychiatrie de l'hôpital E. Herriot est transféré au Vinatier en mars 1943. Les malades ainsi transférés relèvent donc toujours d'une prise en charge par les hospices civils de Lyon mais le fait que ce « *service ouvert* » se trouve dans les murs mêmes du Vinatier est un heureux précédent pour une collaboration entre la psychiatrie et les hôpitaux généraux.

Ainsi, pour la première fois depuis Edouard Toulouse, une remise en cause de l'institution asilaire passe par des mesures concrètes. Depuis 1941 en effet, les anciens collaborateurs de Sellier⁽²⁷⁾ mettent en oeuvre un programme de prophylaxie mentale, dans le cadre de l'Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine (O.P.H.S.), avec l'élaboration d'un réseau de consultations pour enfants déficients mentaux qui permettra la mise en place de dispensaires d'hygiène mentale pour les adultes⁽²⁸⁾.

En outre, dans le cadre de la Famille prônée par le régime du maréchal Pétain, la prise en charge de l'Enfance inadaptée rappelle les préoccupations eugénistes. En 1937, Sellier avait obtenu une « *Charte de l'enfance déficiente* », qui n'avait guère été suivie d'effets pratiques ; c'est le régime de Vichy qui commence à doter la France d'un ensemble de mesures. Après le texte du 27 juillet 1942 sur l'enfance délinquante (qui substitue la notion d'éducation à celle de répression), un arrêté du 25 juillet 1943 crée un *Conseil Technique*

de l'Enfance Déficiante et en Danger Moral, sous la présidence de G. Heuyer, pour établir les techniques de dépistage et d'assistance. Les membres de ce conseil sont des représentants de l'Education Nationale ou de la Justice, et surtout, des psychiatres. Parmi ces derniers se trouve, notamment, le Pr. Dechaume, professeur de la Faculté de Médecine de Lyon et bientôt Médecin chef du Vinatier à la tête de la clinique déjà citée⁽²⁹⁾.

Le même mois de juillet 1943, suite à une lettre du Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille au préfet de Région, le Vinatier envisage la création d'un Centre d'observation et de triage pour enfants « *irréguliers* », ainsi que d'un service réservé aux mineurs délinquants en état de prévention. Le directeur de l'Hôpital précise que « *ces mesures ont été prises en raison des places vacantes existantes dans l'établissement et des facilités que pourrait apporter l'hôpital dans le fonctionnement des services ainsi créés* ». En octobre il accueille 131 enfants, qui, fait exceptionnel pour l'époque, peuvent bénéficier de l'assistante sociale du service ouvert.

Le service des enfants anormaux de Saint-Egrève est lui aussi le fruit direct de la période de l'Occupation car son ouverture est d'abord une solution pratique pour éviter la fermeture d'un établissement devenu presque désert⁽³⁰⁾ en regard de sa capacité d'accueil. Cette solution est proposée en février 1946 au directeur de Saint-Egrève par le représentant du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques⁽³¹⁾. Elle est soumise le 19 avril 1946 à la Commission de surveillance de l'établissement, au moment où il doit fournir des statistiques au Ministère pour un regroupement éventuel avec un autre hôpital. Le service est créé dans les plus brefs délais.

Nos deux établissements se sont donc diversifiés pour remplir le vide laissé par la surmortalité des années d'occupation. Dans un rapport d'avril 1950⁽³²⁾, le Dr. Le Guillant exprime pourtant des réserves quant à l'utilisation de l'hôpital pour les enfants. A l'intérieur d'établissements conçus pour des adultes, ce service est souvent abandonné matériellement et finit par faire horreur au personnel infirmier⁽³³⁾.

La Révolution psychiatrique

Le nouvel esprit de l'immédiat après-guerre n'est pas marqué par une avancée médicale mais par un nouveau regard sur les conditions de vie du malade⁽³⁴⁾. Une particularité de l'évolution de la psychiatrie publique tient à ce que l'on assiste à la mort d'un système sans voir la fin de la loi qui l'a fondé : l'asile n'était qu'une lecture matérielle de la loi de 1838. L'Hôpital Psychiatrique de l'après-guerre lui en substitue une autre. Des circulaires s'attaquent à « *l'esprit asilaire* » pour mettre fin à un cadre carcéral et à des conditions de vie misérables. Une telle évolution implique une profonde modification de la prise en charge des aliénés.

Les médecins avaient vu leur enthousiasme retomber après un Front Populaire sans lendemain. Le Dr. Balvet, alors en poste à Saint Alban, avait rendu compte de cette désillusion au Congrès de Montpellier, en 1942, en lançant un appel pour une psychiatrie à visage humain. Le même médecin devait bientôt apporter au Vinatier les germes du mouvement de la « *psychothérapie institutionnelle* »⁽³⁵⁾.

Ce mouvement fait corps avec son époque. En 1945, le n°3 de l'*Information psychiatrique* décrit les procédés de l'extermination des malades mentaux allemands⁽³⁶⁾. Après la surmortalité des aliénés et les camps de concentration nazis, on ne peut plus voir l'asile de la même façon. Pour les médecins comme pour les politiques, la fin du vocabulaire eugéniste procède d'une prise de conscience de l'humanité du malade

mental, dont le point d'orgue est peut-être l'article de Lucien Bonnafé et Louis Le Guillant dans la revue *Esprit* en 1952⁽³⁷⁾. Le public y découvre que : « *Il existe des dizaines de milliers de malades placés dans une situation sans rapport avec les connaissances et les possibilités existantes en ce domaine de la médecine, et d'une inhumanité souvent intolérable. (...) Ils se dégradent lentement dans la monotonie bruyante ou silencieuse de la vie asilaire ; ils « passent à la chronicité », c'est à dire qu'ils meurent progressivement en tant qu'êtres humains* ».

Alors, d'un asile retiré du monde (ce qui avait rendu possible la disparition silencieuse de près de 50.000 malades sous l'occupation), on s'apprête à passer à un hôpital qui déborde le cadre de ses propres murs pour s'installer au sein de la société. Bien avant les décrets de 1960 qui lui donneront le jour de façon officielle, on voit s'ébaucher une politique de secteur.

En 1947, au nom du Conseil général du Rhône, le Dr. Robin, directeur départemental de la Santé, réunit les médecins du Vinatier et de St Jean de Dieu⁽³⁸⁾ pour mettre en place des services d'Hygiène Mentale. Cela implique une réorganisation du Vinatier qui crée de nouveaux services ouverts pour des malades ne nécessitant pas un internement. Dans « *l'Hôpital Pinel* »⁽³⁹⁾ que l'on crée à l'intérieur de l'établissement, chaque médecin chef du Vinatier dispose d'un service⁽⁴⁰⁾. Les conditions d'entrée et de sortie sont identiques à celles d'un hôpital ordinaire. Le séjour des malades ne peut dépasser 6 mois consécutifs.

Un service d'Enfants « *anormaux éducatibles* » est organisé la même année et fonctionne en dehors du *service des Enfants inéducables* (qui date de 1922). Il donne des soins médico-psycho-pédagogiques qui font collaborer le personnel médical avec des éducatrices, des institutrices ou des jardinières d'enfants spécialisés, et des assistances sociales. Ainsi, avec la proximité de la *Maison des Enfants* (organisme de la Sauvegarde de l'Enfance), qui est destinée à l'observation et au triage d'enfants arriérés ou déficients, on réunit un groupe de services spécialisés pour l'enfance⁽⁴¹⁾.

Par ailleurs, avec la collaboration des Médecins chefs du Vinatier, des consultations psychiatriques externes s'organisent de façon hebdomadaire au Dispensaire d'Hygiène, cours de Verdun, à Lyon et de façon quotidienne dans l'établissement (mais le Conseil Général du Rhône ne met pas en place de consultations extérieures à Lyon).

Quoique nettement moins en pointe, l'établissement de l'Isère connaît aussi des changements considérables. Le dispensaire des médecins-chefs fonctionne un après-midi par semaine⁽⁴²⁾. Avec un service d'assistances sociales qui est en place depuis 1953, il permet le maintien hors les murs de personnes qui sont toujours en traitement. Grâce à cela, en 1959, près de la moitié des malades traités ressortent dans l'année, proportion considérable si l'on veut bien se souvenir que ce taux n'atteignait encore que 21 % en 1950 et que le meilleur taux des années 1930 avait atteint 15 %, en 1932. Alors que l'internement à l'asile signifiait l'exclusion des « *fous* », les assistantes, doivent faciliter le retour de l'ancien aliéné dans la société, ce qui est un prolongement logique à la psychiatrie proprement dite. Le traitement à l'extérieur est surtout possible avec la mise en place de traitements nouveaux. Les neuroleptiques arrivent au milieu des années 1950 à une époque où l'on commence déjà à remettre en doute l'efficacité des traitements de choc (insulinothérapie voire lobotomie dans certains cas). Les résultats sont si spectaculaires, que le Dr. Jourdran, médecin des femmes de Saint-Egrève depuis 1927, écrit alors que « *si grave et si ancienne que soit l'infection, on hésite (désormais) à prononcer le nom de chronicité et surtout d'incurabilité* »⁽⁴⁴⁾.

Il faut imaginer à quel point les conditions d'internement sont améliorées par l'arrivée de ces médicaments. Désormais, dans les quartiers d'agités, on peut entrevoir la fin du règne des camisoles et des traitements prolongés. Pourtant, nous ne sommes encore qu'aux débuts de la pharmacologie en psychiatrie. En francs constants, les dépenses de pharmacie de Saint-Egrève seront multipliées par 12 entre 1955 et 1965⁽⁴⁵⁾, ce qui montre combien le chemin qui reste à parcourir est long.

Au Vinatier, se crée un *Comité lyonnais de recherches en thérapeutiques psychiatriques*, qui est particulièrement actif dans les années 1950, et qui accroît la renommée de l'établissement. Mais au delà, la venue d'un premier médicament spécifique à la psychiatrie pose immédiatement la question d'une évolution qui puisse se limiter au domaine médical. Or, la chimiothérapie comporte aussi des désillusions, et lorsqu'il revient sur la « *révolution* » des neuroleptiques à la fin de la décennie, le Dr. Jourdran écrit que la modification s'est surtout faite sentir dans les pavillons d'agités⁽⁴⁶⁾. Toutefois, à défaut de toujours guérir, les médecins peuvent désormais se passer des instruments de contention, ce qui représente pour eux un « *grand coup de balais à travers l'hôpital psychiatrique* »⁽⁴⁷⁾.

Un nouveau front s'ouvre aussi avec l'ergothérapie (qui cherche la réinsertion sociale du malade par le travail). En janvier 1946, le Dr. Balvet réclame la création d'un atelier pour les malades du Vinatier. Il l'ouvre dès 1947, mais en Isère ce n'est qu'en 1955 que les pièces de certains pavillons sont aménagées pour organiser un artisanat à des fins thérapeutiques. Dans le même temps, des cours et des stages annuels forment des moniteurs parmi le personnel infirmier. Par ailleurs, pour accompagner la naissance d'une vie sociale digne de ce nom les deux établissements créent une association affiliée à l'organisation *Croix marine*, pour développer les activités culturelles et sportives. Au Vinatier les Dr. Balvet et Requet élaborent même un journal avec une équipe composée de soignants et de soignés. C'est *Le Chantier* (de juillet 1949 à août 1951) qui devient *L'Information* (tiré à 800 exemplaires)⁽⁴⁸⁾.

On connaît ainsi le paradoxe d'un rapport au malade qui se « *démédicalise* » au moment précis où viennent les neuroleptiques, car leur intérêt réside aussi dans la possibilité d'instaurer la posture et une nouvelle relation du praticien au malade. Il reste beaucoup à faire car la surpopulation sévit à nouveau et, en 1957, le Dr. Million estime que matériellement, il ne peut consacrer que 20 minutes par trimestre à chaque malade de son service fermé, alors qu'une consultation dans le dispensaire d'Hygiène mentale dure 40 minutes en moyenne, ce qui correspond à un meilleur suivi.

Le Dr. Millon occupe pourtant un poste qui vient d'être créé. Avant son arrivée à Saint-Egrève, en 1955⁽⁴⁹⁾, le Dr. Jourdran, traitait à lui seul 904 femmes en service fermé. Mais le nouveau médecin souligne vite que son trop petit nombre d'infirmiers « *ne peut que donner des soins d'hygiène élémentaire aux malades et passe la quasi-totalité de son activité à des travaux domestiques* »⁽⁵⁰⁾. Le quartier des hommes qui est dédoublé, à son tour, en 1959, pose encore plus de problèmes. En 1961, le Dr. Damey⁽⁵¹⁾ se plaint de ce qu'il doit soigner 540 malades de ce service avec 57 infirmiers, ce qui, avec un infirmier en fonction pour 30 malades, le situe nettement en dessous des normes édictées en 1938 (un infirmier pour 15 malades calmes ou 10 agités).

Pourtant, l'établissement embauche désormais, mais sans parvenir à suivre la croissance de la population des malades. Ainsi, malgré les pressions du Ministère de la Santé auprès de la direction de l'hôpital, les efforts pour recruter

LIVRES ET REVUES

Précis de psychologie

William James

Traduit de l'anglais (États-Unis)

par Nathalie Ferron

Édition et présentation de David Lapoujade

Les Empêcheurs de penser en rond

On mesure mal l'importance de la psychologie de James (1842-1910). On ne connaît pas toujours l'influence des *Principes de psychologie*, puis du *Précis* dans le champ de la psychologie et de la philosophie, mais aussi sur le terrain de la sociologie et de l'anthropologie et jusque dans le domaine littéraire. Des philosophes aussi divers que Husserl, Whitehead, Bergson, Russell ou Wittgenstein y décèlent un point de rupture avec une tradition psychologique en même temps que la somme de la science psychologique du XIX^e siècle. Ils y sont d'autant plus attentifs que la plupart d'entre eux s'efforcent de rompre avec un certain « *psychologisme* ». Peut-être même est-ce un des traits majeurs des philosophies du début du XX^e siècle : conserver les positivités de la psychologie, mais pour les implanter ailleurs et autrement, tantôt dans une philosophie logique (Russell), dans une grammaire philosophique (Wittgenstein), dans une phénoménologie transcendante (Husserl), enfin dans un empirisme métaphysique (Whitehead, Bergson). Le paradoxe est qu'elles voient dans la psychologie de James l'un des moyens de sortir de la psychologie, comme si James indiquait les limites du domaine à l'intérieur duquel il se situe. Alors une des premières questions qu'il faut soulever serait celle-ci : qu'y a-t-il donc dans la psychologie de James qui échappe à la psychologie ? Peut-être est-ce par ce premier biais que s'éclaire l'un des classiques de la psychologie, rédigé par l'un des fondateurs de la psychologie expérimentale qui sut donner aux visées expérimentales une portée théorique.

Identité et appartenance

Face au nationalisme, à la xénophobie et à l'antisémitisme

Le Coq-Héron 2002 n°170

Erès

Voici un troisième numéro du *Coq-Héron* (après les numéros 162 et 163) centré sur les questions des identités et des appartenances, telles qu'elles se manifestent dans les phénomènes collectifs et individuels, à travers le nationalisme, la xénophobie et l'antisémitisme, comme dans les questions liées à la multiculturalité, à la clinique de l'exil, et dans les phénomènes de métissages. La place des appartenances culturelles dans la vie individuelle (construction de la personnalité) et collective (devenir de l'idée de nation du point de vue politique) a pris une extrême acuité. Entre universalisme désincarné, grandes migrations, perte des liens sociaux, errance et retour aux sirènes des refuges ethniques, le monde, encore hanté d'images de la *Shoah*, installé sur la poudrière atomique, assiste à l'insupportable répétition des génocides s'armant de nouvelles formes de torture transgénérationnelle, comme à l'explosion de nouvelles formes de violences, lente asphyxie économique de continents entiers, anesthésie généralisée par la dépendance toxicomaniaque de masse, terrorisme aveugle (y compris le terrorisme d'Etat) et violence urbaine, violences dont les enfants et les adolescents sont les plus constantes victimes. Les psychanalystes en consultations privées, mais plus encore par le biais des consultations publiques et de leur collaboration avec les travailleurs sociaux, connaissent de multiples retombées de ces formes nouvelles du « *malaise* » dans la civilisation.

(17) Les placés volontaires que l'on n'a pas changé de catégorie restent en moyenne 20 mois à Saint-Robert, et 19 mois et 2 semaines au Vinatier ; ceux dont le placement a été transformé d'office restent 88 mois et une semaine à Saint-Robert, et 109 mois au Vinatier. Ce n'est pas la durée de l'internement qui a rendu le malade dangereux - ce qui serait un constat sévère sur la réussite de l'asile - mais un coût trop élevé de l'hospitalisation qui a fini par mettre la famille du malade dans l'embarras.

(18) 2,4 % des malades du Vinatier, 2,1 % à Saint-Robert.

(19) Sellier est un élu de la Seine, département qui bénéficie d'une avance particulière puisqu'il y existe depuis 1927 un service départemental de prophylaxie mentale.

(20) Le premier est celui de M.C. HAY et J. LAUZIER, « *L'hygiène et la prophylaxie mentale, base de l'assistance psychiatrique* », L'Aliéniste Français, 1937, 5, 215-238. Il est suivi par un autre, de HAMEL et PIERRON en 1938.

(21) Au point que certains comme le Dr. Bonnafé vont parler après guerre d'une pensée fascisante (voir Recherches, n°17, 1975, p.57).

(22) Que d'aucuns voient même comme l'annonce de la psychiatrie de secteur ; voir SI-MONNOT (Anne-Laure), *Hygiénisme et eugénisme au XXe siècle à travers la psychiatrie française*, Paris, Séli Arslan, 1999, p. 96.

(23) Véritable reconnaissance professionnelle, ce statut garantit aussi des avantages matériels, tels qu'une prise en compte des risques professionnels, une échelle de salaires, des congés annuels... (la situation variait auparavant d'un établissement à l'autre).

(24) Lettre du syndicat sur l'organisation des 40 heures, 26 juillet 1938 (lettre dactylographiée), archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève, Série 6 dos. 80 « *Syndicat, revendications du personnel - 1936* ».

(25) A Saint-Robert, on passe de 175 à 203 infirmiers et soeurs hospitalières entre 1936 et 1938.

(26) La situation des malades dans les deux établissements a été déjà longuement abordée. Voir ODIER (S.), « *Saint-Egrève, des horreurs de Vichy à la médicalisation d'un asile (1930-1960)* », Bulletin du Centre Pierre Léon, 1995, n°2-3, pp.117-126 et LAFONT (Max), *L'extermination douce*, réédition et mise à jour en septembre 2000, Latresne, Le bord de l'eau, 272 p.

(27) Avec notamment le Dr Hazemann, médecin inspecteur de l'OPHS de la Seine, ancien chef de cabinet technique de Sellier.

(28) Voir MASSÉ Gérard, « *Il y a 50 ans, 1936, la psychiatrie au rendez-vous* », L'Information Psychiatrique, vol. 62, octobre 1986.

(29) Il succéda au successeur du Pr. Lépine qui est suspendu cette année là pour des raisons qui n'ont pas été élucidées.

(30) En janvier 1944, l'établissement ne compte plus que 795 patients. Ils étaient 1693 au 1er janvier 1940.

(31) Lettre du représentant du Syndicat des Médecins des hôpitaux psychiatriques (la signature est illisible mais on peut imaginer qu'il s'agit du Dr. Daumezon) écrite à Fleury-les-Aubrais le 28 fév.1946, pour le directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève, archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève, série 6 dossier 112.

(32) « *Dépistage du traitement des déficiences mentales chez l'enfant* », rapport présenté à la Commission des maladies mentales du Conseil permanent d'hygiène sociale, avant d'être reproduit dans l'Information Psychiatrique.

(33) Voir aussi MALLAT (Constant), « *Le dit de la psychiatrie infanto-juvénile* », L'Information Psychiatrique n°6, juin 1996

(34) Le Guillant écrit dans l'Information psychiatrique de janvier 1959 : « *Le mouvement de rénovation psychiatrique qui a suivi, en France, la Libération (...) ne coïncide pas - pas entièrement en tout cas - avec l'apparition de nouvelles thérapeutiques, mais avec un profond sentiment de sympathie, éveillé chez plusieurs chefs de service, pour la condition dramatique des malades, telles qu'ils l'avaient vécue sous l'occupation allemande. C'est dans une transformation de cette condition qu'à consisté avant tout la réforme entreprise ici et là* ».

(35) Le 30 septembre 1942 Balvet est nommé au Vinatier où il reste jusqu'à sa retraite, en décembre 1972.

(36) LAUZIER, « *Euthanasie nazie* », L'Information Psychiatrique, 3, novembre 1945, p.37-39

(37) Dr. L. LE GUILLANT, Dr. L. BONNAFÉ, « *La condition du malade à l'hôpital psychiatrique* », Esprit, novembre décembre 1952.

(38) St Jean de Dieu est un asile privé faisant

fonction de public pour les aliénés de la Loire (bien qu'il se trouve dans l'agglomération lyonnaise).

(39) Comprenant 130 places pour les femmes et 130 pour les hommes, cet ensemble pour malades non internés utilise des pavillons un peu à l'écart de ceux qui restent dévolus aux aliénés.

(40) A l'exception du Dr. Beaujard qui est chargé des « *Enfants anormaux éducatibles* ».

(41) Depuis août 1947, à la demande du préfet, l'Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfance a évacué le service des mineurs délinquants.

(42) Plus une fois par mois, à Vienne.

(43) En 1955 à Saint-Egrève, mais dès 1953 au Vinatier..

(44) Dr. Jourdran, Rapport médical pour 1955, archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève, non classé.

(45) De 6 millions d'anciens francs en 1955 à 1,1 million de nouveaux francs en 1965.

(46) Rapport médical annuel pour 1958, Dr. Jourdran, archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève.

(47) Jourdran, 1958, ibid.

(48) Voir VON BUELTZINGSLOEWEN (Isabelle), « *Révolution au quotidien, révolution du quotidien : les transformations de la pratique psychiatrique au Vinatier dans les années 1950* », Questions à la révolution psychiatrique, éditions La Ferme du Vinatier, 2001 pp. 19-37.

(49) Le nombre de deux médecins-chefs était resté inchangé depuis 1877.

(50) Rapport médical annuel pour 1955, Dr. Millon, archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève.

(51) Rapport médical pour 1961, Dr. Damey, archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève.

(52) Rapport médical pour 1955, Dr. Jourdran, archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève.

(53) 41 diplômés sur 78 hommes.

(54) Soit 55 hommes et 63 femmes. Selon le Rapport administratif pour 1952, archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève.

(55) Cette circulaire aura pour réponse les articles du numéro spécial de la revue d'expression chrétienne Esprit en novembre-décembre 1952, avec notamment la contribution de Le Guillant et Bonnafé (citée plus haut) qui en reprend certains points pour se montrer très critique contre l'asile, L. Le Guillant, L. Bonnafé, « *La condition du malade à l'hôpital psychiatrique* », Esprit, novembre décembre 1952.

(56) Dr. BOUQUEREL, « *Les problèmes architecturaux de l'Hôpital Psychiatrique* » ; Congrès des Médecins Aliénistes de langue française de Bordeaux, 1956.

(57) Depuis 1950 au moins, le Médecin Conseil des Caisses entretient des contacts avec la Clinique du Pr. Dechaume au Vinatier pour assurer un suivi des malades La Caisse régionale n'intervient toutefois pas avant 1963 (date à laquelle elle finance la construction du Centre social et de la blanchisserie à hauteur de 35 et 40 %).

(58) Le pavillon Esquirol n'est rénové qu'en 1959. L'état lépreux de certains pavillons, pose un problème qui ne fait que se déplacer : en 1961 encore, alors que le service des hommes peut enfin réintégrer un pavillon Saint-Ferréol entièrement rénové, les malades qui restent des pavillons Saint-Vincent ou du pavillon Neuf sont confinés dans des lieux que les médecins déclarent inhabitables : le pavillon Neuf n'a ni WC ni sanitaires, et Saint-Vincent est « *ruiniforme* ». Rapports médicaux pour 1961, archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève.

(59) Rapport médical du Dr Million pour 1959, archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève.

(60) Ce qui est déjà un progrès si on veut bien se souvenir qu'il n'y a eu que 374 admissions en 1930 (selon les Rapports administratifs annuels, archives du Centre hospitalier de Saint-Egrève).

Le Prix Pierre Mâle

Le prix Pierre Mâle a été attribué pour l'année 2002 à Roland Lazarovici pour ses publications dans la revue *Adolescence* :

Les rêveries de l'adolescence: un trouble du penser (1988, 6 : 231-252) ;

L'amour de l'objet perdu : notes sur l'érotomanie (1998, 16 : 157-163) ;

Le risque de suicide : problèmes contre-transférentiels (2000, Monographie ISAP, pp. 163-169).

LES REVUES

Le souci du corps

Sous la direction de Alexandrine Saint-Cast, Jean-Philippe Raynaud et Laurent Renard

Enfances & Psy 2002, n°20

Erès

Enfances & Psy a déjà abordé la question du corps, par petites touches, au fil des dossiers thématiques, soulevant des interrogations, pointant des incertitudes et des paradoxes. Comme s'il en allait toujours ainsi, dès qu'il s'agit de faire des liens entre corps et psyché, les professionnels s'approchent, mais pas trop.

Les expériences et les rencontres du corps accompagnent et soutiennent le développement du bébé (Annick Le Nestour et Gisèle Danon), contribuant à frayer le chemin encore mystérieux vers l'accès au langage (Michel Bernard). Du bébé à l'adolescent, corps et pensée - investis par les parents, les éducateurs, les thérapeutes (Jacqueline Sarda) - sont comme indissociables et contenus dans une matrice culturelle et symbolique. Peu à peu, se construisent la représentation du corps et les investissements conscients. Peu à peu cette relation entre corps et pensée évolue, s'enrichit, se complexifie. Si nous n'avons pas accès directement au vécu du corps du jeune enfant, nous savons mieux, aujourd'hui, que dès la naissance, le corps peut souffrir, même s'il est toujours difficile d'accepter et de se représenter cette souffrance qui ne se dit pas (Elisabeth Dardart).

Les pédiatres savent comment approcher ce mal du corps en restant à l'écoute des mères et en étant accessible aux signaux qu'envoient les enfants, même les plus jeunes, au milieu des bruits de fond (Antoine Leblanc). Les assistantes maternelles empoignent ce corps au quotidien, le portent, le pensent, pour communiquer avec le bébé (Fatima Amaouche). Pour accompagner son développement, tous en observent les mouvements, les rythmes et aménagent pour lui, avec lui, des espaces symboliques (Franco Boscaïni).

Le lien corps/psychisme occupe une grande place dans la pratique des médecins (que l'on précise parfois « *somaticiens* ») et des psychomotriciens. Ce dossier interroge ces derniers sur les pathologies de l'investissement du corps et sur ce qu'elles éclairent lorsque l'on s'intéresse à ces troubles (Florence Reinalter-Ponsin et Catherine Potel-Baranes). Certaines situations extrêmes, certaines pathologies, poussent les cliniciens dans leurs pratiques quotidiennes auprès des enfants à chercher, à inventer, à aménager les cadres de soins. Du lien à l'autre au lien à soi, les professionnels ajustent leurs approches thérapeutiques pour essayer de relancer une dynamique, une pensée (Régine Scelles, Pierre Delion). Mais le corps de l'enfant n'est pas qu'un corps souffrant ou un corps soigné. Les représentations sociales et culturelles se transmettent, évoluent, parfois se figent, mais ne sont jamais insignifiantes ou sans effet (Michel Bernard, Yolande Govindama, Philippe Scialom). Même si notre époque en semble encore scandalisée, le corps est nécessairement sexué et inscrit dans la suite des générations. La libération des corps, prônée il y a quelques décennies, est éminemment ambiguë. D'un côté, elle manipule et idolâtre le corps, de l'autre elle soutient la répression et le déni du corps. Et ce sont peut-être les adolescents qui sont le plus sensibles au regard des autres, comme l'observent les professeurs d'éducation physique et sportive (Hervé Corre). Investi et animé d'affects, le corps est le lieu où s'origine la pulsion et sera celui de son extinction. Le corps de l'enfant qui grandit et se développe dit son histoire de sujet en devenir, avec son lot de franchissements incontournables. Tous les professionnels de l'enfance ont aussi affaire avec ce que Françoise Dolto a décrit comme l'image inconsciente du corps (Gérard Guillerault).

Dossier 1 Rétablissement Dossier 2 Travail

Santé Mentale au Québec

Vol XXVII n°1, Printemps 2002

Les concepts « *dépersonnalisation* » « *primauté de la personne* » et « *appropriation du pouvoir* » sont au cœur de la pensée d'un mouvement social américain connu sous le terme de « *recovery* » qui peut être traduit par « *rétablissement* ». Les maladies traitées par les services psychiatriques racontent de plus en plus leur expérience et les revues scientifiques leur accordent une place dans leurs parutions. La revue *Schizophrenia Bulletin* publie depuis les années 1980 ces récits, alors que la revue *Psychiatric Rehabilitation Journal* contient depuis 1995 une rubrique intitulée « *Coping with* ». Démonstration encore actuelle de l'importance du mouvement de rétablissement, la revue *Community Mental Health Journal* lui a consacré un certain nombre de pages dans ses éditions d'avril, juin et août 2000. Enfin, autre indice de son impact, on voit apparaître l'élaboration de modèles de système psychiatrique comme celui que le « *National Alliance for Mentally Ill* » (NAMI) présente sous les titres « *Omnibus Mental Illness Recovery Act* ».

