

LE JOURNAL DE NERVURE

NOUVELLE FORMULE

Tirage : 10 000 exemplaires
Supplément à NERVURE
Journal de Psychiatrie
n° 3 - Tome XVI - Septembre 2003
(ne peut être vendu séparément)

Directeur de la Publication et de la
Rédaction : G. Massé
Rédacteur en chef : F. Caroli
Rédaction : Hôpital Sainte-Anne,
1 rue Cabanis - 75014 Paris
Tél. 01 45 65 83 09 - Fax 01 45 65 87 40
Abonnements :
54 bd La Tour Maubourg - 75007 Paris
Tél. 01 45 50 23 08 - Fax 01 45 55 60 80

■ FMC A. Braitman **Antidépresseurs et troubles sexuels**

■ AU SOMMAIRE

FMC
Antidépresseurs et
troubles sexuels p.1

BIOGRAPHIE
La Métapsychologie
selon Léon Daudet
p.5

ENTRETIEN AVEC
Catherine Zittoun p.8

ETHNOPSICHIATRIE
Mayotte.
Terre d'asile sans asile p.9

PÉDOPSYCHIATRIE
Conséquences des
agressions sexuelles
chez l'adolescent p.11

LETTRE
d'Élisabeth Roudinesco p.12

MÉDICO-LÉGAL
La communication au
patient des informations
de son dossier
psychiatrique p.13

THÉRAPEUTIQUE
D'Est en Ouest... la prise
en charge des troubles
bipolaires aujourd'hui p.16

Efficacité antipsychotique
et tolérance métabolique :
l'aripiprazole module
l'activité dopaminergique p.18

ANNONCES EN BREF p.19

OFFRES D'EMPLOI p.22

■ EDITORIAL

G. Massé

Trop peu ou trop-plein

Les psychiatres seraient introuvables et muets ou, au contraire, omniprésents et bavards. Ce dernier reproche apparaît de plus en plus répété à l'en-
vie : « au pays des *doltomaniaques*, les *psys* sont partout ⁽¹⁾ ». Des sociologues comme Dominique Mehl ou Jean-Pierre Legoff mettent en garde contre les dérives des interventions médiatiques de certains psychiatres, psychologues, psychanalystes ⁽²⁾. La parole psy irrigue, aujourd'hui, les ondes et tribunes publiques prodiguant expertises et conseils et, au niveau des sollicitations, l'élargissement du champ pathologique touche la souffrance psychique ⁽³⁾. Il est même regretté qu'il n'est même plus nécessaire d'être malade pour consulter.

Comment ne pas voir dans une telle évolution, très perceptible, une marche vers la santé mentale ? Pour que l'activité de la psychiatrie se concentre sur les soins spécialisés, c'est-à-dire la prise en charge des maladies mentales, les professionnels de la santé mentale doivent concentrer leurs efforts vers le dépistage et les soins primaires.

Demander un avis lors, par exemple, d'un deuil interminable, d'échecs professionnels répétés ou d'une crise d'adolescence ne représente pas une solution de facilité ou une manière d'éponger des souffrances liées à des conditions banales de vie.

C'est le plus sûr moyen de ne pas passer à côté d'une situation nécessitant des soins, même s'ils ne constituent qu'une réponse partielle mais indispensable. ■

(1) *Les psys mode d'emploi. Jusqu'où faire confiance aux héritiers de Freud*, L'Express, 2003, 2720, 42-49.

(2) MOLTO J., *Les sociologues garde-fous des psychiatres ?*, Neuropsy 2003, 2, 3, 106-108.

(3) MARX J., JARRY M., *Psychomania ?*, 2003, Mango Document.

Les troubles sexuels sont très fréquents au cours de la dépression. Ils font partie de la symptomatologie mais représentent également une complication du traitement antidépresseur rendant la distinction difficile.

Un nombre important d'obstacles nuit encore à leur prise en considération clinique et thérapeutique : en premier lieu la sous-déclaration des troubles par manque d'investigation du médecin et, en second lieu la faible déclaration spontanée des patients. La réticence des praticiens pourrait être en partie expliquée par la crainte d'apparaître intrusifs ou séducteurs, mais probablement aussi par défaut d'information sur les méthodes d'investigations, leurs prises en charge, l'implication de ses troubles sur l'observance thérapeutique et l'importance du préjudice pour le patient en terme de qualité de vie ⁽²⁾. Ses effets indésirables sont invoqués jusqu'à une fois sur deux par les patients pour expliquer une rupture de traitement ⁽¹⁾, confirmant qu'une vie sexuelle satisfaisante est considérée tout aussi importante par les patients déprimés que dans la population générale ⁽⁴⁾.

■ Physiopathologie des troubles sexuels induits par les antidépresseurs

Le fonctionnement sexuel normal est un système complexe très largement méconnu impliquant nombre

de facteurs psychologiques, interpersonnels, neurologiques, vasculaires et hormonaux qui seraient coordonnés par l'hypothalamus, le système limbique et les centres corticaux.

On reconnaît aujourd'hui l'implication de nombreux neurotransmetteurs parmi lesquels on peut relever la dopamine, la sérotonine, la noradrénaline, l'acétylcholine, l'ocytocine, l'arginine vasopressine, l'angiotensine II, la substance P, neuropeptide Y ⁽¹⁾. Ils interviennent différemment sur les 3 phases décrites conventionnellement de la réponse sexuelle que sont le désir (ou libido), l'excitation et l'orgasme.

■ Physiopathologie des baisses de libido induites par les antidépresseurs

Il a été démontré qu'au niveau du système mesolimbique, la dopamine est l'un des neurotransmetteurs requis au maintien du désir ^(2B).

Le pouvoir de blocage sélectif de la recapture de la sérotonine des antidépresseurs a été impliqué dans la réduction de l'activité dopaminergique par l'activation des récepteurs 5HT2 post synaptiques et serait à l'origine de baisses de la libido.

(suite page 3 ➡)

La Métapsychologie selon Léon Daudet

■ BIOGRAPHIE
Dr. Mottet

Évoquer Léon Daudet, c'est d'abord évoquer la Provence, celle chantée par son père Alphonse Daudet, celle de son enfance ⁽¹⁾ et de ses merveilleux souvenirs entre Fontvieille, Saint-Estève et les Baux, celle du maître de Maillane pour qui il eut une admiration sans faille, celle des escargots, pieds paquets et autres daubes dont il savait si bien parler en gourmet avisé qu'il était et en amateur de Tavel qu'il glorifiait comme le meilleur des vins, celle enfin où il s'est éteint, en 1942, à Saint-Rémy de Provence. Évoquer Léon Daudet, c'est aussi évoquer les milieux littéraires et artistiques de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle, dont il fit une peinture au vitriol dans quatre tomes de souvenirs ⁽¹⁾ qui lui valent d'être encore lu aujourd'hui, tant sa maîtrise de la satire et son goût de la provocation font des portraits qu'il

trace des Hugo, Zola, Gambetta et consort, de petits chefs d'oeuvre hauts en couleurs. Elevé dans les salons des Goncourt, invité dès son plus jeune âge à la table de Charcot, il entreprit une carrière littéraire après avoir abandonné l'idée d'exercer la médecine suite à son échec à l'internat en 1893. Son premier roman, *Les Morticoles*, dans lequel il règle ses comptes avec le maître de la Salpêtrière, sera suivi d'une vingtaine d'autres ouvrages romanesques dont le plus connu est *Le voyage de Shakespeare*. Moyennement doué pour la littérature malgré les atavismes familiaux qu'il met sans cesse en avant, il brilla essentiellement par ses critiques littéraires et son flair du talent, soutenant dès leurs débuts des auteurs comme Gide, Proust, Claudel, Bernanos ou Céline.

(suite page 5 ➡)

■ ETHNOPSICHIATRIE

R. Airault

Mayotte. Terre d'asile sans asile

■ Présentation générale

S'il existe une terre d'asile dans l'Océan Indien c'est bien Mayotte.