L'importance du mouvement américain de rétablissement, dont on peut retrouver des éléments dans la *Politique de*

santé mentale du Québec, a incité *Santé Mentale au Québec* à constituer un dossier sur la question, qui est l'occasion d'enrichir le débat sur les fondateurs de la politique québécoise de santé mentale et sur la place des personnes usagères dans le système de soins psychiatriques.

La revue a voulu, aussi, élargir le débat en incluant dans ce numéro un deuxième dossier sur une autre question, insuffisamment discutée au Québec, mais souvent considérée comme la consécration ou la voie privilégiée du rétablissement : le travail. Grâce à ce deuxième dossier, les lecteurs pourront approfondir les relations entre les aspects subjectifs et environnementaux dans le parcours des personnes souffrant de troubles mentaux. Le constat dégagé des travaux analysés et du travail auprès des organismes et des personnes concernées est le suivant. Les obstacles sont si nombreux et complexes qu'ils privent les individus psychologiquement vulnérables de l'accession aux programmes qui favoriseraient leur intégration au marché du travail. Malgré les efforts qu'ils déploient pour gérer les problèmes personnels liés à leur santé mentale, ces personnes s'épuisent à naviguer dans le labyrinthe des bureaucraties et des services, au point qu'il ne leur reste que très peu d'énergie pour s'occuper de leurs autres besoins, entre autres de celui de travailler comme tout le monde. Faut-il alors s'étonner qu'au moment de rendre public l'avis du Comité de la santé mentale du Québec à propos de l'intersectorialité et de l'intégration au travail en santé mentale, un article du quotidien *Le Soleil* (janvier 2002) a utilisé le titre paradoxal de *La vraie maison des fous* pour décrire les obstacles risquant de conforter une position de *personne exclue et marginalisée*. Il se ferme tant de portes en raison des obstacles rencontrés par ces personnes qu'elles ne peuvent profiter des occasions qui se présentent à eux en termes de possibilités d'emploi, de logement, de formation et d'éducation. Pour Rogers, ce n'est pas dans l'existence d'un travail que se situe la question fondamentale, mais plutôt dans les raisons qui poussent les systèmes à nier de façon persistante aux personnes relevant de soins psychiatriques les occasions d'avoir accès à un travail rémunéré ou à des occupations significatives.

Revue de Santé mentale au Québec, CP 548, Succ. Place d'Armes, Montréal (Québec), Canada H2Y 3H3. Tél. : (514) 523-0607. Fax : (514) 523-0797. E-mail : rsmq@cam.org. Site internet : www.cam.org/rsmq/. Pour l'Europe : *Revue de Santé mentale au Québec, a/s Santé mentale et communautés*, 136 rue Louis Becker, 69 100 Villeurbanne, France. La revue est en vente aux librairies suivantes: Thierry Garnier, 41 rue de Vaugirard, 75006 Paris. Tél. : 01 45 48 89 62. Fax : 01 45 49 35 63. La librairie du Québec, 30 rue Gay-Lussac, 75005 Paris. Tél. : 01 43 54 49 02. Fax : 01 43 54 39 15.

Sciences et pathologies

*Carnets de bord**

Revue de Jeunes Chercheurs en Sciences Humaines
Décembre 2001, n°2

Juan Rigoli, professeur de littérature française des XIX^e et XX^e siècles à l'université de Fribourg, vient de publier sa thèse de doctorat, *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIX^e siècle* (Fayard, 2001). Une recherche conséquente qui porte sur les usages et les représentations de la folie dans un contexte, d'émergence institutionnelle de la médecine mentale. Vouloir lire le délire, pour mieux le déchiffrer, conduit les aliénistes à dépasser le registre médical et à puiser dans le champ littéraire des ressources qui leur font défaut. Ces liens complexes qui se nouent entre la littérature et la médecine mentale font l'objet d'une analyse rigoureuse et stimulante. La lecture de cet ouvrage a conduit Cristina Ferreira, assistante au département de sociologie de l'Université de Genève, à s'entretenir par écrit avec l'auteur autour de quelques-uns des aspects analysés dans son travail.

Valérie Lussi et Christian-Alain Muller abordent la question de l'anomalie scolaire et de l'émergence des sciences de l'éducation à Genève (1897-1937). Cette problématique est envisagée à partir de questions qui guident l'analyse : comment le problème social de l'anormalité scolaire participe-t-il à la transformation de la pédagogie dite traditionnelle et à l'émergence d'un nouveau champ disciplinaire : les sciences de l'éducation ? Quelles sont les premières réponses institutionnelles mises en place pour traiter l'anormalité enfantine et quels sont leurs effets ? Suscitant de nouveaux besoins sociaux et pratiques, il apparaît que l'arriération scolaire ouvre un espace d'investigation à des experts dont l'ancrage disciplinaire est autre que pédagogique. Dès lors, comment l'entrée des sciences connexes va-t-elle changer le regard sur la norme scolaire ? Quelles seront, ensuite, les répercussions sur les pratiques pédagogiques ainsi que sur la formation des enseignants ? S'appuyant sur une recherche menée dans le cadre d'une thèse sur *La prise en charge médicamenteuse des enfants diagnostiqués hyperactifs*, Anne Dupanloup dégage des hypothèses dans le but de discuter quelques aspects de la sociologie de la psychiatrie et du brouillage de la classique frontière entre santé et maladie mentale et son corollaire social : normalité et pathologie. D'autres articles abordent le cas de Pierre Rivière rêveur et parricide, le rôle joué par les Annales d'histoire économique et sociale de Marc Bloch et Lucien Febvre dans l'historiographie française, les méthodes de la recherche sociologique.

*Carnets de bord, p.a. Département de sociologie, Université de Genève, Uni-Mail, 1211 Genève 4. www.carnets-de-bord.ch.

LIVRES

Guide du droit de la famille et de l'enfant

2ème édition
Philippe Chaiflou
Dunod

Les professionnels des secteurs éducatif, social et médico-social, sont de plus en plus confrontés aux problèmes posés par l'application du droit de la famille. L'ambition de ce livre fournit une synthèse du cadre juridique, tant civil que pénal, défini par le droit de la famille. L'auteur présente certains aspects comme la responsabilité pénale des travailleurs sociaux ; l'assistance éducative ; l'enfance délinquante ; l'autorité parentale ; le PACS ; la filiation, l'adoption ; le divorce des étrangers. Cet ouvrage développe également les données récentes de la jurisprudence et propose, en annexe, les principaux textes de référence, ainsi qu'une présentation des institutions concourant à la protection de l'enfance. Il prend en compte les nouvelles dispositions : réforme de l'autorité parentale du 4 mars 2002 ; réforme de l'assistance éducative du 15 mars 2002 ; réforme du droit pénal des mineurs du 9 septembre 2002.

Travaux du Comité Consultatif National d'Éthique

20^e anniversaire
Coordination Didier Sicard
PUF

Le Comité national d'éthique a pour missions de « donner des avis sur les problèmes éthiques soulevés par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé et de publier des recommandations sur ces sujets ». Depuis sa création, le Comité avait rendu en janvier 2003, 74 avis et rapports. Si son instauration a, en partie, été suscitée par des craintes liées aux progrès des techniques d'assistance médicale à la procréation, sa réflexion s'est largement étendue à bien d'autres domaines. Parmi les principaux, on peut citer les progrès des connaissances en génétique humaine, les questions éthiques liées à l'expérimentation sur l'homme posées par les neurosciences, par la transmission de l'information scientifique, la fin de vie, les liens entre l'éthique et le droit.

Le Comité se conçoit comme ayant, en permanence, une mission de veille, attentif à la fois aux progrès des connaissances et aux attentes de la société. Toutes les fois qu'il estime qu'une tension éthique est susceptible de surgir, il lui appartient de proposer des éléments de solutions, qu'elles soient, d'ailleurs, dans un sens modérateur ou d'encouragement à faire progresser la recherche. Pour permettre que des débats aient lieu, le décret de 1997 fait obligation d'organiser une fois par an des journées annuelles d'éthique ouvertes au public, au cours desquelles les avis et rapports sont présentés, commentés et livrés, ensuite, en toute liberté à la discussion publique. Le Comité tente de mettre à disposition du corps social les questions fondamentales de notre temps. Il a conscience que le concept doit être manié avec prudence afin d'éviter d'outrepasser sa compétence. Une coopération avec un certain nombre d'organismes tels que la Cité des sciences et de l'industrie, l'Espace éthique de l'AP-HP, le National Ethikrat Allemand, le Nuffield Council anglais. Certains s'interrogent sur la finalité peut-être à revoir et sur la pérennité de l'institution même. D'autres pensent que l'argumentation éthique est, plus que jamais, nécessaire dans les questions redoutables qui ne cesseront de surgir.

En psychiatrie, plus que dans les autres spécialités médicales, il prend tout à la fois en compte les dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Dans sa fonction première de mémoire du soin, le dossier permet d'assurer la continuité des soins, dans le temps et dans l'espace. La continuité dans le temps s'exerce au sein d'une même séquence de soin, ou d'une séquence à l'autre lorsque celles-ci sont séparées par un intervalle de temps. La continuité dans l'espace s'exerce entre praticiens différents amenés à intervenir sur un même patient au sein d'une même entité juridique, que ces interventions soient concomitantes ou successives. Ce dernier principe sera, bien sûr, valable dans le cadre d'une collaboration avec des soignants non médicaux, dans le respect des règles du secret professionnel et de son partage. Cette fonction mnésique du dossier a, de tout temps, débordé le cadre strict du colloque singulier entre le médecin et son patient, la mémoire du dossier étant par exemple sondée pour alimenter monographies médicales et recherches historiques, pour répondre dans la mesure du possible à la demande d'information de l'entourage, ou encore pour permettre à la justice d'œuvrer.

Fonction judiciaire

Mais l'évolution de la médecine et de la société dans leurs rapports réciproques ont mis en exergue des fonctions secondaires du dossier : développement de la recherche scientifique, de l'évaluation de l'activité de soin, mais aussi défense des droits du patient. Tous les domaines de la vie en société passent depuis deux siècles au crible de l'égalité en droit des citoyens : la médecine n'a pas fait exception.

Au cours des dernières années, une fonction secondaire du dossier a, de ce fait, pris une importance considérable, dans les mentalités au moins autant que dans la pratique : le dossier est perçu par le médecin et son patient comme un moyen de justification, voire un moyen de preuve, en cas de contestation ou de plainte. Si l'on n'y prend garde, la fonction judiciaire du dossier risque de prendre le dessus sur sa fonction première. Une telle dérive serait préjudiciable au soin, à l'exercice de l'art médical, et donc au patient. Un dossier digne de sa définition ne saurait s'organiser et se structurer autour de ses finalités secondaires, quelles qu'elles soient. La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit du malade et à la qualité du système de santé, et son décret d'application n°2002-637 du 29 avril 2002, viennent préciser cette fonction secondaire du dossier hospitalier. Cette évolution légale risque, évidemment, de désigner le soin comme le terrain exquis de la joute judiciaire. Mais, également, dans un registre judiciaire, le respect des recommandations relatives à la tenue du dossier ne peut que protéger le praticien de poursuites abusives, sous réserve qu'il ait bien respecté ses obligations légales.

Nouvelles dispositions légales

L'article R.710-2-2 du Code de la Santé Publique définit les contenus minimaux du dossier médical constitué pour chaque patient hospitalisé. Sa dernière version remontait à la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, et à son décret d'application n°92-329 du 30 mars 1992. Le décret du 29 avril 2002 en modifie donc la rédaction. La modification majeure tient à l'introduction d'une nouvelle catégorie d'informations, réputées non communicables. Comme nous allons le voir, la difficulté en psychiatrie tient moins au fait de définir ce qui n'est pas communicable, qu'au risque de communiquer une information qui n'aurait pas dû l'être. Rappelons que la tenue du dossier constitue bien une obligation professionnelle légale « pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé », selon les termes

La structure du dossier hospitalier en psychiatrie face aux nouvelles exigences

du décret. Cela ne signifie aucunement que le dossier soit facultatif pour les soins ambulatoires. La lecture précise du décret introduit dans ce domaine, également, une nouveauté. En effet, « les informations recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement lors de l'accueil au service des urgences (...) » font, à présent, partie du dossier médical du patient hospitalisé. Le dossier médical extra-hospitalier intégrant légalement la composition du dossier médical intra-hospitalier en cas d'hospitalisation, nous en déduisons logiquement que le dossier médical extra-hospitalier constitue lui aussi une obligation légale car qui pourrait affirmer a priori que tel patient suivi en consultation ne sera jamais hospitalisé ? La différence porte sur les contenus, car seule la composition du dossier intra-hospitalier est détaillée par le décret. Mais « la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences » constituent le minimum des éléments légalement requis au dossier. On peut d'ailleurs se reporter en matière de dossier extrahospitalier à un autre décret, à savoir le Code de Déontologie qui précise dans son article 45 qu'une « fiche d'observation » doit être tenue : « cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques ».

Selon le nouveau décret, le dossier médical du patient hospitalisé « contient au moins les éléments suivants, ainsi classés » :

1° : « les informations formalisées recueillies » à l'admission et en cours de séjour relatives aux motifs des soins, à l'état clinique, aux investigations, aux traitements, à l'information du patient et aux correspondances médicales

2° : « les informations formalisées établies à la fin du séjour », lettre de sortie et comptes rendus de séjour ;

3° : « les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers ».

Ces trois catégories d'informations sont donc décrétees « ainsi classées », et il est stipulé que « sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2° ». Le décret nous demande donc un classement séparé des informations mentionnées aux trois items, relatives successivement au séjour, à la sortie et aux tiers.

Le fait que le dossier contienne « au moins » les éléments mentionnés est une formulation qui a son importance : le décret laisse la possibilité de porter au dossier, et en particulier dans ses parties communicables, des informations supplémentaires. Nous aborderons dans notre discussion sur les éléments subjectifs du dossier les difficultés d'interprétation que soulève ce point. D'ores et déjà, ces nouveautés légales soulèvent quelques difficultés, et appellent plusieurs commentaires.

Tout d'abord, on ne saurait reprocher au législateur d'imposer un classement séparé des informations communicables et non communicables : sachant qu'une donnée ne doit pas quitter le dossier, il est préférable de l'identifier clairement et rapidement.

De plus, la loi n'est pas rétroactive mais son effet est immédiat à compter de la publication du décret. Les règles concernant les modalités de communication et la nature des informations communiquées s'appliquent donc dès le 29 avril 2002. Ces règles de communication concernent toutes les informations

médicales détenues par un établissement de santé, qu'elles aient été constituées avant ou après la date du décret. Or, la règle du classement séparé n'a évidemment été communiquée aux praticiens qu'à la date du décret. Il semble difficile de reprocher aux praticiens de ne pas avoir suivi la règle du classement séparé avant d'en avoir connaissance. Un droit positif peut être rétroactif, mais pas un droit limitatif. La conséquence au plan légal nous semble la suivante : la communication d'un dossier constitué avant le décret devra respecter les modalités de communications prévues par le décret, mais le praticien devra scrupuleusement vérifier que des « informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers » ne se sont pas malencontreusement glissées dans les données communiquées. Soulignons que le décret classe parmi les éléments communicables les courriers aux confrères. Or, ces courriers, notamment en cas de courriers entre psychiatres, risquent de comporter des éléments relatifs à des tiers, donc légalement non communicables. Un « tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique » peut s'entendre comme toute personne étrangère à l'équipe et non régulièrement soumise au secret professionnel. Intègrent donc cette catégorie l'entourage familial, professionnel et affectif du patient, le tuteur ou curateur pour les patients adultes, les ayants droits, les travailleurs sociaux, les pompiers, les agents de la force publique, les autres patients, et pour les patients mineurs les parents ou représentants légaux, les éducateurs et les personnels d'enseignement.

Stricto sensu, ce ne sont pas les informations recueillies auprès de tels tiers qui ne sont pas communicables, mais les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tels tiers. Sur ce point précis du texte, ce n'est pas donc la nature de l'information qui est visée, mais l'identification de sa source. On peut donc écrire et communiquer qu'un patient s'est livré à une crise clastique à domicile, mais on ne pourra pas écrire que la crise clastique a été rapportée par l'entourage...

Cette précaution légale peut s'interpréter comme une volonté de protéger les tiers rapporteurs d'informations utiles à la prise en charge. S'agissant du malade mental, cette précaution est peut-être porteuse d'un préjugé sécuritaire. Mais, force est d'admettre que cette précaution se justifie dans de nombreuses situations cliniques de rupture avec la réalité même si elles ne sont pas majoritaires.

Ajoutons que le fait que l'information nous ait été délivrée par un tiers en présence du patient, par exemple au cours d'un entretien familial, ne délivre pas le praticien de son interdiction de communiquer légalement cette information même au patient ou au tiers lui-même. L'on sait que la préoccupation du législateur, s'est portée sur des situations qui passionnent plus les médias et le grand public que le sort du malade mental, telles que les problèmes de confidentialité entre partenaires sexuels en cas de SIDA.

Toujours est-il qu'aucune information « concernant de tels tiers » ne peut être communiquée. Il s'agit, dans ce nouveau contexte légal qui concerne toute la médecine hospitalière et donc la psychiatrie, de la difficulté la plus grande à laquelle se heurte la tenue habituelle du dossier psychiatrique.

Particularités des informations psychiatriques

On distingue, classiquement, au sein des informations psychiatriques du dossier les données objectives et les données subjectives.

Le recueil objectif d'éléments objectifs Les données objectives correspondent au contenu minimal et réglementaire du dossier médical, tel que le définit l'article R.710-2-2 du Code de la Santé Publique.

On notera que la définition légale du dossier médical inclut dorénavant « le dossier de soins infirmiers, ou à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers », alors que dans la précédente version du décret, « lorsqu'il existe, le dossier de soins infirmiers » faisait partie du dossier. A présent, un minimum est requis. Le fait d'inclure, légalement, un minimum systématique d'informations infirmières dans le corpus du dossier médical a une double conséquence : la responsabilité en est partagée par les médecins, et les règles relatives à leur communication sont communes.

Les données objectives correspondent donc à l'information dans son aspect le plus médicalisé et sémiologique, symptomatique et syndromique, fonctionnel et clinique, positif et négatif, au sens où nos maîtres nous ont appris à rédiger et tenir une observation médicale. Nul ne contestera leur utilité : l'hôpital psychiatrique est aussi un hôpital. Donc l'observation des comportements et attitudes du patient, comme le recueil de ses propos, constituent a priori des données objectives, puisqu'ils participent de la démarche diagnostique. Ils sont à l'équipe psychiatrique ce que l'électrocardiogramme est au cardiologue. La qualité de leur recueil est certes subjective, car elle dépend de l'écoute, de l'attention et du sens de l'observation de celui qui recueille - mais autant qu'une auscultation cardiaque dépend aussi des capacités perceptives de l'auscultant. Si la qualité du recueil dépend de facteurs individuels et subjectifs, le recueil lui-même est réputé objectif au sens où l'observation médicale classique elle-même est objective.

Nous nous heurtons là au premier problème : les informations concernant « un tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique » constituent la matière première du matériel sur lequel travaillent le psychiatre et son équipe. La plupart des dires de nos patients concernent de tels tiers. La spécificité du soin psychiatrique est de s'intéresser au psychisme et aux troubles de la relation. Il en découle que la particularité du dossier du patient psychiatrique, est de mentionner des tiers. Interdire toute référence aux tiers à un psychiatre équivaldrait à interdire à un diabétologue de mesurer aucune glycémie !

Au plan juridique, il sera difficile d'arguer qu'un dire n'est pas une information. La jurisprudence ordinaire est certes ponctuée de rappels sur la rédaction des certificats médicaux, distinguant le fait et le dire : lorsque le praticien n'a pas, lui-même, constaté ce que le patient déclare, il doit certifier de dires et non de faits. Mais la situation est ici différente au plan juridique : le décret indique dès son article premier qu'il statue sur « les informations relatives à la santé d'une personne (...) détenues par un professionnel de santé, un établissement de santé ou un hébergeur (...) ». C'est sa présence dans le dossier qui confère à une donnée son caractère d'information. Cette notion recoupe d'ailleurs les principes du secret professionnel, le caractère secret découlant non du contenu mais des conditions de son recueil. On pourra bien écrire que le patient a dit telle chose sur telle personne, légalement il ne s'agira pas d'un dire mais d'une information médicale. Le problème n'est pas, pour nous, de savoir si cette information est une vérité, cette question appartient, le cas échéant, à la justice.

Nous formulons ainsi ce premier paradoxe : la mission psychiatrique implique le recueil objectif d'éléments objectifs concernant potentiellement des tiers ; or le recueil objectif est décrété communicable, mais certains éléments objectifs recueillis ne le sont pas puisqu'ils concernent par nature des tiers. Ajoutons à cette difficulté l'alinéa 1-c de l'article R710-2-2, qui classe parmi les éléments communicables « la recherche d'antécédents et de facteurs de risques ». Cet alinéa n'existait pas dans la précédente version.

Il s'agit, en l'occurrence, d'une nouveauté certaine introduite par le législateur dans son exigence quant aux contenus du dossier. Jusqu'à présent, il s'était contenté de termes généraux tels que « les motifs de l'hospitalisation (...) les conclusions de l'examen clinique », ou encore « les conclusions de l'évaluation clinique (...) le type de prise en charge prévu (...) tel la nature des soins dispensés ». Le législateur inscrit aujourd'hui dans le droit une obligation relative non pas à la simple organisation de l'information mais au contenu de l'observation médicale elle-même : c'est à présent le droit - et plus seulement la médecine - qui considère que « la recherche d'antécédents et de facteurs de risques » constitue une obligation.

Quelle que soit son école de pensée, tout psychiatre sait qu'un antécédent familial de schizophrénie ou le suicide d'un parent, par exemple, constituent des éléments importants, de même qu'un antécédent familial de cancer du colon pour un gastro-entérologue. Or ces éléments sont classés parmi les informations communicables... alors qu'il s'agit typiquement d'informations « concernant des tiers n'intervenant pas dans la prise en charge ».

La difficulté tient ici non à leur caractère communicable - puisque le décret les définit comme tels - mais à l'aspect obligatoire de leur présence dans le dossier médical. Leur omission pourrait, dorénavant, constituer soit un manquement à la tenue du dossier, soit la preuve matérielle de leur méconnaissance par le praticien.

Le recueil objectif d'éléments subjectifs

Nous en venons enfin aux données dites subjectives. Elles peuvent émaner du patient ou de tiers. Là encore, elles concernent potentiellement des tiers extérieurs à la prise en charge. Elles participent directement à la mémoire et à la qualité du soin, mais elles ne sont pas indispensables à la qualité purement médicale du dossier telle qu'elle est envisagée ci-dessus. Elles constituent une part moins médicalisée du dossier, mais une part vivante et explicite de la vie psychique du patient. Elles traitent des affects, des paroles, des représentations et fantasmes, mais aussi des gestes, des faits et événements dans la banalité du quotidien thérapeutique.

Il peut s'agir de comptes rendus d'entretiens ou de réunions cliniques, notes de séances de psychothérapie, écrits, dessins, enregistrements ou productions du patient (par exemple en groupes thérapeutiques), écrits de tiers concernant le patient, comptes rendus impliquant des tiers (groupes, entretiens familiaux), et bien sûr de l'observation infirmière.

Quant à la place de ces éléments subjectifs dans le dossier, l'interprétation du décret pose un sérieux problème. La formulation employée - le dossier contient « au moins les éléments suivants » - laisse la possibilité de porter au dossier d'autres informations. Ces informations supplémentaires, lorsqu'elles ne concernent pas des tiers, doivent-elles être portées aux éléments communicables ou aux éléments non communicables ?

Si l'on suit l'esprit du texte, on infère que les éléments supplémentaires susceptibles de rejoindre les éléments communicables sont uniquement des éléments objectifs. En effet, les éléments

mentionnés aux alinéas 1° et 2° relatifs aux éléments communicables ne relèvent que de l'information objective, au sens le plus médical du terme. Mais rien n'indique formellement que les éléments subjectifs doivent être classés parmi les éléments non communicables. On remarquera, tout de même, que, dans sa formulation actuelle, le décret protège légalement le praticien qui inscrirait des éléments subjectifs parmi les éléments communicables - en cela qu'on ne saurait lui reprocher d'avoir communiqué des éléments dont la communication n'est pas explicitement interdite. Le décret laisse donc planer un doute, qui place, pour l'heure, le praticien dans une situation incertaine.

Par exemple, un patient dit que sa mère trompait son père alcoolique, que son père s'est suicidé, et que ces événements ont constitué une douleur insurmontable pour lui. Les faits et l'affect sont liés : leur relation dans le dossier ne saurait amener de la déliaison psychique là où elle n'existe pas. Pourtant, la lecture pointilleuse du décret nous apprend que l'adultère n'est pas communicable car il implique un tiers ; que le suicide et l'alcoolisme paternels, bien qu'impliquant un tiers, constituent un antécédent objectif donc communicable ; et enfin que l'affect est un élément objectif éventuellement communicable s'il s'inscrit dans un tableau clinique donné - la douleur morale de la mélancolie par exemple - et un élément subjectif non obligatoirement communicable dans les autres cas, selon l'interprétation que l'on donne au décret ! De surcroît, tous les éléments subjectifs ne nous semblent pas communicables. La communication d'un affect de deuil ne pose pas de problème majeur. Mais que dire de l'absence d'affect après un deuil ? Que dire des affects de haine déposés par le patient à l'encontre d'un ayant-droit demandant ultérieurement communication du dossier après le décès du patient ? Le décès du patient ne tranche pas la question, ni au plan déontologique, ni au plan clinique : « le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après sa mort » (article 2 du Code de Déontologie). Or le décès du patient ne protège pas ses descendants ou ses proches du risque de rétorsion de la part de l'ayant-droit inquisiteur et haï. Imaginons, encore, la situation d'un frère, tuteur du patient, et demandant communication du dossier. Et nous pourrions multiplier les exemples. En l'état, le décret pourrait avoir des effets délétères en autorisant la communication d'éléments subjectifs au représentant légal du patient ou à ses ayant-droits, quel que soit le but louable et légal que ceux-ci poursuivent. Et l'on ne saurait demander au praticien de rédiger aujourd'hui son observation en fonction du risque futur et hypothétique de demande de communication par tel ou tel proche du patient.

Nous rencontrons donc un deuxième paradoxe : la mission psychiatrique nécessite le recueil objectif d'éléments subjectifs, or le statut de ses éléments subjectifs reste légalement incertain. De plus, l'observation psychiatrique implique dans sa rédaction l'intrication entre les éléments objectifs communicables et certains éléments subjectifs qui ne nous semblent pas communicables.

Le recueil subjectif d'éléments subjectifs

Enfin, nous ajouterons que les données subjectives peuvent comporter certaines informations émanant des professionnels de santé eux-mêmes, à savoir l'analyse du lien transférentiel et contre-transférentiel. Sur un plan purement clinique et thérapeutique, il ne saurait en être tenu rigueur au praticien, dans la mesure où les obligations professionnelles et statutaires sont, par ailleurs, respectées, et dans la mesure où les recueils objectifs des éléments- objectifs et subjectifs sont convenablement effectués.

La pratique psychiatrique, en observation comme en soins, introduit pour ainsi dire un surcroît de tiers. Mais ce tiers n'est pas légalement définissable : il s'agit de l'attention que le soignant et l'institution portent, seuls ou avec l'aide d'un intervenant extérieur, à leurs propres ressentis et contre-attitudes face au patient. Dans une pratique d'inspiration psychanalytique, cette analyse pourra se révéler informative des mouvements psychiques traversés par le patient lui-même. Le but recherché n'est pas l'étalement égotique du vécu de l'équipe, mais une meilleure appréhension du fait psychique, permettant à une équipe d'adapter ses réponses et de transmettre son savoir-faire pour un patient donné. Ce travail subjectif peut se supporter d'écrits, nécessairement circonscrits, mais référencés au patient. Remarquons que de nombreuses synthèses ou comptes-rendus de réunion clinique peuvent comporter des éléments subjectifs de cette nature, y compris dans des services ne se réclamant d'aucune obédience.

Le point commun de cette catégorie de données avec les autres données subjectives est là encore leur inévitable intrication avec des éléments objectifs communicables, alors qu'il s'agit de données subjectives ou impliquant des tiers, et donc non communicables. Nous retrouvons le deuxième paradoxe mentionné précédemment, et nous l'étendons donc au recueil de toutes les données subjectives, que le recueil lui-même soit objectif ou subjectif. Pourquoi alors avons-nous distingué les recueils objectif et subjectif des données subjectives ? L'intérêt était de démasquer le troisième paradoxe des nouvelles dispositions légales.

La loi ne traite pas, bien sûr, du recueil subjectif de ces éléments subjectifs impliquant l'équipe. En droit, le praticien est réputé libre de sa pratique. Recommandation légale lui est donnée dans le Code de Déontologie de ne pas aliéner sa pratique (art. 5), de rester libre de ses prescriptions « dans les limites fixées par la loi » (art. 8), et de ne pas « accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie » (art. 95). Il n'appartient donc pas au législateur de fixer les bonnes pratiques psychiatriques : laissons cela aux états totalitaires ou, en démocratie, aux conférences de consensus entre professionnels. Les conférences de consensus ont d'ailleurs vocation à se prononcer à partir des éléments objectifs de l'information psychiatrique. Si le recueil objectif des éléments subjectifs concerne bien l'ensemble de la profession psychiatrique, on peut certes déplorer le deuxième paradoxe introduit par la loi. Mais, au moins, sommes-nous tous égaux devant cette incohérence légale. En revanche, seuls les praticiens d'inspiration analytique, du moins en théorie, seront concernés par le recueil subjectif des éléments subjectifs : continuer ce recueil d'éléments non communicables et intriqués à des éléments objectifs communicables implique un risque légal permanent dans l'éventualité d'une communication.