Cette petite île de l'archipel des Comores a choisi en 1974 de rester française, grâce au « *commando des chatouilleuses* », ces femmes qui chatouillaient les hommes politiques indépendantistes pendant leurs discours. Ont-elles eu raison ?

C'est ce que peut se demander le *mzungu* (l'étranger, le blanc) quand, avec l'esprit romantique qui (théoriquement) le caractérise, il constate la destruction de la forêt primaire, l'arrivée du supermarché « *Cora* » et les embouteillages de dix kilomètres aux heures de pointe de la zone industrielle de Kaweni au pont de Tzoundzou.

Il regarde alors avec nostalgie le paysan « *hors du système* » ou le pêcheur qui revient avec ses mérous sous le regard impassible de femmes aux allures de spectres lorsqu'elles arborent le *dzindzano*, masque de beauté au bois de santal.

Il est certain que l'esprit des ancêtres - jamais absent de la vie sociale mahoraise - doit être ému devant tant de « *chambardements* » : le rouleau compresseur de la modernité écrase avec détermination et sans état d'âme la mangrove, le domaine traditionnel des *djini*, cet espace d'entre deux : entre mer et terre, entre marée-basse et marée-haute, entre deux eaux où, de partout, les « *cousins* » des îles voisines arrivent : d'Anjouan, de Grande Comore ou de Mohéli, (*kara-kara* : la débrouille ; *kwassa-kwassa* : la barque illégale qui tangué dangereusement sur l'océan et tire son nom d'une danse locale très... chaloupée), mais aussi de Madagascar, attirés par cet Eldorado où l'on peut avoir, en un jour, ce que l'on gagne là-bas en un mois et où, de surcroît, la médecine est libre et gratuite, sans distinction de nationalité. Alors pourquoi se priver ? La modernité a du bon et l'on verra bien...

Contrairement aux autres colonies françaises, Mayotte a été un peu délaissée jusqu'à l'indépendance.

(suite page 9 ➡)

NERVURE

A partir du 1er octobre
vous pourrez consulter l'intégralité
de nos éditions, vous abonner
ou consulter nos archives sur notre site

www.nervure-psy.com

Sur les traces de Winnicott*Le Coq-Héron 2003, n°173*

Le « Dossier » de ce n° 173 du *Coq-Héron*, consacré à D.W. Winnicott, s'ouvre par un article de Harold Stewart, qui compare D.W. Winnicott et Michael Balint, tous deux membres du « *Middle Group* » de la Société britannique, qui s'insère entre les « *anna-freudiens* » et les « *kleiniens* ». Frédéric Aubourg étudie l'idée de « *créativité* » chez Winnicott en soulignant la différence entre « *créativité* » et « *art* ».

Dominique Caïtucoli examine la manière dont Winnicott ainsi que Bowlby considèrent les tendances antisociales, leur origine, leur signification, leurs conséquences, leur traitement. Puis il illustre son propos de nombreux exemples cliniques. Jan Abram analyse un cas clinique qui illustre le concept winnicottien de « *violation du self* ».

Claude Boukobza décrit comment les élaborations théoriques de Winnicott ont aidé pour la conception et la création d'une institution, l'Unité d'accueil mères-enfants des hôpitaux de Saint-Denis, qui a pour vocation de traiter les pathologies de la relation précoce mère-enfant.

Laure Bonnefon-Tort s'intéresse plus particulièrement au problème de l'honnêteté et de la tromperie, Winnicott, présentant le mensonge comme un progrès important dans le développement humain puisque c'est la découverte qu'on peut cacher ses pensées à autrui. Horacio Amigorena a découvert l'article de Winnicott, « *La crainte de l'effondrement* », lors d'un séjour à Londres dans les années 70. qui lui a servi, tout au long de son travail clinique, avec les exilés, mais aussi sur un plan plus personnel. Marc Espié, cancérologue, étudie la notion winnicottienne de « *crainte de l'effondrement* » à partir de son expérience en cancérologie. A l'occasion de ce numéro consacré à Winnicott est publié comme « *bonnes feuilles* » un chapitre du livre de Jean-Pierre Lehmann *La clinique de Winnicott*, qui a pour sous-titre « *De la position dépressive aux états limites* ».