Or le risque est majoré dans ce cas. Le praticien confronté au fait d'avoir inscrit dans le dossier des éléments subjectifs propres au patient pourra au moins se retrancher derrière le fait que ces éléments appartiennent objectivement au patient. Mais le praticien confronté sur le fait d'avoir inscrit des éléments contre-transférentiels d'une part sera privé de l'argument précédent, d'autre part s'exposera à un risque institutionnel supplémentaire par la possible révélation au patient d'éléments de l'appareil psychique groupal des soignants. Or la vocation de ces éléments n'est pas d'être restituée au patient dans une forme d'interprétation sauvage tous azimuts, mais de modifier la pensée soignante pour en bonifier les capacités d'analyse et de traitement.

LIVRES

En finir avec le tourisme sexuel impliquant des enfants

L'application des lois extraterritoriales

Jérémy Seabrook en association avec ECPAT Europe Law Enforcement Group

L'Harmattan

Les abus sexuels d'enfants ont revêtu une forme nouvelle : les abuseurs sont des touristes voyageant dans les pays où les enfants sont particulièrement vulnérables. Des Européens, des Américains et des Japonais se rendent dans les pays en voie de développement et les pays de l'Est pour commettre des abus sexuels sur des enfants. Ce livre étudie les débuts de la coopération internationale en vue de supprimer cette pratique. Un certain nombre de pays, dont les Etats-Unis, plusieurs pays européens, le Japon et la Thaïlande, ont adopté des lois leur permettant d'arrêter et de juger leurs ressortissants pour ces crimes alors même qu'ils ont été commis au-delà de leurs frontières. Ce livre montre la vitesse et l'efficacité avec lesquelles ces législations ont été adoptées et mises en œuvre. Il présente plusieurs études de cas relatives à divers pays et fait clairement apparaître le rôle important joué par les organisations non-gouvernementales, notamment ACPAT International (organisation de lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales) qui compte, maintenant, une soixantaine de représentations dans le monde. Il donne des exemples de poursuites réussies, mais aussi d'obstacles qui limitent encore l'utilisation de ces outils légaux pour lutter contre les abus sexuels à l'encontre des enfants. Il montre, en particulier, l'absolue nécessité d'adopter des directives, des codes de bonne conduite et de nouvelles procédures internationales afin d'aider les autorités judiciaires à mener à bien ces affaires, y compris lorsque plusieurs juridictions nationales sont concernées.

Les relations entre patients et médecins

Journaux officiels

Cet ouvrage de la collection « La loi au quotidien » reprend l'essentiel de la législation sur l'accès aux soins, l'information et le respect des droits des malades, l'organisation des soins, l'éthique et le secret professionnel, l'accès à l'assurance et l'indemnisation, la responsabilité médicale. Un index composé de mots courants permet de retrouver aisément les textes de loi.

Ouvrage en vente dans les grandes librairies et aux Journaux officiels, 26 rue Desaix, 75015 Paris. Possibilité de commander par courrier au 26 rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15 ; par télécopie au 0145 79 17 84 ou sur Internet. www.journal-officiel.gouv.fr (Forfait d'expédition : 3,35 €).

Kaspar Hauser, le séquestré au cœur pur

Françoise Dolto
Suivi de Kaspar Hauser

Hanselm von Feuerbach, Extraits choisis par Muriel Djeribi-Valentin
Mercure de France

C'est le 26 mai 1828, que Kaspar Hauser fit son apparition sur une des places de Nuremberg. Agé de 17 ans, il se présentait au monde après avoir été enfermé dans un cachot et maintenu dans l'obscurité depuis son plus jeune âge. Nourri d'eau, de pain et d'orge, drogué à l'opium pour être nettoyé et changé, il ne put jamais voir celui qu'il appelait « L'homme qui a toujours été avec moi ». Or voilà que cet homme venait de le relâcher dans cette ville où il se retrouvait muni des seuls mots répétés en boucle « Cavalier veuille être comme mon père été » et d'une lettre à la main, destinée à un capitaine de cavalerie dans un régiment, auquel comme l'indique le contenu de la lettre, son père aurait appartenu. Ainsi apparaît-

il, en pleine période romantique, démuné de toute sociabilité, ignorant ce qu'est un arbre ou un visage humain et portant sur lui comme écrit en toute lettre dans « son esprit, ses sentiments et son corps » les traces de ce crime contre l'humanité. Ce livre regroupe de larges extraits de l'observation d'un juriste, Hanselm von Feuerbach qui nous renseigne avec précision, de façon quasi phénoménologique, sur l'état de Kaspar depuis son arrivée à Nuremberg où ses premiers contacts humains ont été retranscrits par un greffier du commissariat de police, observation se prolongeant auprès du professeur Dummer, médecin et précepteur de « l'homme enfant », jusqu'à l'assassinat du jeune Kaspar en 1833 commandité peu de temps avant l'écriture annoncée de son autobiographie. Outre cette description, Hanselm von Feuerbach insiste sur l'aspect juridique de ce crime de séquestration « presque comme sans précédent dans l'histoire des atrocités humaines » et sur le mobile de celui-ci, car pour lui, nul doute que Kaspar était un descendant princier de la dynastie des Baden, enfant caché de la grande-duchesse de Bade, née Stéphanie de Beauharnais et d'y voir une tragédie écrite dès 1635 par Pedro Calderon de la Barca dans « La vie est un songe » sommet de la dramaturgie espagnole baroque qui retrace l'histoire d'un roi écoutant les conseils de son astrologue en enfermant en un donjon son fils susceptible de le détrôner, tout comme Freud s'empara du mythe d'œdipe.

Rien d'étonnant, alors, à ce que Françoise Dolto accepte de préfacier une traduction française de ce document incomparable, publiée en 1985, sous forme de texte inédit associé à la parution de « Solitude » où elle déclare notamment : « La solitude caractérise le petit humain dès la naissance et le place dès lors dans une dépendance radicale à autrui » et n'a donc pu que s'émouvoir du crime qui consiste à faire vivre et grandir un enfant « sans air, sans espace, sans relation, sans communication avec les autres enfants de son âge ni avec la société ». Cette préface ouvre ce petit volume qui se veut un témoignage contre ce qu'elle nomme un « crime contre l'enfance ». Confrontée à une réalité psychologique proche de celle d'un enfant dans ses premiers mois de vie, F. Dolto essaie de comprendre comment Kaspar a pu sauver en lui les « ressources fondamentales de l'humain, maintenir l'ouverture essentielle qui fit qu'il n'était pas autiste et qu'en dépit de la violence dont il fut l'objet, il put sortir de son isolement le cœur pur ». A travers les observations laissées par Feuerbach ainsi qu'un rêve détaillé de Kaspar, F. Dolto parvient à dégager le type de relation entre Kaspar et son géolier qui avait dû être suffisamment bon, au sens winnicottien du terme. Elle tente de saisir comment il a pu, à travers les quelques objets et contacts reçus, se créer un représentant symbolique du père et essaie d'apporter un éclaircissement sur l'apprentissage différé du langage et par lui l'apprentissage du monde des hommes, notre monde, auquel Kaspar n'a jamais été initié.

O. Daouk

Guide de la protection de l'enfance maltraitée

Michèle Créoff

Dunod

Ce guide présente l'application du dispositif de protection de l'enfance dans les situations de maltraitance. Il commente le dispositif administratif géré par les conseils généraux, la protection judiciaire de l'assistance éducative, les divers aménagements de l'autorité parentale, ainsi que la réponse pénale en constante expansion. Il offre, en annexe, les principaux textes législatifs et réglementaires analysés par l'auteur, notamment la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale.

LIVRES

Néo-contes de crimes

Lygia Négrier-Dormont
e-dite

La lecture des contes mythologiques, tout comme celle des légendes à base historique ou des faits divers actuels, apprend que les récits de tous temps sont jalonnés de violences et de crimes. La « morale » n'est pas le monopole de telle ou telle civilisation. Chacune a la sienne qu'elle considère être la meilleure. Parfois, on trouve des ressemblances importantes d'un coin du monde à l'autre. Ainsi, des mythes concernant le crime fondateur du monde ou d'une cité ou, encore, le déluge, etc. qui apparaissent dans plusieurs épisodes mythologiques appartenant à des peuples éloignés dans l'espace. Parfois, il est possible de déceler des différences résultant des coutumes ancestrales. L'essentiel est que chacun puisse y trouver un réconfort à l'intérieur d'une solidarité collective et un fil rouge l'aidant à construire une existence respectueuse des droits et des devoirs réciproques. Dans cet ouvrage, l'auteur tente de mettre en évidence les motivations à caractère criminel des actes transfigurés par l'invention poétique et fantastique.

Les criminels réels présentés dans la deuxième partie du livre vivent, parfois, dans un monde de fantasmes personnels et accordent à leurs actes des significations sociales et psychologiques totalement fausses : ils invoquent le « triomphe », la « domination », la « maîtrise des situations », la « manipulation des autorités », le « talent d'artiste », etc. Comme les auteurs de mythologie ou de légendes, ils se créent leurs propres mythes d'auto-célébration et d'auto-admiration, en se prenant pour des personnages supérieurement doués, une sorte de « divinité » à usage personnel. D'autres prétendent avoir reçu une mission « divine » de punir ou d'exterminer une certaine catégorie de victimes. Un aspect essentiel semble être le constat de l'effritement actuel des entités *espace et temps*. Les criminologues sont des professionnels qualifiés, qui apportent leur contribution à la lutte légalement structurée contre le crime. Leur formation peut être celle de juriste, de médecin de toutes spécialités, de psychologue, de praticien de diverses branches scientifiques (biologiste, odontologue, endocrinologue, etc.), d'anthropologue, de sociologue, de philosophe et, bien entendu, d'enquêteur formé de la police judiciaire. Les voies par lesquelles le criminologue apporte sa contribution appartiennent à trois angles principaux qui se complètent : chercheur fondamental, praticien de diverses fonctions appelées à intervenir dans le déroulement de l'enquête ou du procès judiciaire et enseignant spécialisé. Ce qui réunit ces personnes est leur tendance à s'impliquer, chacune dans son propre domaine et dans le cadre de sa structure professionnelle, dans une activité liée du crime, au criminel ou à la victime.

Exterminations

Sud Nord Folies et Cultures
Revue Internationale
Erès

Massacre, anéantissement, élimination, éradication, neutralisation, liquidation, annihilation, assassinat, exécution, meurtre, immolation, guerre d'extermination, génocide, solution finale, autant de crimes de l'humanité contre l'humanité, comme si l'humanité ne pouvait se survivre à elle-même qu'en se supprimant. C'est à ce voyage à travers les folies mortifères des hommes que convie ce numéro après avoir rendu hommage à Stanislas Tomkiewicz et Alfred Braumer qui ont participé à sa construction en donnant un texte.

Donc, ne nous y trompons pas : la loi inscrit potentiellement une rupture entre le dossier et la praxis, et cette rupture qui concerne apparemment une catégorie de psychiatres est, en fait, paradigmatique d'un coup porté à l'ensemble d'une profession. Il ne s'agit pas de défendre une pratique ou la liberté d'une pratique, mais bien de défendre la liberté de toute pratique.

Le troisième paradoxe n'est pas intrinsèque au nouveau décret, il tient à la contradiction que ce décret introduit avec les principes du droit fondant la liberté de la pratique médicale : le droit incite, à présent, le praticien à se priver d'une inscription au dossier constitutive de sa liberté de pratique.

Ce troisième paradoxe est d'autant plus cruel qu'il vient conforter les quelques rares soignants en psychiatrie qui continuaient de prôner l'abstention scripturale dans le dossier psychiatrique, au nom du droit à l'intimité psychique du patient mais au mépris du droit de mémoire de ce même patient, du droit tout court, et de la fonction première de son dossier.

En résumé, notre analyse de ces nouvelles dispositions légales est donc alarmante pour la psychiatrie.

D'une part, les éléments objectifs sont décrétés communicables alors qu'ils concernent souvent des tiers, et les éléments subjectifs ne sont pas décrétés communicables alors qu'ils sont formellement intriqués avec des éléments objectifs communicables. La psychiatrie s'en trouve fragilisée dans l'essence même de son exercice.

D'autre part, le recueil subjectif d'éléments subjectifs impliquant l'équipe soignante peut se retrouver inscrit au dossier dans un but thérapeutique et en vertu d'une option théorique. Cette catégorie d'éléments est, comme les précédentes, intriquées avec des informations communicables. La liberté de pratique du psychiatre s'en trouve aliénée, en contradiction avec les principes du droit.

Quelle structure pour le dossier psychiatrique ?

Arguments en faveur des précisions apportées par le législateur

Le soin psychique est structuré, parce que l'appareil psychique l'est également. Et la structuration du soin psychique implique une logique structurale du dossier psychiatrique. La notion de structure supporte des lignes de clivage - non aux sens sémiologique, clinique ou moral du terme mais au sens architectural et différenciateur. Les données du dossier psychiatrique sont des informations médicales au sens légal du terme, mais ce ne sont pas des informations médicales comme les autres dans le rapport qu'elles entretiennent avec la pratique qui les nourrit. Le dossier médical somatique ne contient que des informations objectives : même un doute clinique sur la présence d'un symptôme, une hésitation diagnostique, ou un aveu d'impuissance thérapeutique sont des informations objectives. En médecine somatique, la subjectivité nécessaire aux soins peut se cantonner aux questions légales d'information et de consentement du patient. Un formulaire ad hoc les formalise. Les éléments subjectifs autres sont certes fondamentaux dans le rapport social et humain qu'entretiennent les deux contractants, et présents dans la réalité de la décision thérapeutique, mais la subjectivité du patient et, a fortiori, du somaticien n'ont aucune inscription obligatoire au dossier. Nous avons vu qu'il en va autrement de la pratique psychiatrique. Pour ces raisons, le dossier psychiatrique n'est pas exactement assimilable au dossier somatique.

Notre propos est d'éviter une position défensive. Il n'est pas question au nom de principes initialement raisonnables

d'isoler totalement la psychiatrie, de la couper du monde au nom de sa liberté menacée. Nous observons l'évolution de cette société qui est la nôtre : nous pouvons la commenter, la comprendre ou la déplorer, mais pas la dénier. Les droits des patients retiennent toute notre attention. Le premier d'entre eux reste bien sûr le droit aux soins, qu'ils soient somatiques ou psychiques. Le droit à l'information et le droit à la qualité en découlent logiquement.

Notre souci est de soumettre une proposition de dossier psychiatrique qui soit respectueuse du droit et de la pratique dans leurs principes respectifs. Mais il nous paraît indispensable que le législateur apporte tout d'abord quelques précisions :

- le droit devrait entériner la spécificité du dossier psychiatrique, en stipulant l'intrication nécessaire aux soins, des éléments objectifs, des éléments subjectifs et des informations relatives à des tiers dans le corpus de l'observation psychiatrique ;

- le droit du patient à l'information doit être le même en psychiatrie, mais en consacrant l'impossibilité dans le cadre du décret du 29 avril 2002 d'aucune obligation de communiquer les éléments subjectifs ;

- dans le cadre déontologique de la continuité des soins, le praticien doit rester libre de communiquer à ses confrères tous les éléments qu'il juge nécessaires, y compris des éléments subjectifs ou concernant des tiers ; le praticien peut s'abstenir de communiquer ultérieurement ses courriers si ceux-ci contiennent de tels éléments ;

- la communication des éléments objectifs relatifs au séjour ne saurait suivre, contrairement au dossier somatique, la logique linéaire et chronologique de l'examen « au lit du malade ». On note d'ailleurs que l'exigence du législateur à ce sujet s'est assouplie par rapport à la précédente version du décret, qui stipulait que le dossier comprenait « les conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs pratiqués par tout médecin appelé au chevet du patient ».

Ces demandes peuvent sembler contredire notre volonté de placer le soin psychiatrique sur le plan légal commun. Mais rappelons que cette particularité de la psychiatrie est déjà consacrée par quelques avis réglementaires. Citons une lettre-circulaire de juin 1979 relative à l'application de la circulaire n°394 du 11 août 1978 : « Le médecin du malade mental a toute latitude pour déterminer quelles sont les pièces du dossier dont la communication au malade serait de nature à perturber celui-ci et à apprécier, en même temps, ce qu'il peut lui révéler sans compromettre gravement la santé de son patient ». Cet élément n'est que la simple application à la psychiatrie du secret professionnel comme droit du patient, c'est-à-dire un droit non opposable au patient lui-même... nonobstant la loi, c'est-à-dire l'article 35 du Code de Déontologie qui laisse toute latitude au médecin pour limiter la teneur des informations qu'il délivre à son patient « dans l'intérêt du patient et pour des raisons légitimes ».

Remarquons que notre demande de complément légal n'a pas pour but premier de protéger la santé de notre patient, mais d'abord de protéger le dispositif de soin. Mais le dispositif de soin est bien prévu pour le patient.

La lettre-circulaire citée est anecdotique ici quant à son contenu, elle est plutôt mentionnée à titre exemplaire d'une spécificité de l'information psychiatrique. En revanche, on pourra sans doute regrouper nos attentes dans la catégorie des « raisons légitimes » de l'article 35.

En l'absence de ces précisions légales, nous craignons que les dispositions légales actuelles n'aient des effets néfastes à brève échéance sur la qualité du dossier psychiatrique, et à terme sur la qualité des soins psychiatriques en institution.

Scénario défensif

En première analyse, dans la catégorie des échecs collectifs possibles après la parution de ce décret, nous repérons au moins deux risques et deux mauvaises solutions.

Les deux risques majeurs sont le « double dossier » et l'attrition du dossier, l'un n'étant pas exclusif de l'autre.

Le « double dossier » s'entend comme la scission physique du dossier en deux entités autonomes : un dossier officiel, et communicable in extenso selon les termes du décret ; un dossier confidentiel, officieux, ou plutôt secret, qui comporterait la quintessence de l'information, échangeable entre initiés.

Cette solution poserait rapidement des problèmes médico-légaux dans la communication entre confrères, puisque l'établissement serait le terrain d'une circulation effective et matérielle d'informations sans existence légale.

Mais surtout, des clivages ne tarderaient pas à apparaître dans la profession : entre les psychiatres réputés « ne rien cacher » et « ceux qui cachent », sans parler de ceux font semblant, etc... Bref la rencontre déjà délicate du patient se compliquerait a priori d'une présomption de dissimulation qui, pour une fois, ne tiendrait plus uniquement du fantasme transférentiel.

Le second risque consiste en une attrition du dossier. Par précaution, une partie de la profession réduirait tout le dossier à l'information objective de l'article R710-2.1. Le soin aurait perdu ce que la loi aurait gagné. Et encore, la loi ne serait pas tout à fait respectée puisque nous nous priverions d'« élaborer (notre) diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire » (article 33 du Code de déontologie), et nous en offririons la preuve matérielle, sur un plateau, au juge en cas de contentieux. Le dossier psychiatrique se réduirait à sa dimension médicale, au détriment des aspects relationnels et du recueil des éléments subjectifs. Le dossier serait bien sûr intégralement communicable, sans hésitation ni vérification. Mais on en reviendrait rapidement au bon vieux temps de la transmission purement orale des informations utiles, transmission orale dont nous connaissons les effets amnésiants au départ du soignant ou au changement de service du patient. Le dossier psychiatrique privé de ses éléments subjectifs ne parlerait plus d'une personne en soin, mais d'un anonyme sous traitement. En se privant de sa mémoire subjective, le soin psychiatrique s'amputerait lui-même.

De plus, nous remettrions un dossier éthique mais objectif, et nous expliquerions que le dossier ne contient aucune autre information. D'une part nous réveillerions le fantasme d'un double dossier dont avons vu les effets délétères. D'autre part, nous délivrerions au patient le douloureux message que tous les éléments subjectifs, lui fussent-ils chers, sont passés à la trappe. Nous pourrions certes arguer de notre excellente mémoire...

Deux autres solutions pourraient, en apparence, constituer des portes de sortie légales : l'application scrupuleuse du décret, ou une modification de celui-ci supprimant le classement séparé.

L'application méticuleuse et scolaire du décret reviendrait pour chaque information portée au dossier, à établir une double écriture, l'une intégrale, l'autre épurée des informations subjectives ou concernant des tiers. Nous nous obligerions quotidiennement à une impossible gymnastique intellectuelle et matérielle entre les deux dossiers.

Cela reviendrait à établir un « double dossier » parfaitement légal, mais stupide cliniquement : la pensée conceptuelle serait paralysée par la pensée formelle. Cette critique s'applique d'ailleurs à toute formule de « double dossier » intégral, qu'il soit officieux ou légal.

Demander pour la psychiatrie la suppression du classement séparé serait, en apparence, la solution la plus simple.

En fin de compte, le dossier psychiatrique resterait à l'identique. La solution est séduisante. Mais le travail de remise en forme de l'information et de tri des éléments communicables serait considérable à chaque demande de communication. Cela reviendrait à refaire, pour toute demande de communication, la gymnastique dénoncée dans l'hypothèse précédente. Et cette tâche serait compliquée lorsque le praticien aurait à communiquer le dossier d'une confrère ayant quitté le service. Nous verrions réapparaître peu à peu, à mesure que les praticiens goûteraient aux joies du classement rétrospectif en vue de sa communication, une tendance à l'appauvrissement du dossier. Quelles soient décidées ou consécutives, ni la duplicité du dossier ni son attrition ne sont satisfaisantes. Et les inconvénients de l'une et de l'autre sont autant cliniques que médico-légaux.

Vers un autre scénario ?

L'hypothèse que nous présentons est le fruit d'un groupe de travail mené par le corps médical de notre établissement, mûtiné des nouvelles exigences du droit du patient.

Cette hypothèse respecte le nouveau décret et donc le principe de communication au patient des éléments objectifs de sa prise en charge. Mais elle encadre précisément la nature et l'organisation des éléments objectifs communicables. Elle protège le soin du risque de communication d'éléments non communicables. Elle offre aux professionnels les supports d'un recueil conforme à leur théorie du soin. Elle n'apporte rien de révolutionnaire quant à la tenue du dossier lui-même. Mais à notre sens, elle trouverait parfaitement sa place dans le cadre des précisions légales que nous appelons de nos vœux. Evidemment, ce dossier ne se conçoit qu'informatisé.

Le principe retenu est le suivant : le dossier du patient est constitué de « pétales » (ou dossiers de prise en charge) organisés autour du « cœur » (ou dossier de synthèse). Le dossier de synthèse est alimenté par les « pétales » selon des règles communes à l'établissement, au rythme des séquences de prise en charge, mais il permet également une continuité des informations au fil des différentes séquences.

Le dossier de synthèse permet de situer le patient dans son environnement et son parcours personnel et psychiatrique. Il comprend les rubriques suivantes : identité, environnement médical et social, mesures de protection au moment de la prise en charge, antécédents, histoire de la maladie, synthèses médicales des séquences de prise en charge, traitement, diagnostic clinique, codification diagnostique de la prise en charge en cours, et liste chronologique des actes selon la grille EDGAR. Tous les éléments susceptibles de modification sont historisés par ordre chronologique, selon un menu déroulant.

Une séquence de prise en charge requiert une unité de temps et/ou de lieu dans les soins du patient. Plusieurs professionnels pourront être concernés. Le médecin référent est responsable de la synthèse mais peut, cependant, en déléguer la rédaction. Il dispose pour se faire de l'accès à tous les pétales. La synthèse est obligatoire à la fin de chaque séquence de prise en charge et doit être remplie au moins une fois annuellement pour des séquences de prise en charge prolongées.

La synthèse médicale de chaque séquence comprend le motif pour lequel le patient est adressé et les modalités de prise en charge, les modalités au regard de la loi du 27 juin 1990, l'adresseur, le diagnostic initial, l'évolution, le traitement proposé, le diagnostic retenu et les suites données.

Les antécédents se définissent comme les faits médicaux antérieurs ou intercurrents au trouble qui motivent la prise en charge actuelle. Il pourra s'agir de pathologies guéries ou de pathologies

chroniques. Il s'agit des antécédents familiaux et personnels, médicaux chirurgicaux et psychiatriques. L'histoire de la maladie décrit les symptômes ou événements qui ont motivé la demande ou précédé la décompensation. Il s'agit de l'histoire chronologique et résumée des jours ou mois précédant la première prise en charge. Le diagnostic clinique est un diagnostic en toute lettre établi par le psychiatre actuellement référent du patient ou responsable de la structure de soins. Il peut faire état d'une hésitation diagnostique, et ne correspond pas nécessairement aux libellés d'une quelconque classification.

La codification diagnostique suit, quant à elle, les règles de la classification retenue (CIM-X pour les patients adultes). La prise en charge médicale comporte l'observation psychiatrique, l'observation somatique, les traitements, la biologie, les avis spécialisés, les certificats médicaux, et le cas échéant les échelles psychométriques et tests cognitifs. Plusieurs éléments d'un pétale alimentent automatiquement un ou plusieurs autre(s) pétale(s), ou une partie du dossier de synthèse. C'est le cas par exemple du traitement, qui est prescrit par le médecin dans le « pétale » médical, et qui alimente le « pétale » infirmier et le dossier de synthèse.

Tous ces pétales sont susceptibles de contenir des éléments subjectifs et des informations concernant des tiers ne participant pas à la prise en charge, et en particulier les prises en charges médicale, infirmière, psychologique et éducative, et le « pétale » de relais de la prise en charge. Tous les éléments contenus dans le « cœur » ou dossier de synthèse correspondent aux éléments objectifs. Ils sont intégralement accessibles à tous les soignants participant à la prise en charge psychiatrique, et partiellement accessibles aux autres professionnels selon leur fonction (par exemple dentiste, pédicure, pharmacien, aide-soignant, moniteur éducateur, diététicienne, etc). Le contenu du dossier de synthèse serait intégralement communicable dans le cadre du décret du 29 avril 2002, sous réserve que les modalités légales de cette communication soient respectées.

Les seuls éléments communicables du « pétale » médical seraient la biologie et les échelles psychométriques et tests cognitifs éventuels. Les éléments communicables de la prise en charge infirmière seraient les suivants : fiches de prescription (avec la prescription médicamenteuse, la surveillance et les consignes, les prescriptions de prise en charge spécifique, d'examen complémentaires), fiches de soins infirmiers (avec plan d'administration des médicaments, fiche de surveillance), et la fiche de liaison (avec synthèse de la prise en charge infirmière, degré d'autonomie en fin de prise en charge). Le corpus des observations médicale et infirmière proprement dites ne serait donc pas communicable. Ainsi, seuls seraient communiqués les éléments synthétiques, techniques et diagnostiques.

En revanche, aucun autre élément des « pétales » du dossier ne serait communicable au sens du décret du 29 avril 2002. Un pétale est un outil nécessaire au soin, dont le professionnel concerné est responsable et dont il partage la lecture avec tous les soignants participant à la prise en charge psychiatrique. Chaque pétale se réfère à la fin de la séquence de prise en charge concernée : il se termine par une synthèse du professionnel. Le médecin rédige sa propre synthèse, le cas échéant en s'étayant des synthèses des autres professionnels, et c'est la synthèse médicale qui alimente le dossier de synthèse. Un nouveau pétale est ouvert pour toute nouvelle séquence de prise en charge.

Les « pétales » sont : les fiches urgences, la biographie, les prises en charge médicale, infirmière, psychologique, sociale, de rééducation, éducative, de pédicure-podologie, diététique et enfin

de relais de la prise en charge (correspondances). Cette proposition d'organisation est distincte du « double dossier », et ce pour plusieurs raisons. Elle suit des règles communes et définies au sein de l'établissement, qui ne sont pas laissées à l'appréciation personnelle du professionnel. En synchronisant la forme des informations communicables avec les temps forts du soin, elle évite aux professionnels de santé la double rédaction quasi-quotidienne dont nous avons dénoncé plus haut les effets néfastes. La généralisation de cette structure nouvelle du dossier prendra du temps, d'autant qu'elle doit s'accompagner de son informatisation et de sa mise en réseau sécurisée. L'immense majorité des établissements psychiatriques se retrouve dans ce cas de figure. Même dans l'hypothèse où le législateur accepterait les précisions que nous demandons, il faudrait plusieurs mois avant d'atteindre la conformité espérée.

Conclusion

La revendication de notre « spécificité » de psychiatres peut parfois surprendre, mais sur ces questions d'information elle nous semble absolument fondée. En effet, cette revendication précise s'étaye sur notre pratique et sur la nature de l'information dont nous sommes dépositaires, et non sur une quelconque idéologie. Le dossier psychiatrique risque de devenir le miroir hypothétique ou la boule de cristal virtuelle de nos patients le plus en difficultés. Mais il s'agit là d'un risque dont le clinicien saura se débrouiller sur le terrain de la clinique. De surcroît, le droit n'exige pas de motivation ou d'intérêt à agir de la part du patient lui-même.

Une analyse exhaustive des nouvelles exigences légales, à l'aune de notre pratique et des rapports qu'elle entretient avec le dossier, nous a révélé le risque majeur qu'encourt, à présent, le soin psychiatrique : risque de vider le dossier psychiatrique de ses contenus puis de son sens, risque d'une désactivation défensive du soin. Il est urgent que le législateur précise sa pensée, pour permettre au psychiatre de respecter à la fois le droit au soin et le droit à l'information de son patient. ■

Pierre-François Godet*

*Psychiatre, Président du Conseil du DIM, Centre Hospitalier Le Vinatier

Bibliographie

- (1) DEBOSCKER Y., *Le dossier Médical dans les établissements de santé*, Ed. Berger-Levrault, 1997, 114 p.
- (2) VIGNAT J.-P., *Le dossier médical*, L'information psychiatrique, 1993, 2, 157-165.
- (3) RIVET B. et coll., *Recueil et utilisation de l'information en psychiatrie : constats et perspectives*, Annales de Psychiatrie, 1992, 7, 4, 210-15.
- (4) BÉNÉZECH M., *L'information du malade en psychiatrie : principes généraux en droit français*, Actualités Psychiatriques, 1984, 4, 219-224.
- (5) RIVET B. et coll., *Intégration d'un dossier psychiatrique à un réseau hospitalier informatisé : réalisation et perspective*, Psychologie Médicale, 1991, 23, 14, 1627-34.
- (6) Lettre-circulaire de juin 1979 relative à l'application de la circulaire n°394 du 11 août 1978.
- (7) Décret n°92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés, et modifiant le code de santé publique.
- (8) Décret n°95-1 000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.
- (9) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit du malade et à la qualité du système de santé.
- (10) Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique.

Le rapport 2002 du défenseur des enfants*

L'Institution du Défenseur des Enfants (actuellement Claire Brisset) défend et promeut les droits de l'enfant, tels qu'ils sont définis par la législation française et par la Convention internationale sur les droits de l'enfant. Cette autorité indépendante, créée par la loi du 6 mars 2000, est investie d'une triple mission : recevoir des requêtes individuelles de mineurs ou de leurs représentants légaux ; identifier des questions qui font obstacle à l'application de leurs droits ; élaborer des propositions de réformes de pratiques ou de textes législatifs.

Ce rapport rend publique la voix des enfants négligés ou oubliés par des institutions ou par des adultes et confrontés à des situations qui les dépassent. Il met également l'accent sur des dysfonctionnements collectifs dont les mineurs peuvent souffrir, présente des éléments de solution susceptibles de modifier la façon dont l'enfant, est accepté et reconnu par la société dans laquelle il vit. Nous en présentons les propositions.

Dix propositions

1 - Compenser la brièveté de la durée du séjour en maternité par un suivi systématique des nouveau-nés à domicile jusqu'à l'âge de 3 mois

Pour permettre à toutes les mères de bénéficier d'un réel soutien médico-psychosocial pendant leur grossesse et pendant le premier trimestre de la vie de l'enfant, il convient de faire suivre la sortie de la maternité par une visite à domicile d'une sage-femme au cours de la semaine qui suit le retour à la maison. Il convient également d'instituer deux visites à domicile post-natales obligatoires effectuées par la PMI au cours des trois premiers mois de l'enfant. Elles doivent permettre d'identifier d'éventuelles difficultés des parents et d'y répondre de façon appropriée.

2 - Rénover la protection maternelle et infantile, renforcer ses attributions, augmenter ses moyens et étendre ses compétences jusqu'à la fin de l'école primaire

Cette extension des compétences de la protection maternelle et infantile suppose une rénovation de son mode de fonctionnement (horaires d'accueil, relations avec la pédiatrie libérale, relations avec l'école) et surtout une augmentation considérable de ses moyens. Il convient, d'autre part, de renforcer l'intégration des pédiatres et des pédopsychiatres au sein de la PMI, notamment en y améliorant leurs conditions d'exercice et de rémunération.

3 - Renforcer la médecine scolaire en concentrant ses moyens sur l'enseignement secondaire

L'extension jusqu'à la fin de l'école primaire des attributions de la protection maternelle et infantile permettrait de concentrer les effectifs de la médecine scolaire sur les collèges et les lycées. Le renforcement des équipes de santé scolaire (médecins, infirmières, assistants sociaux et psychologues) favoriserait le dépistage des troubles somatiques, psychologiques ou psychiatriques des adolescents, la recherche de solutions adaptées et les échanges avec d'autres structures susceptibles d'y répondre.

4 - Etendre jusqu'à 18 ans l'accueil et les soins des enfants et des adolescents dans les services de pédiatrie de tous les établissements de soins. Isoler les urgences pédiatriques

Une telle réforme aura pour effet de dispenser les soins dans des lieux entièrement consacrés aux enfants et aux adolescents jusqu'à 18 ans, donc d'exclure toute hospitalisation d'un enfant dans un service d'adulte quel qu'en soit le motif. Dans les services de pédiatrie, un accueil spécifique pour les adolescents sera systématiquement organisé avec des personnels formés à cette approche. Dans les services d'urgences, il conviendra de séparer l'accueil des adultes de celui des mineurs de telle sorte que ceux-

ci fassent constamment l'objet d'examen et de soins par du personnel spécialisé en pédiatrie.

5 - Adapter la formation et le statut des médecins de l'enfance et de l'adolescence

La mise en œuvre de la réorganisation de la pédiatrie, de la protection maternelle et infantile, de la médecine scolaire, de l'accueil et des soins à l'hôpital demanderait : une augmentation sensible du *numerus clausus* en matière de pédiatrie et pédopsychiatrie, une révision de la formation des pédiatres, une révision de la formation des médecins scolaires ainsi qu'une revalorisation du statut et de la rémunération des personnels médicaux et non médicaux de la PMI et de la médecine scolaire.

6 - Intensifier la prise en charge de la douleur de l'enfant

Cette mise en œuvre d'un objectif maintes fois annoncé mais encore inégalement engagé suppose que soient mieux reconnues les différentes douleurs auxquelles sont exposés les enfants du fait de leur pathologie ou de leur traitement. Pour ce faire, chaque établissement hospitalier devra comporter une équipe mobile de lutte contre la douleur et de soins palliatifs. Il convient également de renforcer en ce domaine la formation initiale et continue de tous les soignants et d'établir au sein de chaque équipe un protocole de lutte contre la douleur qui inclue les modalités de son évaluation.

7 - Reconnaître le droit à l'expression des enfants hospitalisés

Une telle reconnaissance passe par la création dans chaque établissement comportant un service pédiatrique d'un lieu d'expression des jeunes patients, interlocuteur légitime des différentes instances de concertation hospitalière. D'autre part, en application de la loi sur les droits des malades, les associations spécialisées dans la défense de ces droits devront être rapidement agréées par les autorités administratives, de manière à pouvoir représenter les mineurs qui en ont besoin.

8 - Elaborer un nouveau droit civil des mineurs afin de permettre aux adolescents d'accéder à une véritable « citoyenneté juvénile »

Il s'agirait d'autoriser les mineurs, en fonction de leur âge, à exercer d'avantage les droits d'expression, d'information, d'association et de réunion consacrés par la Convention internationale sur les droits de l'enfant. Ces droits ne font actuellement l'objet, en droit civil interne, que de dispositions disparates nettement en retrait par rapport à celles du code pénal. L'exercice de ces responsabilités constituerait un véritable « apprentissage de la majorité » permettant une transition entre l'incapacité juridique propre au mineur et le plein exercice des droits et des responsabilités d'un majeur.

9 - Ouvrir l'accès aux formations par apprentissage aux mineurs

étrangers présents sur le territoire

La Défenseure des enfants est conduite à réitérer la proposition qu'elle avait déjà formulée dans son rapport de 2001. Cette mesure est essentielle pour les adolescents qui, trop souvent, se trouvent confrontés à des complexités administratives facteurs de discriminations, et déscolarisés malgré eux. Une telle situation, outre qu'elle ne permet pas d'assurer l'avenir professionnel de jeunes résidents dans le pays, est propice au développement d'attitudes délinquantes.

10 - Instaurer une conférence nationale de l'adolescence

Cette conférence réunirait l'ensemble des spécialistes travaillant sur ce thème ainsi que les intéressés eux-mêmes. Un travail et des échanges communs permettraient de proposer cette véritable politique de l'adolescence qui demeure à construire dans notre pays.

Axes de travail 2003

Le travail portant sur l'analyse des saisines individuelles, ou sur l'identification et l'approfondissement des problématiques collectives, a conduit la Défenseure des Enfants à poursuivre et à engager plusieurs axes et thèmes de recherche pour 2003.

1 - L'enfant et l'éducation

C'est le thème majeur retenu pour l'année 2003. Il abordera les différents aspects des relations de l'enfant avec le monde éducatif, dont les premiers acteurs sont évidemment la famille et l'école. La problématique des enfants handicapés et des conditions dans lesquelles ils peuvent accéder aux droits explicites reconnus par la Convention internationale sur les droits de l'enfant sera l'un des thèmes principaux du rapport. Seront également abordées les questions relatives à l'âge d'entrée à l'école, aux conditions de passage de la maternelle au primaire, puis du primaire au secondaire, à la scolarisation des enfants étrangers, à la déscolarisation d'enfants en difficulté, aux procédures disciplinaires, sans oublier les difficultés que peuvent rencontrer des enfants « sans problèmes ». L'articulation entre le scolaire et le périscolaire (qu'il s'agisse de la santé, des cantines, des loisirs, de la culture, du sport, etc.) sera également abordée. La sensibilisation aux droits de l'enfant dans les formations, initiales ou continues, des personnels enseignants, évoquée dans le présent rapport, sera examinée de façon plus approfondie.

2 - Une pédagogie sans violence

Sera étudié dans le prochain rapport le style de la pédagogie, en famille comme à l'école. Intègre-t-elle encore, dans notre société, des formes de violence, verbale et physique ? Certes, les châtements corporels sont bannis du système scolaire. Le sont-ils au sein des familles ? L'école elle-même est-elle suffisamment respectueuse du droit des enfants ?

3 - L'adolescence

Cette période de la vie reste toujours peu prise en compte dans sa globalité. La Défenseure poursuivra ses efforts pour rechercher et promouvoir les moyens d'apporter aux adolescents la diversité des appuis dont ils ont besoin. D'autres thèmes de travail pourront, bien entendu, être induits par des événements d'actualité qui feraient surgir de nouvelles questions. Il est plus que probable que le sujet des mineurs étrangers isolés demeurera une de ces questions. ■

Défenseur des Enfants
85, boulevard Montparnasse, 75006 Paris
Internet : www.defenseurdesenfants.fr

*La Documentation française, 29-31, quai Voltaire 75344 Paris Cedex 07. Tél. : 01 40 15 70 00. Télécopie : 01 40 15 72 30.

LIVRES

Expérience subjective du handicap somatique

Coédition CTNERHI* ADEP**

Au-delà de la prise en charge médicale et médico-sociale des personnes handicapées et du questionnement sur les places et les rôles professionnels, sociaux et familiaux assignés aux personnes handicapées dans une société donnée, et bien sûr en interaction avec ces prises en charge, ces places et ses rôles, quelle est l'expérience subjective traversée par des sujets singuliers (et leur famille) lorsqu'ils sont confrontés à un handicap somatique, et comment celui-ci s'intègre-t-il dans la vie fantasmatique du sujet (et de son entourage), dans son histoire personnelle et familiale consciente et inconsciente ?

La survie, à l'occasion du handicap, de questions existentielles, questions sur l'histoire personnelle et familiale conscientes et inconscientes (les modes de transmission qui existent dans la famille, les places occupées par chacun, le désir des parents, des grands-parents, etc.), représente une tentative de trouver une origine au handicap dans cette histoire et, ainsi, de lui donner un sens. En cas de maladie génétique, ces diverses questions existentielles face au handicap existant ou possible sont encore plus complexes. D'autres sujets sont évoqués dans ce livre comme la place et les limites de l'interprétation psychopathologique dans le champ du handicap somatique, les modalités de prise de conscience du handicap, les interactions mère-enfant en cas de handicap somatique de l'enfant, le retentissement sur les fratries du handicap somatique de l'un des membres de la fratrie, la place de l'expérience subjective dans le discours du patient aphasique.

*Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations
**Association d'entraide des polios et handicapés

Ont participé à ce livre : H. Oppenheim-Gluckman, M. Gargiulo, M. Thurin, P. Fayol, P. de Collasson, J.-J. Dumond, P. Azouvi, D. Oppenheim, O. Hartmann, C. Epelbaum, B. Virole, R. Scelles, M. Gayda.

Handicap

Revue de sciences humaines et

sociales n°96,

Octobre-Novembre 2002,

Éditée par le CTNERHI

Ce numéro aborde la réflexion sur le thème de l'assistance technologique et du handicap. Le premier article de Pascale Roussel, « Une estimation de la diffusion des aides techniques à partir de l'enquête HID de l'INSEE » montre que la définition des aides techniques est extrêmement large, allant des aides techniques très simples aux plus complexes comme les robots.

Le deuxième article, proposé par Jean-Pierre Gaillard « Approche ergonomique des robots d'assistance aux personnes tétraplégiques », brosse un tableau de la recherche dans ce domaine. Dans le troisième article, « Didacticiels pour la formation professionnelle de déficients mentaux travaillant en Centre d'aide par le travail », J.-C. Sperandio et R. Oltra articulent deux domaines : l'approche ergonomique de l'activité et ce qui relève de l'organisation didactique de l'utilisation des logiciels. Précédant le dossier « Aides technologiques et handicap », deux autres articles ne relèvent pas de ce thème. Le premier, des Québécois D. Robert, P. Morin et H. Dorvil de l'Université de Montréal, présente les résultats d'une étude sur les différentes modalités de logement proposées aux « usagers de services en déficience intellectuelle ». Le second article, de Bruno Gendron, porte sur le comportement d'offre de travail des déficients visuels.

La démence post-traumatique est une manifestation rare, peu documentée, dont la définition apparaît hétérogène. Des troubles cognitifs peuvent s'observer à la suite d'un traumatisme crânien, du syndrome post-commotionnel à des troubles cognitifs plus spécifiques liés à des lésions corticales focales (aphasie, apraxies post-traumatiques). Dans d'autres cas, une défaillance des fonctions intellectuelles s'ajoute au tableau clinique (difficultés au niveau du jugement, du raisonnement, voire des troubles du comportement). Qu'il s'agisse d'une détérioration intellectuelle globale ou de troubles spécifiques, la plupart des troubles cognitifs s'améliorent au décours du traumatisme, voire disparaissent⁽¹⁾. Dans d'autres cas, l'évolution est moins favorable et la détérioration mentale est irréversible. Environ un tiers des patients victimes de traumatismes crâniens sévères gardent des séquelles psychologiques conséquentes, toutes catégories confondues.

Le syndrome démentiel est un affaiblissement progressif, global et irréversible des fonctions intellectuelles, sans obscurcissement de la conscience. Ce syndrome est associé à des difficultés d'adaptation sociale et/ou des modifications de la personnalité ; des troubles affectifs et comportementaux fréquents et précoces⁽²⁾. A travers un cas clinique, nous proposons de discuter le diagnostic de démence post-traumatique, tableau habituellement lié à un traumatisme crânien sévère.

Vignette clinique

Madame F., 55 ans, est victime d'une agression en juillet 1999 dans son commerce. Frappée avec une chaise par une cliente, elle subit un traumatisme crânien avec perte de connaissance avérée de plusieurs minutes. L'examen clinique initial est normal, la tomodensitométrie (TDM) cérébrale réalisée en urgence ne révèle aucune anomalie. La patiente est hospitalisée 24 heures pour surveillance, l'examen neurologique sans signe d'appel focalisé permet le retour au domicile. Madame F. est d'origine portugaise. Elle a émigré en France à l'âge de 23 ans avec son premier mari. Veuve en 1986, elle se remarie l'année suivante ; elle exerce le métier de femme de ménage. Veuve pour la deuxième fois, elle fait la connaissance de son compagnon actuel, propriétaire d'un bar, et décide de s'installer avec lui. La patiente ne présente pas d'antécédents médicaux ni psychiatriques. Aucune consommation d'alcool ni de toxiques ne sont notées. Madame F. est décrite, par son entourage, comme très active et dynamique, elle travaille quotidiennement dans le commerce de son compagnon. L'évolution clinique est rapidement marquée par des troubles thymiques et comportementaux bruyants. Quelques jours après l'agression, une crise d'agitation psychomotrice survient au tribunal lors de la confrontation avec l'auteur. La patiente est hospitalisée et l'examen clinique retrouve un tableau stuporeux qui associe :

- une perplexité anxieuse massive au premier plan. Madame F. est incapable, depuis l'agression, de travailler ou d'assumer les tâches ménagères ;
- un ralentissement psychomoteur majeur avec une tristesse de l'humeur et des crises de pleurs. La patiente présente un faciès figé, parle d'un ton monocorde, le contact est distant ;
- des troubles mnésiques nets, rétrogrades et antérogrades, avec désorientation temporo-spatiale. Madame F. conteste toute agression et prétend être tombée dans le bar où elle travaille, de façon claire et affirmative ;
- une inversion du rythme nyctéméral avec agitation nocturne et une restriction alimentaire.

Des traitements antidépresseurs et anxiolytiques sont instaurés successivement (venlafaxine, 150 mg/jour,

Démence post-traumatique : discussion autour d'un cas

miansérine, 60 mg/jour) mais l'état de sidération anxieuse persiste plusieurs semaines avec apparition de plaintes somatiques (céphalées, fourmillements), de troubles de l'état de conscience avec fausses reconnaissances ainsi que des idées de préjudice à minima, mal étayées (c'est la police qui l'a emmenée à l'hôpital et qui l'empêche de retourner travailler pour des raisons qu'elle ignore). L'examen neurologique et la TDM cérébrale, à un mois du traumatisme, ne retrouvent aucun élément en faveur d'une étiologie organique. Les explorations biologiques sont normales (bilan ionique, phosphocalcique, vitesse de sédimentation, sérologies HIV, VDRL, TPHA, hépatite B, C, bilan thyroïdien). Le diagnostic de syndrome dépressif stuporeux post-traumatique est retenu, non amélioré par deux mois de traitement antidépresseur par viloxazine (600 mg/jour). La dépression persiste, avec au premier plan le ralentissement psychomoteur, des idées suicidaires récurrentes, une tentative de suicide par phlébotomie dans un contexte d'anxiété massive et confusionnelle. Un état de stress post-traumatique se manifeste avec cauchemars, révisions diurnes de l'agression, état d'hypervigilance. Un traitement par clomipramine (100 mg/jour) permettra une amélioration lentement progressive de l'humeur dans les mois qui suivront. La résolution du tableau aigu laisse la place à une symptomatologie déficitaire qui va s'aggraver. Madame F., un an après le traumatisme, présente une stabilisation thymique. Un tableau d'allure régressive s'est installé. L'examen neuropsychologique à dix-sept mois met en évidence :

- un état persistant d'apragmatisme avec une réduction très importante de l'activité, l'échelle d'autonomie (Lawton) est diminuée (8/28). Madame F. dénie ses troubles cognitifs et apparaît ralentie, le visage figé ;
- une baisse d'efficacité globale des fonctions cognitives, attentionnelles, mnésiques touchant la mémoire autobiographique et l'acquisition d'informations nouvelles avec une désorientation temporo-spatiale totale (la patiente se perd dans les rues et déambule, de jour comme de nuit). L'efficacité cognitive globale est diminuée (échelle de Mattis : 95/144). L'exploration de la mémoire retrouve un score de 9/10 à l'épreuve de Dubois (rappel libre immédiat : 4, rappel libre indicé : 1, rappel libre différé : 4, indicé : 0). L'épreuve d'orientation temporo-spatiale est nulle (0/9) ;
- un affaiblissement important des capacités opératoires avec des signes dys-exécutifs (copie de dessin appauvrie avec difficulté majeure de réalisation du cube, tributaire du petit niveau intellectuel de la patiente, difficultés d'organisation visuo-spatiale pour la copie de l'horloge). Il n'existe pas de troubles instrumentaux de type aphasique ou apraxique (réalisation correcte des gestes symboliques, arbitraires et d'utilisation d'objets).

Au total, on observe des troubles cognitifs sévères réalisant un syndrome pseudo-démentiel de type fronto-subcortical. Les conséquences sont importantes sur l'autonomie quotidienne (nécessité d'une tierce personne). L'examen, à vingt-six mois de l'accident, retrouve toujours au premier plan un apragmatisme sévère avec une perte des habilités sociales, des troubles mnésiques et attentionnels, une conduite persévérative et stéréotypée de vagabondage. Il n'est pas observé d'amélioration des troubles cognitifs ni comportementaux malgré la poursuite du traitement antidépresseur et la

rééducation cognitive. Madame F. est anosognosique à l'égard de ses difficultés. Les épreuves psychométriques mettent en évidence une aggravation significative des troubles avec :

- une défaillance aggravée concernant la mémoire avec un score de 5/10 à l'échelle de Dubois (rappel libre immédiat : 2, rappel libre indicé : 1, rappel libre différé : 0, indicé : 0). La perte de l'orientation temporo-spatiale est toujours totale (0/9) ;
- une importante difficulté de concentration et une efficacité cognitive globale diminuée (87/144 à l'échelle de Mattis) ;
- un score moindre à l'échelle d'autonomie de Lawton (1/28) ;
- un affaiblissement général des stratégies auto-initiées et des capacités de programmation s'exerçant sur l'ensemble des tâches grapho-motrices, verbales avec manque d'incitation verbale importante, discours conversationnel appauvri, peu informatif. Les activités instrumentales au sens strict sont respectées. Plus de deux ans après le traumatisme, le syndrome pseudo-démentiel est franc.

Définition et fréquence

La plupart des auteurs soulignent que le diagnostic de démence post-traumatique ne peut être posé d'emblée⁽³⁾. Seule l'évolution clinique à long terme peut faire évoquer le diagnostic, même si la symptomatologie est variable. La démence post-traumatique correspond à l'installation, au cours des mois et des années qui suivent un traumatisme crânien, d'un affaiblissement mental progressif, irréversible, avec déficit intellectuel et inhibition psychique générale. Plusieurs tableaux s'entre-mêlent sous cette conception :

- le premier est issu des travaux qui concernent la démence des boxeurs ou démence pugilistique⁽⁴⁾. Les patients présentent une dégradation progressive et irréversible des facultés intellectuelles conduisant à un état de dépendance ;
- d'autres études ne prennent en compte que l'aggravation du déficit intellectuel dans la définition⁽⁵⁾. Dans ce cas se trouvent associés sous la dénomination démences secondaires d'origine traumatique, la démence pugilistique, l'hématome sous-dural chronique, l'hydrocéphalie post-traumatique ;
- une autre approche considère la démence traumatique comme une détérioration mentale sévère, irréversible, persistant encore à un an du traumatisme. Cette détérioration correspond aux critères qui définissent les démences organiques⁽⁶⁾ : un affaiblissement acquis de l'efficacité intellectuelle, un déficit des capacités mnésiques, une altération de la pensée abstraite (réduction des capacités de généralisation, de synthèse, de différenciation, de raisonnement logique et de la formation des concepts).

Toutes ces approches ont un point commun : l'existence d'un déficit intellectuel sévère après un traumatisme crânien. Le Gall⁽⁷⁾ ajoute un critère supplémentaire : la notion de perte d'autonomie, donc de dépendance permanente et irréversible à l'égard d'une tierce personne en raison des troubles. Pour cet auteur, c'est même ce critère de handicap qui paraît le mieux adapté pour évaluer la fréquence des démences post-traumatiques.

Cette dernière apparaît variable dans la littérature, en fonction de la définition donnée. Généralement, les troubles secondaires à une hydrocéphalie ou à un hématome sous-dural ne sont pas retenus, compte tenu de l'amélioration

des symptômes par traitement chirurgical. La fréquence est évaluée entre 1 et 15 %. A noter que nous relevons des fréquences établies chez des patients victimes d'un traumatisme sévère. Nous ne trouvons pas de données concernant des patients ayant subi un accident avec perte de connaissance ou altération de la conscience, sans lésions radio visibles initiales. Pour certains auteurs, c'est une manifestation rare avec seulement 11 cas de démences post-traumatiques sur une population de 3552 traumatisés crâniens, soit 0,3 % de l'échantillon⁽¹⁾. Mais ce pourcentage augmente jusqu'à 3,5 % si on retient les cas ayant développé une psychose post-traumatique. Dans une étude randomisée de 224 ex-boxeurs professionnels britanniques, l'incidence retrouvée de la démence post-traumatique est de 17 %⁽²⁾.

Diagnostic différentiel

Diagnostic différentiel neurologique

L'intérêt est de repérer les tableaux cliniques de détérioration mentale curable.

- **L'hématome sous-dural chronique** : problème spécifique chez la personne âgée, car chez elle se pose plus fréquemment la question du diagnostic, entre détérioration intellectuelle et dépression. Il se caractérise par la survenue progressive, à distance d'un traumatisme qui a pu sembler léger ou bénin, d'un syndrome confusionnel fluctuant. Mais divers signes peuvent en imposer pour un syndrome dépressif : apragmatisme, indifférence, somnolence diurne et réveils nocturnes, fatigue et renoncement à l'effort ou à des activités.

- **L'hydrocéphalie à pression normale** : elle se manifeste par des troubles de la mémoire fluctuants, d'installation progressive et évoluant vers une détérioration intellectuelle globale. On note fréquemment des troubles de la marche et une incontinence urinaire.

Diagnostic différentiel psychiatrique

- **Le syndrome post-commotionnel** (ou syndrome subjectif commun des traumatisés du crâne) survient dans les suites de traumatismes avec perte de connaissance ou, au moins, altération de la conscience⁽⁴⁾. Il n'y a pas de proportionnalité entre l'importance de la commotion cérébrale et celle du syndrome post-commotionnel. Le noyau symptomatique est une fatigabilité intellectuelle avec troubles de l'attention et de la concentration, troubles de la mémoire des faits récents, troubles du caractère avec irritabilité, fatigabilité visuelle, intolérance aux bruits. A ce tableau s'associent céphalées et sensations vertigineuses. Les plaintes fonctionnelles contrastent avec un examen neurologique normal.

- **Le syndrome dépressif post-traumatique**⁽⁴⁾ semble se greffer dans nombre de cas sur le tronc commun des signes du syndrome subjectif avec lequel il est alors intriqué. Ainsi, les céphalées paralysent l'activité du patient, les vertiges provoquent des malaises et l'évitement de l'extérieur, l'insomnie majeure la fatigue et l'anxiété. L'intensité du syndrome dépressif est souvent majeure, mais des états mélancoliques ne sont que rarement observés. Les descriptions retrouvent un thème spécifique, la crainte d'une lésion cérébrale passée inaperçue. Cela peut se transformer en croyance en une tumeur secondaire que le patient croit

ressentir et pour laquelle il demande des explorations. L'évolution peut être favorable sous chimiothérapie antidépressive à doses suffisantes. L'humeur s'améliore, tandis que le syndrome subjectif persiste, démontrant ainsi son autonomie vis-à-vis des éléments dépressifs. Parmi les formes cliniques nous retenons⁽⁴⁾ :

- la manie post-traumatique : manifestation rare, son caractère bruyant permet de l'identifier aisément et de la relier à l'événement traumatique, chez un patient sans antécédent thymique. A noter la description d'états maniaques chez des patients ayant subi des traumatismes simples, sans lésions cérébrales ;

- La pseudo-démence dépressive peut rassembler sous ce terme des tableaux de patients ayant gardé de graves séquelles cognitives de traumatisme (troubles aphasiques, troubles mnésiques, difficultés motrices, perte de l'initiative et du goût pour les activités professionnelles et même distrayantes).

Diagnostic et formes cliniques

Le diagnostic de démence post-traumatique est avant tout clinique. L'évaluation neuropsychologique doit analyser les activités cognitives, l'examen psychiatrique sera attentif à l'évaluation thymique et comportementale, à l'interrogatoire de l'entourage (retentissement familial, social, professionnel).

La phase de début revêt un aspect particulier, avec un déficit intellectuel modéré, des troubles de la personnalité et du comportement au premier plan^(1,3) : irritabilité, agressivité, excitation, impulsivité, violence, fugue, errance. L'importance de la labilité émotionnelle est soulignée par les auteurs, avec des manifestations euphoriques et dépressives, des mouvements régressifs et des conduites puériles. Les futurs déments présentent fréquemment des manifestations impulsives avec passage à l'acte et bouffées colériques⁽⁹⁾. Les symptômes peuvent aussi s'observer essentiellement sur le mode de l'indifférence et de l'apragmatisme.

Chez d'autres patients, cet apragmatisme va alterner avec des périodes de désinhibition. Dans cette phase de début, les troubles mnésiques sont systématiques, essentiellement antérogrades. Les oublis sont de plus en plus fréquents, le souvenir des faits récents est difficile et lacunaire. Cela entraîne rapidement une perte des repères temporels et spatiaux jusqu'à ce qu'une véritable désorientation s'instaure. L'évolution à long terme est lentement péjorative, les tableaux les plus graves réalisant en quelques années une déchéance mentale complète avec apathie et cachexie.

Les troubles de l'humeur et du comportement restent longtemps prédominants dans les formes les plus habituelles, avec une détérioration intellectuelle partielle, soit définitivement fixée, soit lentement évolutive⁽³⁾. Parmi les formes cliniques, citons d'abord les régressions démentielles massives associées à des traumatismes sévères, avec coma grave et prolongé.

Des formes d'allure psychiatrique sont répertoriées, pseudo-démence précoce, forme psychotique délirante, « perverse » (impulsions délictueuses, vols, délits sexuels), pseudo-névrotique (hypocondrie, manifestations hystériques). Les auteurs insistent sur la gravité du pronostic, même en cas de stabilisation^(9,11).

Si un consensus semble acquis pour ne pas formuler de diagnostic avant les deux premières années en raison de l'aspect réversible des éléments psychiques (troubles affectifs en particulier), il faut toutefois déplorer qu'une fois le diagnostic établi, les patients sont incapables de subvenir à leurs propres besoins.