Revue Francophone de Psycho-oncologie*Mai-Juin 2003, Volume 2, N° 1-2*

Ce numéro présente de nouvelles rubriques. Il a été décidé de donner régulièrement une tribune aux associations qui soutiennent les personnes atteintes de cancer, afin de les faire connaître des professionnels. Deux textes ont été sélectionnés sur le cancer chez l'enfant et vu par l'enfant. Daniel Oppenheim a une très longue pratique avec les petits et leurs parents. Il décrit les nombreux suivis avec eux et tente de sérier les différentes étapes du « *travail de la maladie* » conjoint. L'article de Patrice Guex, grâce aux concepts du modèle systémique, permet de mieux comprendre des fluctuations du groupe, atteint de plein fouet par le cancer. A la crise familiale et au regroupement premier des énergies, peuvent succéder un désengagement complet ou, au contraire, un surinvestissement de la maladie. Ces difficultés résultent de la forte ambivalence engendrée par l'enfant malade.

Cécile Flahault et coll. tentent d'utiliser un dispositif médiatisé pour améliorer la communication familiale. Ici ce sont les parents qui ont un cancer. 71 enfants et 61 parents vont participer à une séance vidéo. Le film expose le cas d'un homme qui se souvient qu'à huit ans, sa mère a eu un cancer. Ce court métrage est projeté dans deux conditions : des enfants, de tous âges (moyenne de 9 ans), le regardent ensemble. Des parents, dont l'un est atteint de cancer, le regardent de leur côté. Chaque groupe aura, ensuite, une discussion et pourra poser des questions. Le questionnaire

dont on prend connaissance à la fin de l'article montre une satisfaction des parents et des enfants. Pour les adultes, le film (et ses conséquences, en termes, par exemple, de consultation psychoncologique) a diminué les manifestations anxieuses des enfants et amélioré la communication intra et extra-familiale. Des travaux de ce type sont à encourager car le support de la vidéo est riche en réactions familiales et rappelle le milieu familial, où chacun regarde la télévision et livre ses commentaires aux autres.

Serge Blondeau confirme, sur un plan plus historique et politique, les besoins

de groupes aujourd'hui et met en garde contre le désir d'ouvrir des groupes comme une panacée à tous les problèmes. Pour lui, il doit toujours exister un temps préalable de réflexion avant d'opter pour la solution groupale.

Dans la catégorie des articles portant sur la psychopathologie des malades atteints de cancer, Michel Reich et al. établit une revue critique des instruments d'évaluation de la confusion mentale en cancérologie. Alain Ronson et son équipe, de l'institut Jules Bordet, abordent un autre sujet théorique et même éthique important, puisqu'il s'agit des troubles de l'adaptation avec

humeur dépressive. L'observation clinique d'Anne Taquet permet d'illustrer sa revue de la littérature sur le suicide chez les patients atteints de cancer.

On retiendra que ce risque est plus élevé que dans la population générale et que des facteurs de vulnérabilité existent chez les hommes, les personnes de plus de 70 ans et celles qui ont plus de symptômes pénibles comme la douleur, principalement. Enfin, Loris Schiaratura et son équipe évoquent l'intérêt de questionner des femmes venant à une première consultation d'oncogénétique sur les motifs de leur consultation et sur la mémorisation des informations reçues.