Discussion

Au terme de deux années d'évolution, nous retenons le diagnostic de démence post-traumatique chez Madame F. et formulons l'hypothèse qu'il est imputable au traumatisme. Le tableau clinique présenté après une longue évolution révèle un déficit cognitif au premier plan, ainsi qu'un apragmatisme sévère. Le retentissement sur l'autonomie est majeur, avec une dépendance à l'entourage pour la plupart des activités de la vie quotidienne. Nous retrouvons dans l'évolution des similitudes entre les formes les plus habituelles décrites dans la littérature et notre observation. En effet, les manifestations comportementales bruyantes et les troubles de l'humeur occupent le devant de la scène dans nombre de cas. Ainsi, un syndrome dépressif sévère peut venir émailler l'évolution du tableau de démence post-traumatique. Les troubles de l'humeur demeurent longtemps prédominants avant de laisser la place à une détérioration intellectuelle globale. L'épreuve thérapeutique par traitement antidépresseur dans notre observation a permis de mettre à distance les éléments dépressifs et d'identifier leur rôle dans l'évolution clinique.

Lorsque le ralentissement et l'apragmatisme prédominent et s'aggravent, le tableau clinique laisse place à un véritable syndrome démentiel. Nous pouvons penser que nous sommes dans un cas où l'intensité des troubles cognitifs identifie au mieux la démence. La démence post-traumatique, dans les travaux consultés, apparaît suite à un traumatisme grave, souvent associé à des signes neurologiques. L'examen tomographique s'est alors révélé riche, souvent suivi d'une intervention chirurgicale. L'absence d'un traumatisme d'une telle sévérité chez la patiente nous questionne quant à l'imputabilité du tableau clinique à l'agression. Cependant, le syndrome démentiel fronto-subcortical que présente Madame F. ne préexistait pas au traumatisme cérébral. Nous formulons l'hypothèse qu'il est imputable à celui-ci. Il n'existe pas en effet de processus univoque pour expliquer le mécanisme d'apparition d'une démence post-traumatique. Si la plupart des auteurs insistent sur la violence de la commotion cérébrale, la sévérité du traumatisme ne serait pas toujours indispensable pour poser le diagnostic. Ainsi, chez les boxeurs, c'est la répétition des traumatismes qui est à l'origine de l'évolution démentielle, sans complication hémorragique évidente. Le véritable problème est bien celui des traumatismes dont l'intensité n'a pas été considéré comme importante, soit parce que le coma a été bref, soit lorsqu'il n'existe aucune complication neurologique. Un tel traumatisme peut induire une démence, du moins pour les cliniciens qui observent dans de tels cas des anomalies, même très discrètes, à l'imagerie cérébrale. Enfin se pose la question du rôle du traumatisme psychique dans la genèse des troubles. Toutefois, le manque d'éléments sur la personnalité antérieure et l'histoire de la patiente ne permet pas dans ce cas d'étayer une véritable hypothèse psychopathologique.

Conclusion

Notre intérêt pour cette observation clinique nous a conduit à préciser les contours d'une entité clinique réelle, dont la définition apparaît hétérogène. La démence post-traumatique est un état déficitaire grave, dont le diagnostic nécessite une observation clinique minimale de deux années après l'accident traumatique. Nous avons rappelé l'importance de accorder aux diagnostics différentiels et à la mise en évidence des formes curables. Les formes cliniques sont variées mais ont en commun des manifestations

comportementales et du caractère marquées. La détérioration intellectuelle est globale et irréversible, elle ne présente pas par ailleurs de caractère spécifique. Notre observation souligne les relations qui lient le syndrome dépressif à l'évolution démentielle. L'évaluation de l'imputabilité du diagnostic au traumatisme crânien en fonction de son intensité nécessiterait une étude prospective incluant tout type de traumatisme, même sans perte de connaissance initiale.

Enfin nous insistons sur le fait que pour la majorité des blessés graves, les troubles ne sont pas totalement irréversibles. En revanche, lorsqu'un tableau d'allure démentielle s'instaure, il peut transformer radicalement la vie du patient, avec apparition de difficultés d'adaptation familiale, professionnelle, voire perte totale de toute autonomie personnelle. ■

Abaoub Agnès*, Chebili Said **, Bled Fyrouz ***, Théodore Francis****

* Psychiatre, Assistante, Centre Médico-Psychologique, 17 rue du Pont Blanc, 93300 Aubervilliers.

** Psychiatre, Praticien Hospitalier, même adresse.

*** Psychiatre, Assistante, même adresse.

**** Psychiatre, Praticien Hospitalier, Chef de Service, même adresse.

Bibliographie

- 1) ACHTE K.A., HILLBOM E., AALBERG V., *Psychoses following war brain injuries*, Acta Psychiat. Scand., 1969, 45, 1-18.
- 2) CORSELLIS J.A.N., *Post-traumatic dementia*, in *Alzheimer's Disease: senile dementia and related disorders*, Raven Press, 1978, 7, 125-133.
- 3) DE MOL J., *Les démences post-traumatiques*, L'Encéphale, 1992, XVIII, 631-637.
- 4) FERREY G., *Abord psychosomatique des traumatisés crâniens*, Masson, 1995, 353 p.
- 5) FERREY G., GAGEY P.M., *Le syndrome subjectif et les troubles psychiques des traumatisés du crâne*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris, 1987, A-10.
- 6) GAILLARD P., *Syndrome démentiel, orientation diagnostique*, La Revue du Praticien, 1995, 45, 1835-1839.
- 7) GAYRAL L., MORON P., *Démences post-traumatiques*, La Revue du Praticien, 1966, 16, 23, 3125-3135.
- 8) KILOH L.G., *The secondary dementias of middle and after life*, British Medical Bulletin, 1986, 42, 1, 106-110.
- 9) LE GALL D., AUBIN G., DUPONT R., JOSEPH P.A., TRUELLE J.L., *Démences traumatiques*, Confrontations Psychiatriques, 1991, 33, 203-222.

7ème réunion francophone sur la maladie d'Alzheimer

La réunion de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie et la 7ème Réunion Francophone sur la Maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés auront lieu simultanément à Paris à la Maison de la Chimie du 7 au 10 octobre 2003. Le comité d'organisation de cette manifestation jointe comprend : François Boller, Bruno Dubois, Charles Duyckaerts, Jacques Epelbaum et Françoise Forette. Ces réunions comprendront des communications orales et affichées, des tables rondes et des lectures plénières prononcées par O. Rodat (Nantes), A. Delacourte (Lille), P. Scheltens (Amsterdam) et P. Amouyel (Lille). Droit d'inscription (avant le 30 juillet 2003) : 150 euros*. ■

*Inscription : Check Up Service, 16 rue du Général Faidherbe, 94732 Nogent sur Marne. Secrétariat du congrès : Alliance Médicale et Scientifique, 11 bd Henry IV, 34000 Montpellier.

LIVRES

Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire

Définitions, méthodes, actions

Christian Lachal, Lisa Ouss-Ryngaert, Marie Rose Moro, et al.*
Préface de Stanislaw Tomkiewicz
Dunod

Cet ouvrage propose une synthèse de l'intervention psychiatrique en situation humanitaire. Une première partie est consacrée aux cadres et aux acteurs et fournit les bases d'une modélisation de l'action humanitaire en santé mentale. La seconde partie détaille les principales méthodes et techniques mises en œuvre : supervision, *debriefing*, intervention psychosociale et leur adaptation au contexte. La troisième partie propose une clinique de l'humanitaire à travers les expériences issues des missions menées par *Médecins Sans Frontières* en Palestine, en Amérique du Sud, à Madagascar.

*avec la participation de L. Bailly, T. Baubet, M. Grappe, F. Ismael, S. Mansour, F. Maqueda, D. Murbach, V. Nahoum-Grappe, P. Salignon, P.-P. Vandini.

Clinique du suicide

Coordonné par Geneviève Morel
Erès

Le passage à l'acte suicidaire et sa dangerosité hantent le clinicien. Problème individuel, mais aussi phénomène sociologique à grande échelle, l'acte suicidaire ou la tentative de suicide font partie des soucis quotidiens les plus pressants pour le praticien. *Clinique du suicide*, ouvrage collectif coordonné par Geneviève Morel, présente la problématique suicidaire du point de vue de la psychanalyse, de la psychiatrie, de la littérature, de la philosophie, de l'anthropologie et de la perspective de la santé publique. Nous soulignerons, d'abord, la finesse clinique des auteurs qui mettent en relief, avec une grande simplicité, les points théoriques de la psychanalyse utiles à la saisie des raisons subjectives d'un tel acte. Ce qui permet, parfois, au thérapeute d'amener le patient à un changement crucial en lui laissant dire ce que l'acte avait, lui aussi, essayé de dire, mais d'une toute autre manière évidemment. Car, comme tout acte, l'acte suicidaire est considéré par Lacan comme une tentative de dire. Conception de l'acte qui vient notamment de Freud et de sa conception de l'acte manqué et qui gagne à être commentée par différents philosophes (S. Zizek, A. Zupancic, R. Salecl). *Le suicide en prison* (F. Morel) ou *Au retour de la guerre* (R. Salecl) montrent cette dimension de l'acte nouée au dire, ainsi que *L'étude de la tragédie grecque* (J. Bollack). La tragédie, les classiques, enseignent, une fois de plus, de façon fulgurante, l'essaim dans lequel le sujet se constitue : trame de paroles et de significations qui, lorsqu'elles sont intolérables et que le refoulement ne peut agir, produit une sorte de court-circuit faisant jouer, d'une façon parfois très claire, la contradiction entre le désir du sujet et les contraintes de la cité. Un paradoxe intéressant est soulevé entre acte d'écriture et acte suicidaire (F. Kaltenbeck, G. Morel, J. Aubert). Autant l'écriture peut, chez certains écrivains, éloigner l'acte suicidaire, autant peut-elle, pour d'autres le préfigurer, voire le précipiter. Une minutieuse étude est consacrée à ce lien ambigu à travers les œuvres de Primo Levi, Gérard de Nerval, Kleist, Stifter, Virginia Woolf. S'y articule un intéressant travail de la signature (E. Fleury), qui rappelle l'intérêt de l'aliéniste du XIXème siècle Brière de Boismont pour les relations entre le nom propre, la signature et l'acte. La tentative de suicide dans le contexte de la déception amoureuse

est étudié par l'analyste argentine D. Rabinovich nous rappelant que, même s'il s'agit d'un appel dans un contexte névrotique, la tentative de suicide, réelle, doit être travaillée dans le transfert donnant, comme cet auteur le prouve, un résultat thérapeutique certain. D'autres cas cliniques mis en série concernent l'attraction mortelle par des images idéales qui « aspirent » vers la mort, ce qu'on trouve particulièrement dans la mélancolie et la schizophrénie, mais aussi comme un phénomène « normal » dans la société chinoise où la fréquence extrême du suicide, démontre le sinologue Léon Vandermeersch, s'explique par la croyance aux esprits dans des religions qui ne supposent nul « au-delà » et ignorent la transcendance occidentale de la mort. Des récits de cure montrent la décision des cliniciens à arracher au réel de la tentative de suicide les coordonnées qui permettront la mise au travail des signifiants escamotés par l'acte suicidaire. L'importance de la période de réveil psychologique du suicidant est mise en valeur par G. Vaiva qui insiste, dans le mode d'organisation des soins du centre de crise qu'il dirige à Lille, sur ce point qui devrait être évident pour tous : il faut le temps de le dire.

Diana Kamienny-Boczkowski

Parler avec l'étranger

Edité par les soins de François Gantheret et de J.-B. Pontalis
Connaissance de l'inconscient, Série « Tracés », Gallimard

Deux colloques organisés par l'Association des Libres Cahiers pour la psychanalyse⁽¹⁾ sont à l'origine de cet ouvrage qui propose, à partir d'exposés qu'on trouvera, plus ou moins remaniés, et de leur discussion, d'ouvrir un débat sur le thème de la communication analytique. Ce que cherchent à éclairer les contributions présentées pourrait se formuler ainsi : en quoi consiste la spécificité de l'échange, entretenu pendant des années, entre l'analyste pensant, rêvant, associant dans son fauteuil et cet homme ou cette femme étendu sur un divan et laissant, en principe, libre cours à une parole qu'il ne maîtrise pas ? Max Dorra, montre comment la musique de film, quand elle ne se contente pas de souligner emphatiquement images et dialogues mais est décalée, pour ainsi dire discordante par rapport à eux, pouvait nous permettre de « palper » l'inconscient, cet inconscient dont on sait analyser, interpréter les productions, mais qui reste en son fond inconnaissable. Michel de M'Uzan, réfléchissant sur l'écriture de fiction, rend compte de ces moments clés de saisissement que connaissent aussi bien l'analyste que l'écrivain, où la rencontre avec l'étranger en soi ouvre presque compulsivement à l'émergence créatrice. Catherine Chabert, indique comment ce qu'il y a de confidentiel dans l'échange analytique tient moins à l'aveu de secrets, de « confidences » qu'à la création d'un espace d'intimité à nul autre pareil. De là, le sentiment de trahison que ne manquent pas d'éprouver aussi bien les analystes que leurs patients quand quelque chose de cette intimité est, même non identifiable par des tiers, livré au public. Edmundo Gomez Mango montre comment les écrits de Freud changeaient de style selon leurs destinataires, comment ils pouvaient être alternativement didactiques ou à usage intime, littéraires ou scientifiques.

(1) Bordeaux, 1999 ; Lyon, 2001. Le prochain se tiendra à Paris en octobre 2003. Les *Libres Cahiers pour la psychanalyse*, revue semestrielle, sont dirigés par Catherine Chabert et Jean-Claude Rolland et publiés par In.press.

Textes de : Catherine Chabert, Max Dorra, François Gantheret, Bruno Gelas, Edmundo Gomez Mango, Michel de M'Uzan, J.-B. Pontalis, Jean-Claude Rolland.

LIVRES

Psychopathologie des troubles de la régulation affective**Comprendre et soigner l'alexithymie**

Maurice Corcos, Mario Speranza et al.

Préface de Philippe Jeammet
Dunod

Synthèse des principaux travaux français et internationaux, cet ouvrage permet de considérer l'alexithymie comme une dimension clinique transnosographique allant du normal au pathologique en lien avec le rôle joué par la transmission des affects et des éprouvés lors du développement psychique précoce. Le terme d'alexithymie (« incapacité à exprimer ses émotions ») définit un ensemble de caractéristiques affectives et cognitives observées chez certains patients. Ce concept a prouvé sa validité clinique et il est, désormais, acquis qu'un défaut d'expression émotionnelle soit à l'origine de nombreux troubles somatiques et psychiques. Les sujets alexithymiques sont caractérisés par une disponibilité affective réduite ou sélective. Marqués par un défaut ou un dysfonctionnement relationnel primaire, ils semblent ne pouvoir avoir accès qu'à une gamme limitée d'affects et d'émotions et sont obligés de recourir à des stratégies alternatives inefficaces et improductives pour réguler leurs expériences affectives douloureuses. Cet ouvrage fait le point sur le concept depuis son émergence jusqu'à son développement récent et décline ses applications dans la clinique et le traitement de troubles somatiques et psychiatriques.

Il aborde les modèles explicatifs, la clinique et la psychopathologie, la question de l'évaluation et de la prise en charge comme de l'approche culturelle. Partageant une vision multidisciplinaire, les auteurs ont associé les approches neurobiologiques, phénoménologiques, cognitives et comportementales, psychanalytiques mais aussi philosophiques et littéraires. Seule la conjonction de ces points de vue permet de rendre compte de l'intérêt de cette notion au carrefour du sociologique, du psychologique et du neurobiologique.

Ont participé à cet ouvrage : F. Atger, R. M. Bagby, S. Berthoz, S. Bydlowski, J. Chambry, S.M. Consoli, O. Guillaud, F. Heidenreich, C. Loas, O. Luminet, J.-I. Martinot, A. Révah-Lévy, A. Rojas-Urrego, G. J. Taylor et Waintrater.

L'effort pour rendre l'autre fou

Harold Searles

Traduit de l'anglais par Brigitte Bost

Préface de Pierre Férida

Folios essais n°420

Gallimard

Les *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects* de Harold Searles ont été publiés en 1965 aux Etats-Unis. C'est en 1977 que J.-B. Pontalis a publié aux Editions Gallimard la traduction de onze des articles recueillis dans cet ouvrage. Le titre de la traduction française reprenait l'intitulé de l'un des chapitres concernant à la fois un aspect étiologique et la psychothérapie de la schizophrénie. Le succès rencontré depuis plus de vingt ans par ce livre témoigne, pour reprendre l'expression de Pierre Férida dans sa présentation de novembre 2002, de la vitalité d'une pensée inventive et d'une audace généreuse qui venait en aide à tous ceux qui se trouvaient confrontés aux patients réputés difficiles.

La description des troubles bipolaires (BP) s'est progressivement affinée, au cours des siècles, depuis la médecine grecque avec Hippocrate. Au XIX^e siècle grâce à Falret et à Baillarger, les entités « manie » et « mélancolie » sont regroupées au sein d'une même entité clinique. Kraepelin en 1903 oppose la « folie maniaco-dépressive » qui deviendra « psychose maniaco-dépressive ». Angst, Perris et Winokur, cinquante ans plus tard distinguent au sein des PMD les troubles unipolaires des troubles bipolaires. Dunner, au début des années 70, affine le diagnostic en décrivant les « BP-II » caractérisés par des patients hospitalisés pour un épisode mélancolique ayant des antécédents personnels d'épisode hypomaniaque ou maniaque atténué et les « BP-I » caractérisés par des patients ayant présenté un ou plusieurs épisodes maniaques. Akiskal depuis le début des années 80 élargit les frontières de la bipolarité avec la description de formes atténuées appartenant au « spectre bipolaire ». Dans les classifications actuelles DSM-IV et CIM-10, plusieurs entités appartiennent aux spectres des troubles bipolaires : BP-I, BP-II, et troubles cyclothymiques.

Le diagnostic d'un trouble BP est souvent difficile, notamment dans les formes atténuées, et donc souvent posé avec retard. Or l'évolution d'un trouble BP non traité peut être grave du fait du risque accru de suicide, de désinsertion socio-professionnelle et d'abus de substances. La prise en charge est primordiale et nécessite une alliance thérapeutique entre le patient et son médecin. Le choix des traitements pharmacologiques tient compte de l'efficacité sur les symptômes cliniques à court, moyen et long terme avec le minimum d'effets indésirables dans le but de préserver la qualité de vie du patient et donc cette alliance thérapeutique. Après les thymorégulateurs et les neuroleptiques classiques, l'olanzapine est le premier antipsychotique à avoir obtenu en France l'autorisation de mise sur le marché pour le traitement des épisodes maniaques modérés à sévères, en association ou en monothérapie. Une synthèse concernant l'évolution, le pronostic, les facteurs de vulnérabilité génétique, les facteurs environnementaux et cliniques des troubles bipolaires a été présentée lors d'un récent symposium organisé par Lilly, ainsi que les principales données cliniques issues du dossier d'enregistrement de l'olanzapine dans le traitement des épisodes maniaques. Cette indication de l'olanzapine dans les épisodes maniaques permet de nouvelles perspectives pour la prise en charge des troubles bipolaires.

L'épidémiologie

Un rappel épidémiologique du trouble bipolaire a été effectué par le Pr Rouillon. Ainsi, la prévalence sur la vie de ce trouble se situe autour de 1% en population générale⁽⁹⁾. Ce chiffre est relativement homogène à travers les différentes études internationales. L'incidence est plus diversement appréciée (0,3 à 3 pour 10.000 par an). Cependant la morbidité du trouble est certainement sous-évaluée, de nombreux patients n'étant pas diagnostiqués comme tels, surtout les BP-II, ou suivis uniquement en libéral, et en médecine générale⁽²⁾. Depuis une vingtaine d'années cependant, on assiste à une augmentation de la demande de soins pour troubles de l'humeur. Cette augmentation est liée à plusieurs facteurs : pour certains une augmentation de la morbidité dépressive, mais surtout au biais nosologique résultant de l'influence sur le raisonnement diagnostique de la mise à disposition de traitements thymorégulateurs efficaces.

Dans la majorité des études, le sexe ratio du TB est de 1 homme pour 1 femme, à la différence du trouble unipolaire qui est de 2 pour 1. Cependant dans son étude zurichoise, Angst retrouve pour la prévalence sur la vie de

Traitement des épisodes maniaques dans les troubles bipolaires

l'ensemble des troubles du spectre bipolaire un taux de 7,4% pour les femmes et de 3,7% chez les hommes. Il élargit le spectre en incluant l'hypomanie, les épisodes maniaques brefs et récurrents dont la durée est inférieure à 3 jours, et les variations cyclothymiques de l'humeur. L'âge moyen de début semble être selon l'étude ECA (Epidemiologic Catchment Area) 21 ans et à la fin de l'adolescence selon l'étude d'Edmonton. Lorsqu'il survient à un âge avancé, il semble intriqué à une pathologie organique cérébrale, notamment une affection vasculaire cérébrale ou à l'utilisation de médicaments. Le trouble bipolaire est plus fréquent chez les sujets célibataires jamais mariés (1,3%) ou vivant en concubinage (3,2%) que chez les personnes mariées qui n'ont jamais divorcé (0,2%). Les taux sont plus importants chez les personnes séparées ou divorcées. Le trouble BP est plus fréquent en zone urbaine que rurale. Il n'y a pas d'influence ethno-culturelle clairement établie, ni de niveau socio-culturel plus prédisposé.

En revanche, la comorbidité est importante, l'observation des résultats de l'étude ECA et NCS (National Comorbidity Survey) montrant que le trouble BP est associé à, au moins, une autre entité diagnostique dans plus de la moitié des cas. L'alcoolisme et la toxicomanie sont le plus souvent retrouvés. Ainsi dans l'étude ECA, 60,7% des patients BP-I présentent un abus de substances. Le trouble BP peut être également associé à des troubles névrotiques et anxieux, notamment au trouble panique (prévalence du trouble panique alors que BP est de 20,8% contre 0,8% en population générale) et le trouble obsessionnel-compulsif (21 %).

Le trouble BP-I commence, souvent, par une dépression et c'est un trouble récurrent. La plupart des patients font des épisodes maniaques et des épisodes dépressifs, bien que 10 à 20% d'entre eux ne fassent que des épisodes maniaques. Certains BP-I ont une évolution en cycles rapides. 40 à 50 % des sujets souffrant d'un trouble BP-I risquent d'avoir un second épisode dans les deux années qui suivent le premier épisode. Un statut occupationnel pré-morbide instable, une alcoolodépendance, des caractéristiques psychotiques, des éléments dépressifs intercritiques ou non, et le sexe masculin sont des facteurs de mauvais pronostic. Des épisodes maniaques de courte durée, un âge de début plus tardif, peu de pensées suicidaires et de problèmes médicaux comme psychiatriques coexistent sont en faveur d'un bon pronostic. Un tiers des patients atteints de trouble BP-I ont des symptômes chroniques et présentent une détérioration de l'adaptation sociale⁽¹⁵⁾. Le trouble BP-II est étudié de façon plus récente. Cependant le diagnostic porté est stable à 5 ans. Par ailleurs il s'agit d'un trouble chronique renforçant la nécessité de stratégies thérapeutiques à long terme.

La théorie unitaire

Depuis les années 80, on assiste à un retour vers la théorie unitaire de Kraepelin et le concept de « spectre bipolaire » élaboré par Akiskal en 1983 prend de plus en plus d'importance dans les réflexions nosologiques actuelles. Actuellement, on considère que 50% des troubles de l'humeur appartiennent au spectre des troubles bipolaires qui concernent au moins 5% de la population générale⁽¹⁾. Cet élargissement conceptuel apparaît essentiellement dû à la reconnaissance d'une bipolarité atténuée

couvrant les troubles bipolaires de type II et toutes les formes d'hypomanie sans se référer au DSM. Se fondant sur leur suivi de patients bipolaires Akiskal et Pinto proposent une nouvelle classification des troubles bipolaires, plus proches de la réalité clinique comprenant :

- le trouble bipolaire 1/2 : trouble schizobipolaire caractérisé par un état maniaque associé à des caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur, persistant après rémission de la manie ;
- le trouble bipolaire I : classique maladie maniaco-dépressive (état maniaque alternant ou s'associant à des épisodes dépressifs, souvent accompagné d'éléments psychotiques) ;
- le trouble bipolaire I 1/2 : caractérisé par un accès maniaque prolongé mais n'atteignant pas la gravité et l'intensité du type I ;
- le trouble bipolaire II caractérisé par une dépression associée à des phases hypomaniaques spontanées discrètes ;
- le trouble bipolaire II 1/2 : caractérisé par une dépression associée à des phases hypomaniaques spontanées discrètes d'une durée inférieure à 4 jours ;
- le trouble bipolaire III : caractérisé par une dépression avec hypomanie induite par les antidépresseurs ou un autre traitement ;
- le trouble bipolaire III 1/2 : caractérisé par des oscillations marquées de l'humeur masquées par une conduite addictive ou un abus d'alcool ;
- le trouble bipolaire IV : caractérisé par une dépression sur fond de tempérament hyperthymique concernant les patients d'une cinquantaine d'années. Ces différentes sous-entités rendent compte de l'hétérogénéité génétique de la maladie.

Les données cliniques issues du dossier d'enregistrement du Zyprexa® (olanzapine) dans le traitement des états maniaques ont été présentées par le docteur Tohen.

L'olanzapine

Deux études multicentriques randomisées en double aveugle, sur 3 et 4 semaines, olanzapine contre placebo ont été conduites chez 254 patients BP-I présentant un état maniaque ou mixte, avec ou sans caractéristiques psychotiques^(10, 11). Les patients avaient un YMRS >20 (Young Mania Rating Scale) avec des troubles évoluant depuis au moins quinze jours. Les traitements concomitants autorisés étaient le lorazepam (2mg/kg/j les 6 premiers jours puis 1 mg/kg/j) et la benzotropine. Une amélioration significative au cours des deux essais cliniques (baisse des scores d'au moins 50% de la YMRS, CGI-BPS mania et PANSS) a été constatée dans le groupe olanzapine comparé au groupe placebo (49 vs 35%, p<0,05) avec moins de sorties d'étude, ces sorties étant essentiellement dues aux effets secondaires, ou à l'absence d'efficacité du produit.

Les études randomisées en double aveugle chez des patients BP-I comparant l'efficacité de l'olanzapine avec les thymorégulateurs conventionnels (lithium et valproate) montrent que l'olanzapine est aussi efficace que le lithium dans le traitement de l'état maniaque aigu (30 patients, olanzapine 5 à 20 mg/j vs lithium 800 mg/j)⁽⁴⁾. L'olanzapine est plus efficace que le divalproate (351 patients, olanzapine 10 mg/j vs divalproate 500 à 2500 mg/j) cependant sans différence significative aux différentes échelles (YMRS, CGI, BPRS et HAM-D), 47,2% des patients répondant sous olanzapine contre 34,1%

sous divalproate⁽¹²⁾. La prise de poids, la sécheresse de la bouche, l'augmentation de l'appétit et la somnolence ont été significativement plus importants avec l'olanzapine. Dans une étude randomisée en double aveugle de 12 semaines chez 219 patients olanzapine (5 à 20 mg/j vs halopéridol 3 à 15 mg/j), l'olanzapine apparaît aussi efficace que l'antipsychotique conventionnel sur les symptômes de manie et plus efficace sur les échelles de dépression⁽¹³⁾. Enfin, une étude randomisée en double aveugle contre placebo de six semaines a été effectuée afin de comparer l'efficacité de l'association olanzapine-lithium et olanzapine-valproate versus lithium ou valproate en monothérapie chez des patients partiellement répondeurs aux thymorégulateurs en monothérapie, dans le traitement des épisodes maniaques ou mixtes⁽¹⁴⁾. Les patients sous cothérapie étaient significativement plus améliorés aux échelles de manie (67,7% vs 44,7% ; p<.001) et de dépression HAMD-21 (4,98 vs 0,89 points ; p<.001). On ne notait pas d'augmentation d'effets extra-pyramidaux. Les effets secondaires incluant la somnolence, la prise de poids, l'augmentation de l'appétit, le tremblement étaient, en revanche, plus importants avec l'olanzapine en cothérapie.

Les aspects génétiques

Comme l'a rappelé le Pr Boyer, la génétique est un facteur important dans le domaine des troubles de l'humeur. Cependant le pattern de transmission génétique se fait à travers des mécanismes complexes. Les arguments en faveur d'un terrain génétique sont donnés par les études familiales, les études de jumeaux et les études de linkage. Les études familiales ont montré de façon répétée que le risque d'avoir un trouble bipolaire dans la fratrie est de 10% contre une prévalence de 1% dans la population générale, soit un risque multiplié par 10⁽⁸⁾. Les parents au premier degré d'une personne souffrant d'un trouble bipolaire majeur ont 1,5 à 2,5 fois plus de chances d'avoir un trouble bipolaire de type I que les parents du premier degré de sujets contrôle normaux. La probabilité d'avoir un trouble de l'humeur diminue avec l'éloignement du degré de parenté. Les études de jumeaux ont montré un taux de concordance de 69% chez les homozygotes et de 13% chez les jumeaux dizygotes. Les techniques de biologie moléculaire ont permis de nombreuses études qui ont montré, en les reproduisant ou non, des associations diverses entre différents gènes spécifiques. Actuellement, aucune association n'a été sérieusement reproduite. Il s'agit donc d'une pathologie à hérité complexe traduisant l'hétérogénéité clinique et étiologique de la maladie. Plusieurs paramètres sont encore inconnus tels que la fréquence génique, la pénétrance et le mode de transmission de la maladie. Par ailleurs, la détermination du phénotype est limitée par le choix des critères diagnostiques utilisés dans les études. Les systèmes nosographiques permettent une fidélité inter-coteurs satisfaisante mais n'ont pas obligatoirement une validité génétique. Les patients inclus pour troubles de l'humeur n'ont pas forcément la même pathologie (trouble schizo-affectif, épisode dépressif majeur, TB-I et II). Comment distinguer les formes cliniques les plus familiales ?

Plusieurs stratégies sont utilisées dans les études de génétique humaine appliquée à la psychiatrie pour pallier ces difficultés. Les études d'analyse génétique de paires de germains atteints permettent un criblage du génome. Les études d'association identifient des gènes candidats. Ces études familiales sont concentrées sur le statut des individus d'une même fratrie et ne requièrent donc pas de faire l'hypothèse d'un mode de transmission au départ.

Les stratégies phénotypiques recherchent des symptômes candidats pour des « formes cliniques homogènes » et des endophénotypes chez les apparentés ou marqueurs de vulnérabilité. Les facteurs de vulnérabilité sont identifiés sur le génome par les études de liaison, les études de caryotype à haute résolution (repérage de microdélétion ou de microduplication), les études portant sur les gènes candidats a priori les plus impliqués. Par exemple, différents gènes codant pour des enzymes impliquées dans le métabolisme des neuromédiateurs ont été testés. Sur le bras court du chromosome 11, à proximité des marqueurs liés à la psychose maniaco-dépressive dans la population Amish se situe le gène codant pour la tyrosine hydroxylase (TH) enzyme limitante de la synthèse des catécholamines. Neuf études d'association ont été publiées. Les résultats des méta-analyses suggèrent l'existence effective d'une association initialement mise en évidence par Leboyer et coll. entre le polymorphisme Bgll du locus TH et la maladie maniaco-dépressive⁽⁷⁾. Le gène codant pour la monoamine oxydase A responsable du catabolisme de la sérotonine, de la dopamine et de la noradrénaline se situe sur le bras court du chromosome 17. Ce gène a fait l'objet de nombreuses études aux résultats également hétérogènes. Il existe, cependant, des arguments en faveur d'une association entre le marqueur SHTT-LPR et la maladie maniaco-dépressive⁽⁸⁾. Bien que les marqueurs génétiques soient de plus en plus nombreux et de plus en plus informatifs, les limites des analyses cliniques demeurent importantes. Si l'on met actuellement en évidence des facteurs de vulnérabilité génétique dans le domaine des troubles bipolaires, il ne faut pas sous-estimer la part importante des facteurs cliniques et environnementaux influençant l'évolution des troubles bipolaires, ainsi que le rappelle P. Gorwood.

Le pronostic

Depuis une quinzaine d'années, les études concernant les facteurs psychologiques et les événements de vie des patients ne cessent de se multiplier. Ces études tendent à identifier des facteurs pronostiques de la maladie impliquant les facteurs pré-morbides, le mode d'entrée, les facteurs intercurrents (virages induits, cycles rapides) et ceux liés au traitement. Elles se heurtent à des difficultés méthodologiques telles que la multiplicité des facteurs

impliqués, la nécessité d'une évaluation à long terme, une évolution naturelle mal connue, et l'existence de plusieurs sous-types de la maladie. Les facteurs pré-morbides tels que les antécédents familiaux, le mauvais fonctionnement social, l'obésité, le niveau socio-économique faible, le statut de célibataire, les troubles psychiatriques sont des variables importantes mais dont le poids est modéré par rapport à l'âge de début de la maladie et la prise en charge thérapeutique. Les facteurs de mauvais pronostic sont : un délai avant traitement supérieur à 10 ans, un trouble bipolaire de type I, un début des troubles par un syndrome dépressif, une dépendance à l'alcool, des cycles rapides, l'absence de rémission, un plus grand nombre d'épisodes mixtes que dépressifs, des symptômes atypiques, l'existence d'un syndrome délirant, une mauvaise réponse initiale au traitement, et plus d'effets secondaires au traitement⁽⁹⁾. Un bon contrôle par le lithium n'est obtenu que dans seulement 50 à 60% des cas. Sur un suivi à long terme, 15% de l'ensemble des sujets souffrant d'un trouble bipolaire de type I vont bien, 45% subissent des rechutes multiples, 30% sont en rémission partielle et 10% sont malades de façon chronique⁽⁶⁾. Un tiers des patients atteints de trouble bipolaire de type I présentent des symptômes chroniques et ont une détérioration de leur adaptation sociale. Les troubles bipolaires de type II ont moins de risques de passage à la chronicité que les troubles unipolaires (10% vs 20%). Le risque suicidaire paraît élevé puisque 25% des patients font une tentative de suicide, avec un taux de mortalité de 10%. Le risque suicidaire est d'autant plus élevé qu'il existe plus d'idéation suicidaire, plus d'agression sur la vie, de comorbidité affective et lors de période à risque telle que la période de péri-hospitalisation. En conclusion, pour MC Hardy-Baylé, un traitement antimaniaque n'agit pas que sur le symptôme mais il a également une portée symbolique. L'information concernant la maladie et le traitement représente une nouvelle exigence dans la prise en charge du patient maniaco-dépressif mais ne suffit pas. Il faut soutenir le patient et son entourage. Le contrat de soins doit donc être passé avec le patient et ajusté avec son environnement. L'attente d'un patient maniaque est de prouver qu'il n'est pas malade. Celle du psychiatre est souvent la nécessité pour ce dernier de l'adoption par le patient de sa propre logique médicale. L'implication de l'entourage est un élément pronostique essentiel dans l'évolution de la maladie à long terme. L'information concernant la maladie et ses traitements participe à l'amélioration de la qualité de vie du

patient : la compréhension de la maladie permet de mieux la vivre et de mieux combattre l'exclusion qui lui est liée. ■

Marie-Noëlle Vacheron*

*Psychiatre, Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris.

Bibliographie

- (1) AKISKAL H.S., PINTO O., *The soft bipolar spectrum: footnotes to Kraepelin on the interface of hypomania, temperament and depression*, in Marneros A, Angst J. Bipolar disorders, Kluwer Academic Publishers, 2000, 37-61.
- (2) ANGST J., *The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder*, J Affect Disord 1998, 50, 143-151.
- (3) BELLIVIER F., SZÖKE A., HENRY C. et al., *Possible association between serotonin transporter gene polymorphism and violent suicidal behavior in mood disorders*, Biol Psychiatry 2000, 48, 319-22.
- (4) BERK M., ICHIM L., BROOK S., *Olanzapine compared to lithium in mania : a double-blind randomized controlled trial*, Int Clin Psychopharmacol 1999, 14, 339-343.
- (5) GOLDBERG J.F., ERNST C.L., *Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder*, J Clin Psychiatry 2002, 63,11, 985-91.
- (6) JUDD L.L., AKISKAL H.S., SCHETTLER P.J. et al., *The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder*, Arch Gen Psychiatry, 2002, 59, 6, 530-7.
- (7) LEBOYER M., MALAFOSSE A., BOULARAN S. et al., *Tyrosine hydroxylase polymorphisms associated with manic depressive illness*, Lancet 1990, 19,335.
- (8) LEBOYER M., BELLIVIER F., *Génétique des troubles de l'humeur*, in Séminaire de psychiatrie biologique, Specia, 1996, tome 27.
- (9) NIRO V., ROUILLON F., *Epidémiologie du trouble bipolaire*, L'Encéphale 2001, sup III :1-6.
- (10) TOHEN M., SANGER T.M., MCELROY S.L. et al., *Olanzapine versus placebo in the treatment of acute mania*, Am J Psychiatry, 1999, 156, 702-709.
- (11) TOHEN M., JACOBS T.G., GRUNDY S.L. et al., *Efficacy of olanzapine in acute bipolar mania : a double-blind, placebo controlled study*, Arch Gen Psychiatry, 2000, 57, 841-849.
- (12) TOHEN M., BAKER R., ALTSHULER L. et al., *Olanzapine versus divalproex in the treatment of acute mania*, Am J Psychiatry, 2002, 159, 1011-1017.
- (13) TOHEN M., ZHANG F., FELDMAN P.D. et al., *Olanzapine versus haloperidol treatment of acute mania*, American Psychiatric Association Annual Meeting, 2001, May 5-10, New-Orleans. 138.
- (14) TOHEN M., CHENGAPPA K.N., SUPPES T. et al., *Efficacy of olanzapine in combination with valproate or lithium in the treatment of mania in patients partially non responsive to valproate or lithium monotherapy*, Arh Gen Psychiatry, 2002, 59, 1, 62-9.
- (15) WYATT R.J. et al., *An economic evaluation of manic depressive illness-1991*, Soc Psychiatry Epidemiol, 1995, 30, 213-219.

Le NICE britannique favorable à la prescription des antipsychotiques en première ligne

Le National Institute for Clinical Excellence (NICE) britannique, en charge de l'évaluation du rapport coût-efficacité des traitements a donné, en décembre dernier, son soutien à la prescription en première intention des antipsychotiques atypiques. Plusieurs associations de patients ont fait part de leur mécontentement face aux prescriptions d'anciens antipsychotiques en première intention avant de passer éventuellement aux plus récents en cas d'intolérance. Le NICE a publié une recommandation en faveur de l'utilisation des antipsychotiques atypiques en première ligne pour les patients chez lesquels une schizophrénie vient d'être diagnostiquée. Les médicaments recommandés sont l'amisulpride (Solian®, Sanofi-Synthelabo), l'olanzapine (Zyprexa®, Lilly), la quétiapine (Seroquel®, AstraZeneca), la rispéridone (Rispidal® au Royaume-Uni, Risperdal® en France, Janssen-Cilag) et la zotépine (Soleptil®, Orion). Le NICE indique que l'utilisation de ces médicaments doit être envisagée si les patients utilisant les plus anciens souffrent d'effets secondaires inacceptables. La recommandation demande que les services de santé soient organisés de façon à ce que les patients ne rencon-

trent plus de difficultés à obtenir une aide et un traitement précoces : « En médecine générale, toutes les personnes avec une schizophrénie suspectée ou qui vient d'être diagnostiquée doivent être adressées en urgence vers des services de psychiatrie pour l'évaluation et la mise en place d'un plan de prise en charge ». « S'il y a un diagnostic de schizophrénie alors une partie de l'évaluation d'urgence doit comprendre une visite chez un psychiatre ». « Lorsqu'il y a des symptômes aigus de schizophrénie, le médecin généraliste devrait envisager le début d'un traitement avec des antipsychotiques atypiques dès que possible, avant que le patient soit vu par un psychiatre, si nécessaire ». « Le National Health Service (NHS) devrait recevoir les compétences de ses équipes, identifier les manques et mettre en place une formation pour s'assurer que les employés sont correctement préparés pour mettre en œuvre nos recommandations ». Emma Harding, représentante des patients impliquée dans la rédaction des recommandations, a indiqué que « les gens atteints de schizophrénie doivent avoir confiance dans le fait que, où qu'ils vivent en Angleterre et au Pays-de-Galles (territoires de compétence du NICE), les professionnels de santé qui les prennent en charge travailleront sur des recommandations basées sur des preuves de grande qualité ». ■

B. L.

LIVRES

Prisonniers de la haine Les racines de la violence

Aaron T. Beck
Traduction française par Jean Cottraux, Héroïse Dupont et Maud Millière
Masson

Aaron Temkin Beck, qui est professeur émérite de psychiatrie à l'université de Pennsylvanie à Philadelphie, est le père fondateur de la thérapie cognitive. Après avoir écrit un livre sur l'amour et les problèmes du couple, *L'amour n'est jamais suffisant* (1988, Harper & Row, New York), Aaron T. Beck, en 1999, se penche sur le problème de la haine dans un essai qui envisage aussi bien la psychologie individuelle que collective. Il porte le titre *Prisoners of hate* (Les prisonniers de la haine), qui détourne astucieusement le titre d'un « tube » de Frank Sinatra : *Prisoner of Love*. Les processus de la montée de la haine entre groupes et idéologies rivales y sont décrits dans une perspective historique et contemporaine. On y trouve une analyse des fonctionnements psychologiques et sociaux qui ont abouti, peu à peu, à l'Holocauste. Ce processus, qui est appelé, à la suite d'Arthur Koestler, « le groupisme », apparaît plus dévastateur que l'individualisme puisqu'il peut aboutir à des attaques raciales, à des persécutions et à des guerres. Le « groupisme » donne aux individus une telle sensation de pouvoir qu'elle peut neutraliser leurs sentiments d'infériorité et étouffer les processus d'identification à la souffrance de leurs victimes comme la compassion. A cette croyance groupale, A.T. Beck oppose l'universalisme qui est défendu, trop souvent sous forme d'une façade politiquement correcte, par les religions et les idéologies. L'universalisme pourrait établir une barrière aux violences religieuses, raciales ou ethniques. Mais de quel universalisme s'agit-il ? On peut observer que les événements du 11 septembre ont opposé deux conceptions incompatibles de l'universalisme. L'ouvrage permet une meilleure compréhension des conflits politiques du monde actuel qui portent le sceau de la pensée bipolaire. A cet égard, il fait part d'un projet qui a été développé par l'Institut de la guerre ethno-politique installé à l'université de Pennsylvanie.

Les autres niveaux de la haine sont abordés, en particulier, celle distillée par le code d'Honneur du Vieux Sud. A.T. Beck rapproche ce code machiste, hérité de la vieille aristocratie européenne, du code des gangs de rues dans les grandes cités d'Amérique du Nord. Il montre les ravages du machisme, de l'individualisme et du narcissisme dans les différentes communautés. Il démonte aussi les mécanismes de la lutte entre les différentes communautés d'âge, sociales, ethniques, religieuses ou sexuelles. La guerre des sexes est abordée à travers le problème de la violence conjugale et de sa thérapie. L'étude que fait A.T. Beck de la milice américaine, dont le fonds de croyance

paranoïaque est la méfiance systématique vis-à-vis de l'Etat, pourrait très facilement trouver une transposition dans notre pays.

L'ouvrage est un miroir fidèle qui renvoie l'image d'un monde éclaté en fractions conflictuelles. Cette image reflète le désordre qui a remplacé progressivement, ces trente dernières années, le monde ancien. Une des thèses centrales de A.T. Beck est que la prévention de la délinquance et de la violence pourrait résider dans la modification des prédispositions cognitives chez des enfants d'âge préscolaire. Les résultats d'un projet de l'université de Pennsylvanie sont présentés : la voie rapide (*Fast track*). Ce projet suggère que les déficits précoces de la cognition sociale pourraient être améliorés chez l'enfant dans le dessein de prévenir la violence. D'autres études concernant les délinquants et la prévention de la violence ethnopolitique sont également mises en lumière.

Troubles mentaux, maladie d'Alzheimer et démences apparentées

Eisai et Pfizer

Il s'agit ici du compte rendu des premières journées des *Troubles mentaux, vieillissement et démences* qui a eu lieu les 18 et 19 novembre 2002 et dont Thierry Gallarda a été le secrétaire général, sous la présidence des professeurs Henri Loo et Jean-Pierre Olié. En France, les psychiatres ont pu paraître moins concernés qu'ailleurs par les pathologies dégénératives du sujet âgé. Les démences étant définies comme irréversibles n'attiraient guère des spécialistes. De plus en plus de psychiatres, de gériatres, de neurologues ont appris à travailler ensemble, chacun apportant une contribution à la phase de menace ou de début des démences aussi bien qu'à la phase d'état. Pour le psychiatre, il s'agit de reconnaître quels symptômes dépressifs et anxieux, quels troubles du comportement peuvent être intriqués avec un déclin cognitif. Et il s'agit aussi de savoir identifier les indicateurs de vulnérabilité cognitive derrière des pathologies dépressives notamment. Les moyens thérapeutiques offrent, aujourd'hui, de nouvelles perspectives encourageantes pour les patients et les familles mais aussi pour les soignants qui doivent imaginer des stratégies de prise en charge adéquates. Cette adéquation se mesure par rapport aux éléments sémiologiques mais aussi aux attentes et possibilités de l'environnement. Le médecin, spécialiste ou non, doit se garder de tout a priori idéologique pour aider à élaborer et appliquer les modalités de prise en charge les mieux adaptées à chaque cas. Cet ouvrage aborde de nombreux thèmes concernant les démences : les dérèglements de l'humeur, les troubles anxieux, les altérations de la personnalité et des conduites sociales, l'évaluation des troubles cognitifs, la place du scanner et de l'IRM, les aspects génétiques, les thérapies biologiques, la SMT, les thérapies cognitives, les réseaux de soins psycho-gériatriques, la psychopathologie de l'aidant familial, les questions d'éthique.

Ont participé à cet ouvrage : Th. Gallarda, J.-P. Clément, F. Lebert, F. Javier Olivera Pueyo, P.H. Robert, J.-F. Méder, C. Oppenheim, D. Frédy, D. Hannequin, A.-S. Rigaud, K.-P. Ebmeier, L. Bizzini, G. Massé, C. Hazif-Thomas, Ph. Thomas, P. Malzac.

PRIX JEAN TRÉMOLIÈRES 2002

Le Prix Jean Trémolières 2002, décerné par l'APRID (Association des Praticiens pour l'Information en Nutrition et Diététique) a été attribué à :

Madame Faustine REGNIER

Institut d'Etudes Politiques de Paris

Cycle supérieur de Sociologie - Observatoire Sociologique du Changement

Pour sa thèse de Doctorat de Sociologie intitulée :

**Les constructions sociales de l'exotisme
Comparaison France / Allemagne**

LIVRES

Les personnes handicapées âgées, où en est-on ?

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

Les personnes handicapées vieillissantes, gravement démunies, méritent un effort tout particulier afin que leur soit offerte la possibilité d'une vie décente dans le respect de leur dignité. Il convient de définir leurs besoins, les mesures à prendre, les moyens à mettre en œuvre pour pallier les carences actuelles, notamment en matière de structures d'accueil, d'accompagnement et de soutien. Il s'agit d'une question d'actualité, mais restée en retrait des préoccupations de ces 25 à 30 dernières années. Cela peut paraître étonnant aux plus jeunes, mais la loi d'orientation du 30 Juin 1975 a ignoré les personnes handicapées vieillissantes. Il y a 25 ans, tout restait à faire et les priorités étaient autres. Il s'agissait alors de se préoccuper de l'éducation des enfants et des adolescents, de l'emploi en milieu ordinaire ou dans le secteur du travail protégé et de l'accueil des adultes et des personnes les plus gravement handicapées.

Certaines personnes, du fait de leur handicap, ont été accueillies toute leur vie en structures adaptées : établissements d'éducation spécialisée au stade de l'enfance et de l'adolescence, établissements de travail protégé et foyers d'hébergement au stade adulte. D'autres personnes, qui ont pu vivre hors du secteur adapté, constatent une aggravation de leur handicap avec l'âge.

Pour toutes ces personnes, il convient de prévoir les soutiens et les accompagnements, les services et les équipements leur permettant un vrai « choix de vie » : soit être assistées à domicile, soit intégrer une institution. Ce livre aborde la prévention de l'aggravation du handicap et de la dépendance, la possibilité d'un « choix de vie » préservant une « qualité de vie », le secteur d'activités professionnelles nouveau entraînant la création d'emplois ou l'évolution de postes professionnels existants.

Former les équipes éducatives

Jean-Christophe Panas
Dunod

L'organisation du traitement social des personnes en difficulté semble aller de soi, rendant implicites les conduites des équipes éducatives chargées de leur prise en charge. Ce livre reprend la structure du métier de l'éducateur pour en dégager la finalité. Il détaille six grands axes de la fonction éducative : le quotidien, la prise en charge, la référence, le rôle de l'éducateur, l'évaluation, la communication.

Chacun de ces axes fait l'objet d'une problématisation, complétée par le compte rendu de scènes éducatives. Un tableau synthétique et une bibliographie thématique complètent cet ensemble.

Les deux premiers chapitres posent le cadre où se joue la scène éducative. Les deux chapitres suivants montrent comment la violence, réelle et symbolique, parasite ces relations éducatives et impose une conceptualisation de la personne par les équipes. Enfin, les deux derniers chapitres exposent le cadre de l'instant éducatif et son besoin de déontologie, encadré par la permanence des autres partenaires, chargés d'instruire l'éthique de cette fonction éducative, à savoir la protection du libre arbitre de la personne prise en charge.

La maladie de Parkinson aujourd'hui*

La maladie de Parkinson touche entre 80 000 et 120 000 personnes en France. Si on considère l'entourage des malades, il s'agit donc d'environ 500.000 personnes qui ont à faire face à la maladie. Celle-ci débute, généralement, au cours de la cinquième décennie, mais 5 à 10% des patients sont atteints à des âges plus précoces (30 à 50 ans). De plus, le nombre de personnes atteintes augmente avec l'âge pour atteindre 1,5%, au-delà de 65 ans. En raison de l'augmentation de l'espérance de vie et grâce aux progrès de la médecine et des systèmes de soins dans les pays industrialisés, le nombre de personnes atteintes devrait augmenter. Ceci représente donc un phénomène préoccupant en terme d'économie de la santé, et le développement de traitements curatifs de la maladie est donc nécessaire rapidement.

Quelle est la cause de la maladie de Parkinson ?

Elle est mal connue. Des études épidémiologiques ont rapporté une augmentation de la prévalence de la maladie dans des zones rurales, laissant suspecter un rôle des pesticides.

L'hypothèse que des substances toxiques pourraient contribuer au développement de la maladie a été renforcée après qu'un toxicomane de 23 ans ait rapidement développé un syndrome parkinsonien en 1977. Ce syndrome parkinsonien était dû à l'auto administration, par injection intraveineuse, d'une substance toxique, appelée le MPTP. D'autres cas ont été rapportés par la suite et l'administration de cette substance chez l'animal a permis de reproduire les signes cliniques de la maladie et la mort des neurones dopaminergiques. Ces données indiquent donc que des composés chimiques de synthèse pourraient être à l'origine de certaines formes de maladie de Parkinson et qu'un facteur environnemental lié à l'industrialisation ou à des pesticides pourrait contribuer à son développement.

D'autres hypothèses étiologiques ont été envisagées et des facteurs génétiques sont très certainement à l'origine de certaines formes. Toutefois, les formes familiales qui ne représentent que 5 à 15% de l'ensemble des cas se divisent en deux grandes catégories : les formes dominantes, où seuls un des deux allèles des gènes est muté et les formes récessives où les deux allèles du gène sont mutés. Pour le moment, quatre gènes ont été identifiés dans les formes familiales de maladie de Parkinson.

1) Le premier gène identifié a été mis en évidence dans une famille italo-américaine et il code pour une protéine appelée α -synucléine. Il s'agit d'une forme génétique excessivement rare puisqu'elle n'a été observée que dans cette famille et une autre famille allemande. Toutefois, l'identification de la mutation de l' α -synucléine a révolutionné la recherche.

L'accumulation de cette protéine a été observée dans les cas sporadiques de la maladie, dans les neurones en voie de dégénérescence.

2) La deuxième forme familiale de maladie de Parkinson identifiée concerne un autre gène impliqué dans les phénomènes de dégradation protéique. Toutefois, des études complémentaires sont nécessaires pour confirmer son implication. Il s'agit d'un gène qui code pour une protéine appelée UCHL1.

3) La troisième mutation décrite concerne une forme récessive de la maladie pour laquelle le gène muté code pour une protéine qui était inconnue avant son implication dans la maladie de Parkinson et qui a été appelée la parkine. Il s'agit d'une forme particulière de maladie de Parkinson puisque l'âge de début est précoce. Il s'agit d'une forme familiale impliquant la parkine dont la fonction a été identifiée et il a été montré que celle-ci est impliquée dans la dégradation des protéines via le système ubiquitine protéasome. Ainsi, un défaut d'élimination des protéines dans les neurones dopaminergiques

pourrait conduire à l'accumulation de protéines normales ou anormales, ce qui provoquerait la dégénérescence cellulaire.

4) Enfin, très récemment, un quatrième gène a été identifié dans une forme récessive. Il s'agit d'un gène codant pour une protéine de fonction inconnue qui serait impliquée dans les phénomènes de stress oxydatif.

Au total, dans la majorité des cas, l'étiologie de la maladie de Parkinson n'est pas connue. Les hypothèses actuelles suggèrent, cependant, qu'une interaction entre des gènes de susceptibilité et des facteurs de l'environnement pourrait expliquer l'étiologie de la maladie.

Quel est le mécanisme de la mort neuronale dans la maladie de Parkinson ?

Devant l'absence de certitude concernant l'étiologie de la maladie, de nombreuses études s'attachent à comprendre la cascade des événements moléculaires et cellulaires conduisant à la mort neuronale. Ces études suggèrent un rôle du stress oxydatif (excès de production de substances toxiques, appelées radicaux libres), une anomalie du fonctionnement de la mitochondrie (centrale énergétique de la cellule), une altération de processus de détoxification de substances normales, un dysfonctionnement de l'élimination des protéines (mis en évidence par les études génétiques), des processus inflammatoires et l'activation d'un programme de suicide cellulaire, appelé apoptose. L'ensemble de ces événements joue, probablement, un rôle dans la cascade des modifications moléculaires qui conduisent à la mort neuronale. Dans de nombreux modèles expérimentaux de la maladie, l'action pharmacologique ou génétique sur ces cibles prouve leur implication dans la mort neuronale.

Le challenge actuel consiste à développer des médicaments permettant de contrecarrer ces altérations, tout en évitant les effets secondaires.

Le traitement dopaminergique, une opothérapie non dénuée de complications

Le principe du traitement est, a priori, extrêmement simple : rapporter de la dopamine ou son équivalent pour corriger la symptomatologie qui est pour l'essentiel consécutive au déficit en ce neurotransmetteur. Ce principe est appliqué avec l'utilisation de la L-DOPA, précurseur immédiat de la dopamine et qui, contrairement à cette dernière, traverse la barrière hémato-encéphalique, et des agonistes dopaminergiques. Cette véritable opothérapie se révèle très efficace, au moins en début de maladie : c'est la période dite de la « lune de miel » où, sous l'effet du traitement, le patient ne ressent presque plus aucun symptôme. Deux ordres de complications vont cependant perturber l'évolution chez la plupart des patients : des complications liées au traitement et des complications qui en sont indépendantes.

Parmi les complications liées au traitement, les complications motrices sont les plus fréquentes. Elles sont vraisemblablement le fait de la correction insuffisamment physiologique de la transmission dopaminergique par le traitement médicamenteux.

1) La première de ces complications consiste en des fluctuations d'efficacité de la correction dopaminergique, c'est-à-dire la réapparition de la symptomatologie parkinsonienne en cours de journée chez un patient traité. Initialement, la symptomatologie réapparaît à distance des prises médicamenteuses, reflétant en partie la perte progressive du cerveau du patient à stocker la dopamine néo-synthétisée à partir de la L-DOPA dont la demi-vie plasmatique est brève (la physiopathologie de ce type de complication est plus complexe car elle existe aussi avec les agonistes dopaminergiques qui ne sont pas stockés au niveau cérébral). Puis ces fluctuations deviennent plus anarchiques, c'est l'état qualifié de « on-off » avec de brutaux et imprévisibles passages d'un état où la symptomatologie parkinsonienne est corrigée (« on ») à un état parkinsonien (« off »).

2) Le deuxième type de complications motrices sont les dyskinésies. Il s'agit de mouvements anormaux involontaires qui parasitent la motricité volontaire du patient. Certains accompagnent les phases d'efficacité maximale du traitement dopaminergique, d'autres les phases de transition entre l'état corrigé et non corrigé du syndrome parkinsonien. La physiopathologie des dyskinésies est encore mystérieuse. Tout se passe comme si avec la progression de la maladie le patient devenait hypersensible au traitement dopaminergique (l'état dyskinétique pouvant être considéré comme un état en miroir de l'état parkinsonien). Après quelques années d'évolution, en particulier dans les formes à début précoce de maladie, fluctuations d'efficacité et dyskinésies coïncident, le quotidien du patient oscillant entre des états parkinsoniens sévères et des phases de bénéfice-risque. Des critères d'indication relativement stricts sont actuellement retenus : sujets relativement jeunes (indications exceptionnelles au-delà de 65-70 ans), handicap lourd malgré un traitement bien adapté (ce qui correspond généralement à une dizaine d'années d'évolution), persistance d'une parfaite réponse à la symptomatologie parkinsonienne au traitement dopaminergique (même si cela s'accompagne de dyskinésies sévères).

Les stratégies thérapeutiques sont, à présent, bien codifiées en début de maladie de Parkinson. Elles permettent d'assurer un contrôle de qualité de la symptomatologie pendant plusieurs années chez la plupart des patients. La prise en charge devient, néanmoins, souvent difficile avec l'évolution. Dans les formes de maladie qui restent

l'expression de la seule dénervation dopaminergique, la neurostimulation subthalamique est une solution d'efficacité remarquable. Le problème évolutif est néanmoins celui de la survenue de symptômes conséquents au développement de lésions non dopaminergiques, car ils restent pour l'essentiel inaccessibles aux traitements actuels. Trouver des traitements actifs sur ces symptômes est un des principaux objectifs pour les années à venir. L'autre enjeu important est le développement de traitements susceptibles de freiner le processus dégénératif, l'ensemble des traitements disponibles en 2003 étant symptomatique. La meilleure compréhension des mécanismes de la mort des neurones dopaminergiques sera certainement le préalable à la découverte de tels traitements.

L'association France Parkinson

L'Association France Parkinson a essentiellement trois missions principales : l'aide aux malades, l'information et la formation en direction des paramédicaux et l'appui à la recherche. Il s'agit d'une association loi 1901 qui a le droit d'accepter des legs et des successions et peut concourir au financement de la recherche. Elle est dotée d'un comité scientifique composé d'une douzaine de neurologues et de chercheurs (présidé par le Pr. Alain Destée du CHR de Lille) qui est chargé de choisir les programmes de recherche médicale à soutenir. Chaque année, elle attribue des bourses à de jeunes neurologues ou chercheurs, leur permettant de poursuivre leur formation à la recherche et subventionne de nombreux projets de recherche dans de nombreux laboratoires français. Au cours des cinq dernières années, elle a, en particulier, participé au développement de deux actions d'envergure, permettant la création d'un réseau national d'étude des formes familiales de maladie de Parkinson qui a permis de faire un bond en avant dans le domaine de la génétique.

Plus récemment, elle a permis de mettre en place un réseau de don du cerveau pour la recherche. De nombreuses avancées ont été rendues possibles, en particulier, par l'étude de prélèvements post-mortem de tissus cérébraux, aussi bien de personnes atteintes de maladie de Parkinson que de personnes non atteintes à des fins comparatives. La promulgation, en 1994, de nouvelles lois sur la bioéthique a imposé des contraintes aux prélèvements post-mortem de tissus à des fins de recherche scientifiques. Conjugée à cette évolution des sensibilités face à la mort, elle a considérablement réduit le nombre de prélèvements permettant aux neurologues et aux chercheurs de poursuivre leurs recherches. C'est dans cet esprit que des personnes atteintes de la maladie de Parkinson proposent, de

Prince des Berlingots

François Nourrissier
Gallimard

François Nourrissier vit avec la maladie de Parkinson qu'il appelle « Miss P » depuis 1995. Il décrit sans concession, au quotidien et sur la durée, ce qu'il assume, ce qu'il est bien obligé d'accepter, ce contre quoi il se rebelle et qui lui fait dire : « je suis un maigre lourd ». Il ne cache rien ou si peu. On ne trouve pas chez lui de déni, de banalisation. Ce qu'il aménage, l'est au prix d'une humiliation, mot souvent répété, mais aussi du courage, car c'est bien de cela qu'il s'agit. La maladie gagne peu à peu « la pesanteur qui d'année en année m'a davantage ralenti, engourdi », à commencer par l'écriture : style ciselé, haché, axé sur l'essentiel, phrases parfois courtes et parfaitement maîtrisées. Le récit n'apparaît pas linéaire mais constitué de vignettes, de moments d'angoisse comme de maîtrise, sans concession aucune, sans être dupe ou le moins possible. L'entreprise a une issue : « discréditer la maladie, la déshonorer, lui arracher le masque horrifique, c'est-à-dire ridicule, dont l'affuble notre peur ». Comment continuer à vivre ? « La dérision seule, avec ses colliers de calembours et de ricanements, lui fait un accompagnement convenable ». Pour cela « la Parkinson », il faut la jouer « à la parlante », même et surtout si les pieds se soudent au sol.

La maladie exacerbe la sensibilité aux efforts de changement, pousse vers une plus grande liberté de pensée, elle rend « à la fois indulgent et sensible ». Elle obsède et impose des comportements continuellement à adapter pour celui qui ne peut « ni se pencher ni ouvrir la bouche sans déborder » mais dont la créativité demeure entière.

G. Massé

façon spontanée, de faire le don de leur cerveau afin de permettre à la recherche de poursuivre sa progression. Mais ces dons restent inférieurs aux besoins : certaines recherches peuvent nécessiter jusqu'à une vingtaine de tissus de donneurs différents pour constituer un échantillon significatif. Pour répondre à cette question, un réseau de neurologues, de neuropathologistes et de chercheurs se consacrant à la maladie de Parkinson a entrepris, avec le concours logistique et financier de l'Association France Parkinson, de mettre en place une cérébrothèque afin de collecter des prélèvements cérébraux et d'autres tissus pouvant être affectés par la maladie, de les gérer, en d'en assurer la répartition selon des procédures strictement définies. Ce réseau reproduit dans ses grandes lignes celui qui avait été constitué il y a 3 ans pour un projet de recherche génétique, financé en partie par France Parkinson. Il est aujourd'hui constitué de 14 centres régionaux, assurant une couverture sensiblement équilibrée de l'ensemble du territoire métropolitain. Un numéro vert (0 800 531 523) est à la disposition du public pour tout renseignement. Ainsi, la collaboration entre les familles de malades, les neurologues et les chercheurs permet de structurer la recherche française concernant la maladie de Parkinson.

L'industrie pharmaceutique et les sociétés de biotechnologies

En parallèle, le partenariat entre la recherche publique et la recherche privée permet de mieux appréhender cette maladie.

Afin d'illustrer cette démarche, une collaboration entre le laboratoire de Neurologie et Thérapeutique Expérimentale (unité de recherche mixte de l'INSERM et de l'Université Paris VI) et les laboratoires GlaxoSmithKline ont permis de formuler des hypothèses concernant le fonctionnement de certains médicaments dans la maladie de Parkinson.

Les traitements les plus utilisés sont symptomatiques. Il s'agit principalement d'agir sur les récepteurs à la dopamine qui fait défaut dans le cerveau des malades. L'étude réalisée montre que ces récepteurs, qui sont normale-

ment présents à l'extérieur de la cellule sont internalisés dans la cellule après stimulation et ne sont donc plus accessibles aux médicaments. L'absence du récepteur à la surface de la cellule explique l'absence de réactivité au traitement ou des effets secondaires de la maladie. L'existence de sous types de récepteurs, qui pourraient présenter des degrés d'internalisation variables permet d'espérer des molécules agissant sur tels ou tels sous types.

Perspectives dans le domaine de la recherche

Les avancées concernent, tout d'abord, les traitements symptomatiques. Il s'agit de développer de nouveaux médicaments présentant moins d'effets secondaires avec une absence de fluctuations d'effet au cours de la journée. En parallèle, l'amélioration des techniques neurochirurgicales de stimulation cérébrale profonde et leur extension à de nouveaux symptômes ou de nouvelles pathologies, constitue un autre axe de recherche. En terme de traitement neuroprotecteur ou correcteur, il s'agira, essentiellement, de développer des médicaments permettant de ralentir l'évolution de la maladie, voire de la stopper. Plusieurs hypothèses sont, actuellement, à l'étude et impliquent des anti-oxydants, des anti-inflammatoires, des facteurs neurotrophiques qui stimulent la repousse neuronale et même des agonistes dopaminergiques. Ces stratégies devront impérativement s'accompagner de progrès dans le diagnostic précoce, qui demeure délicat.

A plus long terme, l'utilisation de cellules souches laisse entrevoir un espoir pour les thérapies cellulaires. L'idée est d'utiliser des cellules qui auront la capacité de se différencier en neurones dopaminergiques pour « réparer » la substance noire détruite dans la maladie de Parkinson. Toutefois, cette approche n'est actuellement qu'au stade de la recherche fondamentale et il est actuellement trop tôt pour savoir si celle-ci sera applicable en clinique. ■

P. C.

*Conférence de presse organisée le 26 mars 2003 par les laboratoires GlaxoSmithKline avec la participation du Dr Etienne Hirsch et du Pr Philippe Damier.

Sclérose latérale amyotrophique

Un dossier de suivi pour les patients atteints de sclérose latérale amyotrophique sera mis en place afin d'assurer le relais des informations entre le centre de référence pour la prise en charge et les soignants extérieurs (Pr Vincent Meininger, Pitié-Salpêtrière). Ce dossier appartiendra au patient et, si ce dernier accepte, résumera les informations nécessaires, a expliqué le responsable de la coordination des 10 centres de référence de la SLA (9 régionaux et un national), lors de leur première rencontre nationale. Il contiendra des bilans clinique, fonctionnel, psychologique, nutritionnel, ainsi que les discussions avec l'équipe soignante autour, par exemple, de la décision d'un patient de subir une gastrostomie. Conservé au centre de référence et complété au fur et à mesure des consultations, il s'adresse d'abord aux soignants qui suivent le patient en dehors du centre, notamment le médecin généraliste. Ce dossier est « immédiatement utilisable » et évite « une rupture des informations et le non-dit, générateurs d'angoisse pour le patient ». Il est en cours d'élaboration avec une première version papier pour tester le système, un passage à l'informatique pourra être envisagé.

Une standardisation des procédures

Le dossier de suivi s'inscrit dans la standardisation des procédures pour homogénéiser la prise en charge dans l'en-

semble des centres de référence actuels et à venir.

Tous les intervenants - médecins, infirmières, kinésithérapeute, diététicien, orthophoniste, ergothérapeute, assistante sociale -, à l'intérieur et à l'extérieur des centres lorsque les patients rentrent chez eux, est concerné pour harmoniser les soins, renforcer la formation et organiser la recherche.

Une campagne d'information nationale et des actions de formation en direction principalement des médecins généralistes sont envisagées pour faire connaître les symptômes de la SLA afin d'en améliorer le diagnostic précoce et l'accès au traitement. La standardisation des procédures concerne également l'équipe des centres.

Si le patient accepte sa présence, un bénévole de l'ARS (Association pour la recherche sur la SLA) participera aux consultations multidisciplinaires pour anticiper ses besoins matériels, administratifs et de soutien moral. Au moins un bénévole sera présent par centre et répercutera les besoins des patients de retour au domicile aux autres membres de l'ARS. Dans le cadre de la coordination des centres, l'ARS aura la charge de cerner la file active de chaque centre, de vérifier l'utilisation des crédits alloués et d'évaluer la qualité de l'organisation des centres, de leur prise en charge médicale et humaine. ■

B. L.

LES REVUES

Approche groupale de la formation

*Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe**, février 2002, n°39

Erès

Ce numéro montre que la situation de groupe, quelle que soit la visée qui est attribuée au travail dont elle est l'un des éléments cadre, quels que soient sa durée et le caractère éphémère de son existence, confronte chacun à sa capacité actuelle de penser. Penser devient une urgence lorsque l'autre, les autres communiquent leur propre expérience, qu'il s'agisse d'expérience personnelle comme dans les groupes dits « d'évolution personnelle » ou d'expérience de praticien comme dans les groupes de « supervision ». Ce sont des moments de confrontations qui entraînent, dans leur sillage, toute une suite d'opérations psychiques allant de l'identification à la négation, soulevant les rideaux de l'oubli, ouvrant les portes du refoulement, laissant s'échapper des nuées de fantasmes, avec au-delà de ces formations primaires, le recours à toute l'armature défensive de la secondarisation dite « théorisation ». La pluralité des fonctionnements psychiques ouvre un champ d'investigation permettant de se saisir des différents aspects d'une même problématique, et ainsi, dans le cours des croisements et des réseaux entremêlés d'associations, de voir surgir l'inattendu, l'étrange et surprenant liaison. C'est ainsi qu'avec la situation de groupe, on peut parler de formation dans le sens d'opérations de transformation. Dans le groupe, aucun n'est là pour énoncer une vérité qui serait celle de tous, mais tous sont là pour risquer l'expérience d'une autre vérité, d'une autre compréhension, et de ce fait d'une modification de ses représentations. Le changement de fonctionnement passant par des réaménagements, des pertes et des expériences de « lâcher prise », peut être soutenu par la situation de groupe et le partage des doutes et des interrogations. Cela nécessite que le « groupe de travail », au sens de Bion, puisse être régulièrement restauré dans sa fonction d'étayage de l'action de formation.

* Revue publiée sous l'égide de la Société Française de psychothérapie psychanalytique de groupe et de la Fédération des associations de psychothérapie analytique de groupe.

Avec la participation de Jacqueline Falguière, Jean-Pierre Vidal, Simone Urwand, Georges Roquefort, Denis Mellier, Edith Lecourt, Jacques Lévine, Agnès Wilhelm, Rosa Jaitin, Pascal Roman et Anne Roche-Parent.

La variété des développements

Numéro thématique coordonné

par Daniel Mellier et Roger Lécuyer

Enfance, Janvier-mars 1/2003

PUF

Ce numéro a l'intérêt d'examiner le développement à l'aune des évolutions de la pathologie. Ces évolutions concernent aussi bien les connaissances que la conception même de la pathologie de l'enfant : quels que soient ses handicaps, l'enfant se développe, réagit au monde environnant et agit aussi sur lui. La définition du bébé normal qui prévaut actuellement, est celle d'un petit vivant non seulement doué de capacités de réponses mais aussi de capacités d'initiatives, recherchant et sélectionnant ses expériences, et influençant le monde dans lequel il vit. Cette définition s'étend aujourd'hui au bébé atteint d'une pathologie ou d'un handicap, ce qui secoue les descriptions figées des pathologies et révolutionne, en retour, la compréhension même de ce que l'on appelle développement.

Les auteurs qui contribuent à ce numéro abordent le problème des développements multiples sous des angles variés : motricité, émotion, cognition, conscience de soi, relations sociales, acquisition de l'écriture et perception du nombre, attachement, langage, développement perceptivo-moteur, en se référant à des psychopathologies comme l'autisme ou le syndrome de Williams, ou à des handicaps sensoriels comme la surdité ou la cécité.

Premières amours

Savoir et clinique

Revue de psychanalyse n°2

Erès

Le dossier qui ouvre ce numéro doit une part de son contenu aux communications prononcées en mars 2001 lors du deuxième colloque de l'ALEPH (Association lilloise pour l'étude de la psychanalyse et de son histoire). Il offre de nouvelles perspectives sur la relation mère-enfant, avec des textes qui prennent des objets d'étude aussi variés que l'autisme ou l'infanticide. L'orientation du désir du sujet en fonction des différentes places occupées par sa mère, son désir et sa jouissance y sont illustrés par des récits de cures. Jean Bollack a, récemment, publié son déchiffrement d'une grande partie de l'œuvre de Paul Celan. Un espace privilégié est donné à cet événement en invitant ce philologue à parler de son travail et de son amitié qui le liait à l'auteur de *La rose de personne*. Franz Kaltenbeck propose une introduction à la lecture herméneutique du poète effectuée par Jean Bollack.

S'il est contestable de vouloir « analyser » l'art, il n'en suscite pas moins un intérêt persistant chez les psychanalystes. La déconstruction du « genre » par des performances mettant en jeu leur corps, parfois d'une façon extrême, à laquelle procèdent nombre d'artistes contemporains, fait l'objet d'une analyse de Diane Watteau, tandis que Geneviève Morel s'est efforcée de scruter en détail l'énigmatique *Mulholland Drive* du cinéaste David Lynch.

Dans sa contribution à l'étude du transsexualisme, Pierre-Henri Castel lit l'autobiographie où l'économiste américain Donald McCloskey décrit la métamorphose sexuelle qui l'a conduit à devenir Deirdre McCloskey. L'un des intérêts de sa recherche est de montrer en quoi certains thèmes de l'œuvre théorique de l'auteur entrent en consonance avec son témoignage et l'éclairent.

Un commentaire des passages du Séminaire de Michel Foucault consacré aux *Anormaux* s'efforce de resituer l'évolution du regard que la société porte sur les agressions sexuelles. Le peu de place laissé aux exclus de la société de consommation est soulevé par la présentation de l'ouvrage de Patrick Declerck, sociologue et psychanalyste, sur *Les dochards de Paris*. Une analyse du chapitre dévolu par Darian Leader à *La question du genre*, dans son livre paru d'abord en anglais sous le titre *Freud's footnotes*, montre l'intérêt historique de sa lecture de Freud.

Sublimier

1. La pulsion et l'acte

Che vuoi ? n°18

La sublimation, concept majeur de la psychanalyse, reste énigmatique. La théorie de la sublimation est restée inachevée, de l'aveu même de Freud. Entre la sublimation socialement valorisée, au point d'être parfois assignée comme but à la psychanalyse, et sa description métapsychologique comme une des destinées possibles de la pulsion, le chemin peut être scabreux. La thèse freudienne d'une transformation de l'activité sexuelle en activité sublimée, qui retient essentiellement la déssexualisation du but et la valorisation sociale de l'objet, devient davantage compréhensible avec l'introduction de la notion de narcissisme. La déssexualisation n'est pas l'œuvre du refoulement, qui donne un destin autre à la pulsion. Comment expliquer ce postulat paradoxal ? La libido se détourne de la recherche objectale et investit la forme du corps, le moi. La pulsion conserve son caractère de poussée impérieuse, mais l'usage de cette force se tourne vers des buts dont les modèles restent, chez Freud, l'activité artistique et la réflexion intellectuelle. Il y a production d'un objet qui échappe à la jouissance sexuelle. Le but et l'objet sont seuls modifiés.

La notion de sublimation permet à Freud d'expliquer comment les forces inconscientes peuvent se mettre au service de la civilisation. Ce qui relie directement la pulsion à la valeur sociale est un travail, le « travail de la culture ». Cependant, précise-t-il, la capacité de sublimation a des limites, il y a toujours un reste. Quel est ce reste insublimable ? Dans quelles conditions la sublimation se produit-elle ? Qu'est-ce qui s'y oppose ? Des éléments de réponse sont donnés dans les textes suivants : *Le sublimable et l'insublimable*, P. Quignard, J.-J. Blévis, F. Delbary, M. Constantopoulos ; *La sublimante*, M. Gauthier, G. Lévy, Cl. Maillard, C. Casadamont ; *L'acte et le réel*, J.-P. Lehmann, D. Arnoux, A. Deniau, M.L. Lévy, D. Weiss, Ph. Beucké.

Les Conférences de Lamoignon

Le Langage - 1

Psychiatrie Française, 3 - 4/02

Mars 2003

Le Comité de rédaction de *Psychiatrie Française* a constaté que nous argumentions beaucoup sur nos formulations et sur celles de nos collègues, sur le langage utilisé par nos patients et sur nos modalités d'écoute mais que, malgré notre souhait récurrent de réfléchir sur ce sujet, nous ne nous en donnions pas véritablement les moyens. Si nous savons bien que le langage est au cœur de toute entreprise thérapeutique, curieusement nous restons paralysés, peut-être par l'immensité du sujet ou bien par les querelles de nos pères autour de la pensée de Lacan et par les débats avec les linguistes et les structuralistes qui ont tant secoué les écoles de psychanalyse. Quarante ans après, cette forme de sectarisme a semblé suffisamment dépassée pour permettre de penser à nouveau entre psychiatres mais aussi avec des linguistes et des philosophes.

Se sont ainsi succédés : Frédéric François, André Green, Paolo Fabbri, Paul Denis, Jean Gillibert en 2000-2001 ; Henri Meschonnic, Jackie Pigeaud, Jean Laplanche, Christian Cuxac, en 2001-2002 ; Laurent Danon-Boileau, Jacques Bouveresse, Charles Malamoud, Jean-Claude Rolland, Daniel Rosé, en 2002-2003. Les textes publiés sont ceux des conférences, accompagnés des débats qui les ont suivies. Leur importance de volume a amené à proposer plusieurs numéros successifs, au rythme d'un par an, dont voici le premier, en numéro double. Le dernier reprend les conférences et textes de psychanalystes, linguistes, traducteurs... : Paul Denis, Frédéric François, Jean Gillibert, André Green, Jean Laplanche, Henri Meschonnic, Claude Nachin.

LIVRES

Les dysphasies

Sous la direction de C.L. Gérard et V. Brun*

Collection *Rencontres en Rééducation*, Masson

Le terme « dysphasie » a connu en France un succès tardif mais comparable à celui de « dyslexie ». D'ailleurs, ensemble, ces deux termes apparaissent comme le prétexte d'une réforme institutionnelle de la prise en charge des cas « syndromiques » de difficultés scolaires, avec, notamment, le plan interministériel récent faisant suite au rapport de la Commission Ringard. Mais, ensemble, ils posent un problème de définition de limites nosographiques, limites qui devraient trouver une cohérence dans l'affirmation d'une nouvelle discipline, la neuropsychologie clinique du développement, mais qui devraient être aussi opérationnalisées pour éviter la confusion diagnostique observée actuellement. « Les dysphasies » a été l'un des thèmes discutés lors des XXXI^e Entretiens de Médecine Physique et de Réadaptation, à Montpellier le 7 mars 2003. Il faut bien convenir du fait que le mouvement initié avec le plan gouvernemental de 2001 rapporté dans le précédent ouvrage de la même collection sur les dyslexies) est actuellement enrayé par le flou des concepts, la dispersion conséquente des explications, la difficulté à décrire et valider les processus éducatifs. Ont été sollicités quelques équipes cliniques qui faisaient déjà référence à l'époque « préRingard » et qui ont respectivement pour base Montpellier, Garches et Paris (pour Robert-Debré) pour mettre en commun et décrire près de vingt ans d'expérience. Ce livre fait la synthèse des connaissances sur le sujet. Il est la traduction de la rencontre des différents acteurs qui assurent la prise en charge des enfants atteints de ce trouble. Bien entendu, la clinique doit être ouverte sur les apports de la recherche (ici génétique et linguistique) et aux nouvelles techniques d'évaluation (représentées ici par l'imagerie cérébrale). Une réflexion sur l'évaluation est ensuite proposée. La prise en charge rééducative est plus loin développée. Enfin, la question essentielle du devenir scolaire de ces enfants est abordée au travers de l'expérience des équipes de suivi, mais en y associant la réflexion des associations.

*avec la collaboration de C. Auché-Le-Magny, C. Boutard, V. Camos, R. Cheminal, C. Chiron, G. Dehaene-Lambert, A. Drapeau, S. Echenne, E. Excoffier, S. Franc, L. Hertz-Pannier, C. Jakubowicz, Ph. Lacert, I. Mauduyt, D. Potier F Rivier A. Roubertie, A. Verloes.

Oncle Tungstène

Oliver Sacks

Seuil

Oliver Sacks, neurologue anglais travaillant aux Etats-Unis, est connu en France pour des livres qui ont touché le grand public, tous publiés au Seuil : *Migraine* (1986), *L'éveil (Cinquante ans de sommeil)* (1987), *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau et autres récits cliniques* (1990), *Des yeux pour entendre, Voyage au pays des sourds* (1990). Dans ce livre, il ne précise pas sa réflexion quant à des récits de cas mais se penche sur l'enfant qu'il a été, et la passion qu'il a éprouvée pour la chimie. Il évoque son enfance dans l'Angleterre de la guerre, au sein d'une famille de scientifiques, et sa fascination pour les métaux. Puis ce sont les années de pensionnat, sans bonheur, mais où se développe le goût de l'exploration intellectuelle. Enfin, le retour à Londres, où l'enfant, privé d'affection, trouvera un réconfort dans le jardin secret de la chimie, qui lui parle de métaux, des gaz, des éléments, de la matière et de l'ordre caché des choses.

Le ministre de la Santé a sollicité début février la commission consultative des traitements de substitution pour étudier les moyens de « renforcer le contrôle de la prescription et de la dispensation de Subutex® ».

Actuellement, le médicament est prescrit pour une période maximum de 28 jours et délivré pour 7 jours par le pharmacien, sauf mention expresse par le médecin, avec une recommandation de délivrance quotidienne pour le démarrage du traitement.

Quant à une éventuelle restriction du cadre de prescription de Subutex®, les responsables du laboratoire font valoir qu'elle pénaliserait une majorité de patients sous Subutex® pour lesquels le traitement est prescrit et pris dans de bonnes conditions, en enlevant la souplesse de fonctionnement qui contribue à une insertion sociale et professionnelle. Face à ces critiques, les responsables de Schering-Plough ont souligné, en s'appuyant sur diverses enquêtes, que la réussite du traitement, considérée sous l'angle de la bonne observance, tient à une collaboration entre le médecin prescripteur et le pharmacien qui délivre le produit et à l'inscription dans un réseau de prise en charge médico-psycho-sociale. Parmi les points à améliorer identifiés, figurent le respect de la prise unique quotidienne ainsi que le repérage et le traitement des épisodes dépressifs.

Environ 20% des médecins généralistes en France prescrivent Subutex® et 70% des pharmacies le délivrent. Mais les pratiques demeurent très variables d'une région à l'autre, notamment en raison de la structuration des réseaux de prise en charge des toxicomanes.

Schering-Plough a financé une enquête menée fin 2001 début 2002 auprès de 460 médecins prescripteurs et 1.291 patients par Harris Médical sous la supervision scientifique du psychiatre Jean-Pierre Daulouède (Centre hospitalier de la côte basque, Bayonne) et du généraliste Laurent Cattan (Noisy-le-Sec, Seine-Saint-Denis). L'injection de comprimés dilués de Subutex®, souvent

Un bilan de l'expérience française de Subutex®

Schering-Plough a présenté début avril à Biarritz, lors d'un voyage de presse, les résultats d'une enquête d'évaluation des pratiques et a dressé un bilan de l'expérience française de Subutex®, mis sur le marché en février 1996. Le traitement de substitution à la toxicomanie Subutex® (buprénorphine) est prescrit par près de 12.000 médecins généralistes à 83.000 patients. La France est le seul pays européen dans lequel Subutex® est prescrit par des généralistes de ville. Son fort développement, qui en a fait la 11^{ème} spécialité de ville la plus coûteuse en France en 2001, avec 108 millions d'euros présentés au remboursement, selon l'étude MEDICAM de l'assurance maladie, suscite de nombreuses critiques. Des médecins dénoncent l'injection par les toxicomanes, la revente des comprimés au marché noir ou, comme l'association Aides dans une enquête récente, l'insatisfaction de la moitié des consommateurs.

avancée comme le principal problème de « mésusage », concerne 17% des patients suivis par un médecin pour une substitution, selon ces données.

Olivier Mariotte, directeur des affaires économiques et des relations extérieures de Schering-Plough, a estimé que les chiffres de 20% à 30% d'injecteurs de Subutex®, communément cités, étaient exagérés puisqu'il faut distinguer la population des toxicomanes pris en charge par un médecin et ceux qui se procurent Subutex® auprès de médecins mais sans démarche de substitution ou sur le marché noir. Le mésusage de Subutex® recouvre différentes situations : la mauvaise prise du comprimé (qui doit fondre dans la bouche et ne pas être croqué ou avalé), le fractionnement des prises dans la journée, la prise concomitante de benzodiazépines, le nomadisme médical d'un patient et l'injection. Un relèvement de la dose ou une meilleure prise du médicament peut résoudre certaines difficultés. L'enquête montre que l'injection est une pratique plus forte en début de traitement qui diminue avec le temps, les patients, anciens injecteurs d'héroïne, ayant des difficultés à arrêter le geste. Elle indique que la prescription en multiprises (prise fractionnée au cours de la journée), pour 51% des patients, est plus

courante chez des personnes ayant des troubles anxieux avérés, chez lesquels le médecin prescrit des benzodiazépines, ayant un profil de polytoxicomanie plus prononcé, chez lesquels un fort soupçon d'injection ou de sniff existe et pour lesquels la délivrance quotidienne en pharmacie est moins importante. Les patients injectant le médicament sont en général d'anciens injecteurs d'héroïne, de cocaïne, ou de benzodiazépines. Ils se procurent aussi le médicament dans la rue (au cours du dernier mois), sont davantage en état dépressif et avaient davantage fractionné leur dernière prise.

Le lien entre le généraliste et le patient

L'enquête montre une fidélité des patients à leur médecin, puisque la durée moyenne de suivi des patients de l'étude est de trente-trois mois et que 66% des patients sont suivis par le même médecin depuis plus de deux ans. La posologie moyenne prescrite est de 7,8 mg/jour selon les questionnaires patients et 7,7 mg/jour selon les médecins, ce qui correspond à la posologie recommandée (8 à 16 mg).

« Le lien avec le médecin généraliste a été fondamentalement changé avec les traitements de substitution ». Le médecin

généraliste est le principal interlocuteur cité par les patients pour discuter de ses difficultés. En général, la substitution avec la buprénorphine dans un cadre médical vient après une connaissance du produit dans un autre cadre. Selon les déclarations des patients, 63% avaient pris Subutex® avant leur prise en charge actuelle, dont 25% exclusivement par prescription mais 14% par un autre prescripteur mais aussi sans ordonnance et 23% exclusivement sans ordonnance. La moitié des prescriptions (51%) sont en multiprises (plusieurs fois dans la journée), 17% des patients déclarent avoir injecté des comprimés au cours du dernier mois, 16% disent le sniffer, 15% disent avoir consommé des benzodiazépines à forte activité (Rohypno®, Tranxène® 50, Valium® 10), plus de 3 benzodiazépines) et 24% des benzodiazépines à moyenne ou faible activité. Les raisons invoquées par les ex-injecteurs pour arrêter (la décision de ne plus rien injecter en premier, la meilleure connaissance des risques de l'injection en second) plaident pour un meilleur dialogue entre le médecin et le patient.

La dépression sous-évaluée

La dépression semble sous-évaluée par les médecins. Ils considèrent que 40% des patients présentent des troubles dépressifs (19% avérés, 21 % probables), alors que l'évaluation par l'échelle MINI dépression montre que 48% peuvent être considérés comme ayant eu un épisode dépressif au cours du dernier mois. La différence de ressenti entre le médecin et le patient montre l'importance de l'accès à des psychothérapies et des liens entre généralistes et psychiatres alors que la détection des comorbidités psychiatriques en serait grandement améliorée.

Pour 21% des 2.547 patients suivis par les médecins, il y a eu des contacts entre le médecin et le pharmacien dans le dernier mois, plus fréquemment si le traitement est récent et si les deux professionnels travaillent en réseau ou collaborent ensemble. ■

Psychiatrie transculturelle au sein d'un secteur de santé mentale : pour quoi faire?

Si l'on considère que la psychiatrie comme toute autre spécialité médicale a pour mission et tâche principales d'établir un diagnostic, de proposer des traitements et de développer des stratégies de prévention des troubles, elle est plus que toute autre spécialité médicale influencée par les aspects culturels des patients dont elle a la charge tant au niveau diagnostique, du traitement que de la prévention. Cette prise en compte de la culture dans les soins psychiatriques prodigués aux patients non-francophones devient une donnée reconnue par une majorité des intervenants en santé mentale, donnée qui aujourd'hui est intégrée dans diverses enseignements et formations et ce, malgré l'apparition de polémiques récentes, ce qui ne peut que confirmer a posteriori l'intérêt porté à ce sujet. Cependant, le concept transculturel a été pendant longtemps réduit à un problème de définition nosographique dite universaliste : l'exemple le plus souvent donné est celui des patients d'origine maghrébine dont la symptomatologie est dominée par des plaintes somatiques. En utilisant le DSM IV, on rangerait l'ensemble de ces troubles sous la rubrique « troubles somatoformes », et risquerait de méconnaître la diversité des détresses psychiques que recouvre la répétition des symptômes. La question de la classification apparaît certes primordiale car elle réunit l'orientation diagnostique, thérapeutique et de pronostic, mais n'est-elle pas, elle-même, sujette à un biais majeur si on la réduisait à la seule barrière culturelle ?

L'abord culturel du patient-migrant ou réfugié se doit d'être au sens large et d'intégrer des dimensions multiples telles que familiales, professionnelles, la culture et les croyances d'origine, les conditions de transplantation, de vie en pays hôte et les éventuels traumatismes. Allant dans ce sens, les actuelles orientations en santé mentale insistent sur la nécessité de contextualiser les pratiques psychiatriques et incitent à prendre en compte ces facteurs afin d'adapter au mieux les réponses thérapeutiques aux usagers. Dans le système de soin actuel, la psychiatrie publique et privée dispose et propose un large panel de possibilités de prise en charge du patient-migrant ou réfugié. Les structures de soins apportent, le plus souvent, des réponses adaptées aux différentes situations tant sur le plan du diagnostic, de la thérapeutique que du social.

Cependant dans certains cas, la barrière linguistique représente un obstacle majeur à la mise en place d'un véritable cadre thérapeutique.

Cette barrière linguistique se décline selon de multiples aspects : la non maîtrise de la langue française qui se pose comme une impossibilité de mise en place d'un travail thérapeutique; la maîtrise de la langue française existe mais subsistent des difficultés de représentation d'ordre culturel dans l'abord des troubles présentés, du diagnostic ou des thérapeutiques qu'elles soient médicamenteuse, psychothérapique, systémique ou psychanalytique.

Est-il besoin de souligner que ces diffi-

cultés langagières peuvent intéresser le patient lui-même, mais aussi les membres de sa famille ? Au sein du département médico-psychologique du XIV^{ème} arrondissement de Paris, ayant en charge un secteur géographique qui a une population importante d'origine des pays arabes et, en particulier, des pays du Maghreb, il est apparu comme une nécessité de se doter d'une consultation transculturelle à support linguistique en kabyle et en arabe, afin de tenter de répondre aux particularités culturelles, sociales et historiques de cette communauté. La maîtrise de la langue par le thérapeute permettra de se focaliser sur la compréhension de la pathologie et d'engager un travail thérapeutique et autorisera le patient à s'affranchir du problème linguistique et, donc, à exposer ses difficultés d'une manière plus explicite, avec les nuances de sa langue maternelle, mais aussi accéder à des références culturelles ou des représentations psychiques qui seront comprises par le thérapeute. L'objectif de cette consultation est d'optimiser les possibilités d'accès aux soins et donc du centre médico-psychologique pour une frange de la population dont les défauts de maîtrise de la langue française pourraient les laisser sur « le pas de la porte sans oser la franchir », de favoriser une interface entre le secteur de santé mentale et la communauté arabophone et kabyle de l'arrondissement et de développer des stratégies de suivi et de prévention. Il apparaît, au demeurant, certain qu'une telle démarche peut rencontrer des écueils.

Le premier de ces risques serait la dénaturation pure et simple d'un dispositif de soins psychiatriques de santé publique, donc accessible et applicable à tous sans discrimination, mais où la singularité de l'individu à travers sa singularité clinique est toujours recherchée, à un système de soins où le sujet est abordé par le biais du groupe culturel auquel il appartient, ou une déclinaison selon le contexte socio-économique.

Par ailleurs, et dans le registre de la pratique psychiatrique, la menace viendrait d'une clinique qui privilégierait la dimension culturelle et groupale au détriment de la singularité clinique de la personne et risquerait de renforcer les stéréotypes culturelles comme déterminant unique de la pathologie mentale. ■

Smaïl Cheref*

*Praticien adjoint, Département médico-psychologique Dr F. Caroli, Centre Hospitalier Sainte Anne, Paris.

Bibliographie

BOUCEBCI M., *Psychiatrie, société et développement*, Sned, Alger 1977.

DOUVILLE O., *Notes sur quelques apports de l'anthropologie dans le champs clinique interculturel*, Evolution psychiatrique, 2000, 65, 4, 741.

DUJOL D., *Réflexions sur les problèmes qui se posent dans la pratique ethnopsychiatrique, les premiers contacts avec les patients*, Psychopathologie africaine, 1988-1989, 22, 1, 45-54

SCOTTO J.C., ANTONI M. et coll., *Santé mentale et migration : aspects actuels*, Information psychiatrique, 1990, 66, 10, 999-1006.

SCOTTO J.C., ANTONI M. et coll., *Migrants malades et interventions psychiatriques*, Revue prat psychopathologie, 1990, 1, 74-80.

D.I.U. Médecine et santé de l'adolescent

Le Diplôme Inter-Universitaire de Médecine et Santé de l'Adolescent organisé par les Facultés d'Angers, de Poitiers et Tours est destiné aux psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres, généralistes, médecins scolaires, autres spécialistes (option D.I.U. Médecine de l'Adolescent) et aux professionnels travaillant auprès d'adolescents (option D.I.U. Santé de l'Adolescent).

Cet enseignement vise à approfondir les connaissances sur l'adolescence dans ses aspects physiologiques, médicaux, psychologiques, psychiatriques, éducatifs et à étudier les interactions entre ces domaines.

Les participants pourront acquérir une capacité à travailler de façon complémentaire, coordonnée et cohérente entre les diverses professions dans une perspective de santé globale de l'adolescent. L'enseignement dure un an, réparti sur 9 sessions de 2 jours (108 heures d'enseignement). ■

Renseignements :

Secrétariat du Professeur Ph. Duverger, Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Hospitalier Universitaire, 4 rue Larrey, 49033 Angers cedex 01.
Tél. 02 41 35 44 42.
Fax 02 41 35 49 34

Diplôme universitaire « Adolescence et toxicomanies »

Université Montpellier 1

• **Objectifs** : Faire acquérir les données fondamentales permettant d'appréhender le phénomène adolescence, le phénomène toxicomanie et leurs liens complexes. Constituer une culture commune afin d'harmoniser les actions de prévention, soins et accompagnement d'adolescents en difficulté. Comprendre l'évolution du phénomène adolescence au travers de la toxicomanie.

• **Public** : Infirmières, assistantes sociales, visiteurs sociaux, éducateurs, enseignants et plus généralement les réseaux de soins concernés par la prévention des toxicomanies, titulaires d'un BAC + 2 et/ou expérience professionnelle dans le domaine de la toxicomanie et/ou de la prévention.

Possibilité de validation des acquis professionnels.

• Programme

1^{er} module (4 jours) : L'adolescent: physiologie, sociologie, psychologie.
2^{ème} module (4 jours) : L'histoire des drogues. Les réponses de la société.
3^{ème} module (3 jours) : Héroïne et opiacées, ecstasy, LSD, crack, cannabis.
4^{ème} module (3 jours) : La pharmacologie : ses conséquences organiques et psychologiques, son inscription dans le champ social et sa rencontre avec les adolescents.

• **Modalités d'évaluation** : Contrôle continu. Présentation d'un mémoire.

• **Lieu, déroulement** : Nîmes, de novembre à mars.

• **Responsables** : Pr Jean-Louis Balmès, Dr Robert Bres.

Renseignements : DIDERIS, formation continue et apprentissage, 4, boulevard Henri IV, BP 1017, F-34006 Montpellier Cedex. Tél. : 04 67 41 74 88, Fax : 04 67 41 74 71.

E-mail : dideris@sc.univ-montpl.fr

Diplôme universitaire « Étude des toxicomanies »

Université Lyon 1

• **Objectifs** : Apporter aux participants un ensemble de connaissances, de méthodes et de savoir-faire leur permettant de contribuer efficacement aux actions de santé vis-à-vis des toxicomanies, tant sur le plan collectif (prévention, éducation pour la santé, dépistage) que sur le plan individuel (prise en charge des patients, aide au sevrage).

• **Public** : Docteurs en médecine, en pharmacie, en odontologie ; les internes et les résidents de médecine générale inscrits en TC2 ; les titulaires d'une licence de droit, sciences, lettres, sciences sanitaires et sociales, ou de l'une des filières de sciences humaines ; les professionnels de la santé, de la justice, du travail social ayant validé un deuxième cycle d'études, etc.

• **Programme** : Aspects historiques et psychosociologiques. Toxicomanies modernes. Réactions sociales, dispositifs légaux et politiques, comparaisons européennes. Approche clinique. Usage de produits psychotropes à l'adolescence. Équipement et moyens thérapeutiques. Objectifs et conduite du soin ; perspectives thérapeutiques. Enjeux et stratégies de la prévention.

• **Déroulement** : durant l'année universitaire Enseignement théorique (80 heures), dont une partie commune avec le DU « Alcoolologie ».

Enseignement pratique (60 heures), comprenant un stage professionnel et un travail personnel avec production d'un mémoire.

• **Responsable** : Pr Jean-Marc Elchardus.

Renseignements : Antenne formation continue Santé, Université Claude Bernard Lyon 1, 8, avenue Rockefeller, 69373 Lyon Cedex 08 Tél. : 04 78 77 72 60, Fax. : 04 78 77 72 61.

Dans le cadre d'une grande enquête épidémiologique nationale sur la santé mentale des détenus, réalisée à la demande des Ministères de la Santé et de la Justice, Cemka-Eval (société d'évaluation en santé publique) recherche

10 psychiatres thésés et
10 internes/fin d'internat
(ou faisant fonction
d'interne) en psychiatrie

pour la réalisation d'entretiens cliniques diagnostiques

Période d'étude prévue de mai 2003 à avril 2004

Nous recherchons des médecins répondant aux conditions suivantes :

• 5 psychiatres diplômés disponibles au minimum à mi-temps sur une période d'au moins 6 mois (rémunération en CDD)

• 5 psychiatres diplômés disponibles au minimum 1 journée par semaine pendant 3 mois (rémunération en honoraires)

• 5 internes en psychiatrie disponibles au minimum à mi-temps sur une période d'au moins 6 mois, (rémunération en CDD)

• 5 internes en psychiatrie disponibles au minimum 1 journée par semaine pendant 3 mois (rémunération en honoraires)

Formation complémentaire à la procédure diagnostique assurée par nos soins
Remboursement des frais de déplacement sur justificatif

Contact: Sandrine COULOMB Cemka-Eval, 43, boulevard du Maréchal Joffre, 92340 Bour-la-Reine. Tél : 01 40 91 30 30, mail : sandrine.coulomb@eval.fr

Si vous êtes intéressé(e), merci d'envoyer un CV

LE JOURNAL DE
NERVURE
NOUVELLE FORMULE

Pour vos annonces professionnelles

contactez Susie Caron au

01 45 50 23 08

ou par e-mail

nervure.psy@wanadoo.fr

PGV

CENTRE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD VILLEJUIF

Recherche psychiatre temps partiel

Secteur 92G13

(Saint-Cloud, Garches)

Joindre le Dr Lascar

Tél. : **01 42 11 70 95**

LE CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX (Finistère)

3 secteurs de psychiatrie générale, un secteur de pédopsychiatrie et un secteur d'alcoolologie
Agglomération touristique de 30 000 habitants,
dotée d'une gare TGV, située à 10 mn de la mer,
30 mn de Brest (ville universitaire, aéroport)

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

Adresser candidature et CV à :

Direction du Centre Hospitalier - BP 237 - 29205 Morlaix Cédex

Renseignements auprès du Président de CME : 02 98 62 60 71,
du chef de service (secteur 6) : 02 98 62 61 62,
ou (intersecteur 3) : 02 98 62 61 83
ou de la direction des affaires médicales : 02 98 62 69 11.

LE JOURNAL DE
NERVURE
NOUVELLE FORMULE

Recommandations aux auteurs

Nervure publie des articles originaux concernant la psychiatrie et les disciplines connexes, des comptes rendus de livres, d'articles, de manifestations scientifiques et culturelles.

Les articles sont remis anonymement à au moins deux membres du comité de lecture. Ils ne doivent pas dépasser 8 pages dactylographiées, bibliographie incluse (25 lignes par page, double interligne, avec une marge de 4 cm à gauche) ou 16 000 signes. Ils peuvent être adressés sous forme de fichier informatique (Word RTF), accompagné toujours d'un exemplaire sur papier.

Les références bibliographiques doivent être classées par ordre alphabétique, numérotées et dactylographiées en double interligne.

Les tableaux doivent être numérotés et correspondre à un appel précis dans le texte.

La correction des épreuves ne peut être que d'ordre typographique. Le « bon à tirer » doit être envoyé au secrétariat de la revue sous huitaine.

LE JOURNAL DE
NERVURE
NOUVELLE FORMULE

Directeur de la rédaction :

Gérard Massé

Rédacteur en chef : François Caroli

Comité de rédaction : Centre Hospitalier Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris.
Tél. 01 45 65 83 09.

Botbol M., Carrière Ph., Dalle B., Goutal M., Guedj M.-J., Jonas C., Lascar Ph., Martin A., Paradis Ch., Sarfati Y., Spadone C., Tribolet S., Weill M.

Comité scientifique : Alby J.-M. (Paris), Bailly-Salin P. (Paris), Besançon G. (Nantes), Bourgeois M. (Bordeaux), Bourguignon A. (Paris), Buisson G. (Paris), Caillard V. (Paris), Chabannes J.-P. (Grenoble), Chaigneau H. (Paris), Christoforov B. (Paris), Colonna L. (Rouen), Cornillot P. (Paris), Dufour H. (Genève), Dugas M. (Paris), Féline A. (Paris), Ginestet D. (Paris), Gravier B. (Lausanne), Guelfi J.-D. (Paris), Guyotat J. (Lyon), Hochmann J. (Lyon), Koupernik C. (Paris), Lambert P. (Chambéry), Loo H. (Paris), Marcelli D. (Poitiers), Marie-Cardine M. (Lyon), Mises R. (Paris), Pequignot H. (Paris), Plantade A. (Paris), Ropert R. (Paris), Samuel-Lajeunesse B. (Paris), Scotto J.-C. (Marseille), Sechter D. (Lille), Singer L. (Strasbourg), Viillard A. (Paris), Zarifian E. (Caen).

Comité francophone : Anseau M. (Belgique), Aubat J. (Canada), Bakiri M.-A. (Algérie), Cassan Ph. (Canada), Douki S. (Tunis), Held T. (Allemagne), Lalonde P. (Canada), Moussaoui D. (Maroc), Romila A. (Roumanie), Simon Y.-F. (Belgique), Stip E. (Canada), Touari M. (Algérie).

Publicité

médical
SUPPORTER
promotion

Renata Laska - Susie Caron,
54, bd Latour-Maubourg, 75007 Paris.

Tél. 01 45 50 23 08.

Télécopie : 01 45 55 60 80

E-mail : nervure.psy@wanadoo.fr

Édité par Maxmed

S.A. au capital de 40 000 €

54, bd Latour-Maubourg, 75007 Paris

Maquette : Maëval

Imprimerie Fabrègue

Directeur de la Publication : G. Massé

LIVRES

**Travailler en réseau
Méthodes et pratiques en
intervention sociale**

Philippe Dumoulin, Régis Dumont,
Nicole Brosse, Georges Masclat
Dunod

La crise de sens qui touche la société se traduit par l'émergence de phénomènes sociaux et de situations problématiques de plus en plus complexes. En confrontation avec les publics ciblés, les professionnels tentent d'exercer des missions aussi diverses que les institutions ou services où ils exercent. Parce qu'il reconnaît les potentiels des professionnels et des usagers, le réseau s'impose comme une sorte de panacée universelle susceptible de régler les difficultés liées aux problématiques nouvelles et à la nécessité de coordonner les actions entre partenaires. Sans succomber à ce mirage, les auteurs, à travers leurs expériences respectives, décrivent le réseau comme un outil d'intervention qui laisse une place importante à l'humain. « *L'intervention de réseau* », « *le travail social de réseau* », « *les réseaux d'échanges de savoirs* », « *les réseaux professionnels* » sont des outils, certes différents, mais qui placent l'usager ou le professionnel en position d'acteur capable de développer et de mobiliser des ressources pour trouver des solutions adaptées aux situations auxquelles il est confronté. Après une approche contextuelle autour de l'émergence des réseaux, les auteurs apportent des définitions de ces différentes formes organisationnelles illustrées par des exemples.

**Le métier de conseiller(ère) en économie sociale familiale
Professionalité et enjeux**

Nouvelle édition, enrichie d'une
postface inédite
François Aballéa, Isabelle Benjamin
et François Ménard
La Découverte

La profession de conseiller en économie sociale familiale (CESF) fait partie des professions du travail social. On rencontre les conseillers et conseillères « en ESF », pour reprendre une formule en usage, à côté des assistantes sociales dans les services sociaux des départements, au sein des caisses d'allocations familiales (CAF), dans les centres communaux d'action sociale (CCAS), dans les centres sociaux, dans les organismes HLM...

Si nul ne conteste leur légitimité à intervenir dans ce domaine, leur place n'a pas toujours été aussi claire ; d'où l'intérêt, alors que ces mêmes professions du travail social sont quelque peu bousculées par la pression qu'exercent

sur elles de nouvelles problématiques d'intervention, d'examiner les éléments constitutifs de cette profession en partant de son histoire et en étudiant son développement, ses pratiques et les compétences qu'elle requiert.

**Ecstasy : pilules sans ordonnances
Usages et usagers de nouvelles drogues de synthèse**

Gilles Hacourt
L'Harmattan

Cet ouvrage livre les résultats d'une étude réalisée par des moyens qualitatifs et quantitatifs, visant la compréhension des caractéristiques sociales, économiques et culturelles des consommateurs d'ecstasy et des centres « nouvelles drogues de synthèse ». Les données ont été collectées en Communauté française de Belgique. Sans nul doute, les analyses nuancées qu'il présente devraient alimenter le débat en dehors de ces frontières.

**No satisfaction
Psychanalyse du toxicomane**

Fernando Geberovich
Préface de Patrick Guyomard
Albin Michel

On a pu penser que le toxicomane « n'existait pas », on a évoqué l'« inexistence » de la toxicomanie. Fernando Geberovich prend le contrepied d'une telle position. Il le fait, en donnant les motifs cliniques, les expose dans la diversité et la complexité des cures.

Dans les structures addictives (boulimie, anorexie, toxicomanie, dépression essentielle), les conflits internes ne s'expriment pas dans la recherche de sens et d'interlocuteurs, mais par la mise en avant des sensations. Le produit, la prothèse psychique, l'objet qui calme la douleur et couvre la dépendance des illusions de la liberté est, à la fois, la réponse disponible et la disparition de la question qui s'adresse toujours à d'autres. Les toxicomanes sont le symptôme d'une mutation symbolique aux multiples figures. Ils font une offre d'écoute et d'interprétation renouvelée, qu'ils ne sauraient refuser sans se voir eux-mêmes (et leur pratique) dé-symbolisés. Leur malaise requiert un abord des liens de dépendance précoce et une réinvention de la clinique. Fernando Geberovich livre un travail porté par le désir de maintenir et d'accompagner la vie psychique aux confins de sa disparition, à ses limites de survie, là où le rapport au produit sature le risque de la parole.

ANNONCES EN BREF

26 avril 2003. Paris. Journée sur le thème : *Epilepsie intime. Psychisme et Epilepsie*. Renseignements et inscriptions : Secrétariat du Dr B. Gueguen, Centre Hospitalier Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75674 Paris Cedex 14.

15 mai 2003. Paris. Après-midi organisé conjointement par l'Association franco-argentine de psychiatrie et de santé mentale et le Cercle d'études psychiatriques Henry Ey de Paris, dans le salon d'honneur de la Fondation argentine, Cité universitaire internationale de Paris, 27 bd Jourdan, 75014 Paris. Avec les auspices de l'Ambassade de la République Argentine sur le thème : *Crise sociale et psychopathologie. A propos de la situation en Argentine*. Informations : Eduardo Mahieu, eduardo.mahieu@free.fr. EPS Erasme, 147 av. Armand Guillebaud, 92160 Antony. Tél. : 01 46 74 31 11.

17 au 22 mai 2003. San Francisco. 156^e Congrès de l'Association Américaine de Psychiatrie. Renseignements : APA. E-mail : apa@psych.org. Internet : www.psych.org.

23 et 24 mai 2003. Versailles. Journées nationales d'études de l'UNAFAM. Thème général : *Un plan d'urgence pour les personnes handicapées psychiques dans la cité*. Renseignements et inscriptions : UNAFAM Congrès, 12 Villa Compoint, 75017 Paris.

24 mai 2003. Cahors. 2^{èmes} Journées de Cahors en partenariat avec la SIPE organisées par le Collège International de Psychanalyse et d'Anthropologie sur le thème : *Artistes et/ou thérapeutes ?* Renseignements et inscriptions : CIPA Sud-Ouest, 842 rue Emile Zola, 46000 Cahors. Fabienne Grindefer, tél. : 05 65 22 08 90. Fax : 05 65 22 32 22. et Hélène Lasserre, 06 30 20 31 23.

28 mai au 1^{er} juin 2003. Annecy. 32^{èmes} Journées Franco-Suissees pour médecins et soignants sur le thème : *Formation à la relation soignant-soigné*. Renseignements et inscriptions : S. Cohen-Leon, 11 square Clignancourt, 75018 Paris. Fax : 01 42 64 54 56.

29 et 30 mai 2003. Prague. Colloque franco-tchèque de psychiatrie. Renseignements : Association Piotr-Tchaadaev, Dr J.Y. Feberey. Tél. : 04 92 10 49 49. E-mail : jean-yves.feberey@wanadoo.fr.

29 mai et 1^{er} juin 2003. Lyon. 63^e Congrès des psychanalystes de langue française sur le thème : *Honte et culpabilité*. Renseignements : Mailex, 53 ave Secrétan, 75019 Paris. Tél./fax : 01 42 02 37 70.

2 au 5 juin 2003. Lyon. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Les deux rapports seront axés sur les thèmes suivants : *Créativité et art thérapie en psychiatrie* par le Pr P. Moron, le Dr G. Roux, le Dr J.-L. Sudres (Toulouse) et *Psychiatrie et migration* par les Drs T. Baubet, M.R. Moro, J.B. Loubeyre (Bobbigny). Renseignements : Dr J. Bour-

gonse, CHS de Savoie, BP 1126, 73011 Chambéry Cedex. Tél. : 04 79 60 20 0 36. Fax : 04 79 60 31 88. E-mail : jp-chabannes@ch-saint-egreve.fr.

3 et 4 juin 2003. Paris. Formation sur le thème : *Le soin en service de médecine physique et réadaptation (MPR)*. Renseignements et inscriptions : Initiatives Santé, Département Congrès-Formations, Groupe Liaisons, 1 ave Edouard Belin, 92856 Rueil-Malmaison Cedex. Tél. : 01 41 29 77 51. Fax : 01 41 29 77 54.

5 et 6 juin 2003. Marseille. 24^{èmes} Journées nationales de l'ANIT sur le thème : *Toxicomanies, santé mentale, sécurités*. Renseignements : Association nationale des intervenants en toxicomanie, 28 chemin du Moulin, 69230 Saint-Genis-Laval. Tél. : 04 78 50 78 50. Fax : 04 78 50 78 76. E-mail : anit@wanadoo.fr. Internet : www.anit.asso.fr.

5 au 7 juin 2003. Nice. 9^e Congrès National de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs sur le thème : *Les soins palliatifs au 21^e siècle face aux situations difficiles*. Renseignements : COMM Santé. Tél. : 05 57 97 19 19. Fax : 05 57 97 19 15. E-mail : info@comm-sante.com.

12 et 13 juin 2003. Paris. 15^{èmes} Rencontres d'études et de formation du GERART (Groupe d'Etudes de Recherches sur les Appartements Relais Thérapeutiques) sur le thème : *Hosto, boulot, dodo...* Renseignements et inscriptions : Patrick Halmos, GERART, Centre Jean Wier, 5 rue Michelet, 92150 Suresnes. Tél./fax : 01 41 44 27 10. E-mail : gerart@free.fr. Internet : www.gerart.com.

13 juin 2003. Paris. Rencontres sur la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent sur le thème : *L'hyperactivité : de l'enfance à l'âge adulte*. Informations : Secrétariat du Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert-Debré, 48 bd Séurier, 75019 Paris. Tél. 01 40 33 22 92.

13 et 14 juin 2003. Auxerre. 9^e Congrès de Psychothérapie de Groupe d'Enfants et d'Adolescents sur le thème : *Jouer en groupe*. Renseignements : CIRPPA, 14 ave Général Rollet, 89000 Auxerre. Tél. : 03 86 48 23 08.

14 juin 2003. Lyon. Colloque sur le thème : *Faut-il de l'acte pour faire du roulement ?* Renseignements et inscriptions : Analyse Freudienne, 39 ave de la République, 75011 Paris. Tél./fax : 01 43 57 10 90. E-mail : analysefreudienne@noos.fr. Internet : www.analysefreudienne.com.

17 juin 2003. Valenciennes. Journée de Formation continue sur le thème : *Santé mentale et politique de la ville*. Renseignements et inscriptions : Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine, 31 rue d'Amsterdam, 75008 Paris. Tél. : 01 45 96 06 36. Fax : 01 45 96 06 05. E-mail : croix-marine@wanadoo.fr. Site : croixmarine.com.

17 au 19 juin 2003. Lorquin. 27^{ème} édition du Festival International Ciné-Vidéo-Psy de Lorquin. Renseignements : Centre National de Documentation Au-

diovisuelle en Santé Mentale, Centre Hospitalier, 5 rue du Général de Gaulle, 57790 Lorquin. Tél. : 03 87 23 14 79. Fax : 03 87 23 15 84.

19 et 20 juin 2003. Rouen. 23^{èmes} Journées annuelles de Formation de l'Association pour la promotion des hôpitaux de jour pour personnes âgées (APHJA) sur le thème : *Syndromes démentiels et hôpital de jour : l'instant pour évaluer, le temps pour comprendre et soigner*. Renseignements : Dr P. Denis, Hôpital d'Oissel, CHU de Rouen, 76031 Rouen Cedex. Tél. : 02 32 88 85 80. Fax : 02 32 88 84 92. E-mail : sylvie.gangnon@chu-rouen.fr.

19 et 20 juin 2003. Vienne. Conférence Internationale sur le thème : *Diagnostic en psychiatrie*. Renseignements : tél. 512 80 91 15. Fax : 512 80 91 80. E-mail : wpa2003vienna@icos.co.at. Internet : www.wpa2003vienna.at.

22 et 23 juin. Lille. 3^{èmes} Rencontres « Corps et psychiatrie » sur le thème : *Hyperactivité, instabilité, hyperkinésie, déficit d'attention. De quoi s'agit-il ? Pourquoi s'agit-ils ?* Renseignements : SB Organisation, 36 rue Jacques Kellner, 75017 Paris. Tél. : 01 58 60 25 35. E-mail : sborg@wanadoo.fr.

21 juin 2003. Fontevraud. 18^{ème} Journée Psychiatrique du Val-de-Loire organisée par le CESAME (Centre de Santé Mentale Angevin) sur le thème : *La beauté : remèdes, maladies ou vérité*. Renseignements : Secteur 7, Cesame, Ste-Gemmes-sur-Loire, Secrétariat du Dr Lhuillier, BP 89, 49137 Les Ponts de Ce Cedex. Tél. : 02 41 80 79 93. Fax : 02 41 80 79 63. E-mail : secteur7@ch-cesame-angers.fr ou Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU d'Angers, Secrétariat du Pr. Garré, 49033 Angers Cedex 01. Tél. : 02 41 35 32 43. Fax : 02 41 35 49 35. Internet : http://psyfontevraud.free.fr. E-mail : Psychiatrie-Adulte@chu-angers.fr.

6 au 7 juillet 2003. Marseille. Manifestations organisées par l'Université d'été de Marseille sur le thème : *L'autorité en panne*. Renseignements : Georges Chappaz, Université de Provence, 3 place Victor Hugo, 13331 Marseille Cedex 3. Tél./rép/fax : 04 91 50 91 10.

9 au 11 juillet 2003. Paris. Colloque organisé par la section d'épidémiologie et de santé publique de la WPA sur le thème : *Théories et pratiques en épidémiologie psychiatrique*. Renseignements : MGEN, 3 square Max Huymans, 75015 Paris. Tél. : 01 40 47 20 20. Internet : www.wpaepidemioparis.org.

18 et 19 septembre. Lyon. Congrès organisé par le Groupe Français d'Epidémiologie Psychiatrique (GFEP) sur le thème : *Exploitation statistique 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 : cgea@ch-st-jean-de-dieu-lyon.fr.



Offre d'abonnement

La Revue le Journal de Nervure Nouvelle Formule

45 €*

pour un an

75 €*

pour 2 ans

Tarif étudiant et internes 30 €.

*supplément étranger et DOM/TOM = 30 €/an

Je m'abonne pour : 1 an 2 ans

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

*CHÈQUE À L'ORDRE DE MAXMED à envoyer avec ce bulletin,
54, boulevard de la Tour Maubourg, 75007 Paris
Téléphone : 01 45 50 23 08*

Je souhaite recevoir une facture acquittée justifiant de mon abonnement.