Cibles mobiles*Revue internationale des sciences sociales n°175 UNESCO/Erès*

La mobilité des personnes exprime et redéfinit à la fois la relation toujours mouvante entre déplacement, développement et appauvrissement. Elle réaménage ainsi la carte des Etats et des nations et la configuration de leurs logiques d'inclusion et d'exclusion. Les articles de ce numéro analysent les manières par lesquelles les personnes perdent le contrôle de leurs ressources ou cessent d'y avoir accès : qu'il s'agisse

Antidépresseurs et troubles sexuels

➤ Ceci pourrait expliquer pourquoi, contrairement à la classe des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS), les antidépresseurs ayant une activité inhibitrice ou peu d'activité sur les récepteurs 5HT₂ (mirtazapine, nefazodone) ne sont pas associés à une réduction de la libido. Paradoxalement, la stimulation d'un sous-type de récepteur sérotoninergique post-synaptique 5HT_{2c} ne provoque pas de dysfonction sexuelle, mais induit une excitation sexuelle dans l'expérimentation animale. De manière intéressante le m-chlorophenylpiperazine (mCPP) un métabolite de la nefazodone, agoniste de ce récepteur, aurait la capacité de rétablir une fonction sexuelle normale après prise d'ISRS.

Physiopathologie des troubles de l'excitation sexuelle

L'excitation sexuelle inclut la capacité d'obtenir et de maintenir une érection chez l'homme et un engorgement clitoridien plus une lubrification vaginale chez la femme.

Au niveau central, elle répond au même système que le désir impliquant la dopamine.

Au niveau périphérique, les systèmes sympathiques et parasympathiques régulent les réflexes spinaux associés à l'érection et à l'engorgement clitoridien. Les antidépresseurs qui interagissent avec le tonus sympathique-parasympathique inhibent ces réflexes. Les tricycliques, par leur effet anticholinergique, provoquent une incidence élevée de troubles de l'érection ou de la lubrification vaginale. L'affinité de la paroxétine pour les récepteurs cholinergiques, 6 à 160 fois supérieure aux autres ISRS⁽¹³⁾, est l'une des hypothèses avancées pour expliquer l'incidence plus élevée d'impotence masculine avec cette molécule. La substance P et le monoxyde d'azote interviennent dans les phénomènes vasculaires responsables de l'érection (relaxation des muscles lisses permettant l'afflux sanguin au niveau du pénis). Le sildenafil (Viagra), utilisé dans les troubles de l'érection, est un inhibiteur de la phosphodiesterase qui agit en augmentant les taux de monoxyde d'azote périphérique. A contrario, la paroxétine diminue ces taux périphériques par inhibition de la monoxyde d'azote synthétase et serait également par ce biais responsable de plus de troubles de l'érection que les autres ISRS pour lesquels une telle activité n'a pas encore été démontrée⁽¹¹⁾.

Physiopathologie des troubles de l'orgasme induits par les antidépresseurs

Les connaissances sur les mécanismes de l'orgasme sont rudimentaires. Ils feraient intervenir l'ocytocine, le tonus sympathique et parasympathique, principalement par une voie périphérique réflexe et sous le contrôle du tonus dopaminergique. Celui-ci est inhibé par les ISRS, expliquant ainsi leur fréquence d'effets indésirables à type d'anorgasmie-anéjaculation ou d'orgasme-éjaculation retardé. Cette classe médicamenteuse a d'ailleurs démontré son efficacité dans la prise en charge de l'éjaculation précoce⁽¹⁴⁾.

Incidences des troubles sexuels induits par les antidépresseurs

Les troubles sexuels induits par les antidépresseurs sont définis par une altération d'une ou plusieurs phases du cycle de la réponse sexuelle normale que sont le désir, l'excitation et l'orgasme. À l'origine d'insatisfactions, on décrit, principalement, des diminutions

du désir sexuel, des diminutions de l'excitation se traduisant objectivement par des troubles de l'érection ou une diminution de la lubrification vaginale et des anorgasmies ou orgasmes retardés. Des cas de priapisme, d'éjaculations douloureuses ou de très anecdotiques cas d'orgasmes spontanés ont aussi été décrits. Bien qu'il soit difficile de différencier une altération due à la dépression elle-même des effets indésirables des antidépresseurs, plusieurs études ont démontré une plus forte incidence chez les patients recevant un traitement. Deux études contre placebo rapportent une incidence 4 fois plus élevée sous traitements antidépresseurs^(10,6). Ces incidences varient considérablement suivant la méthodologie des études et pourraient être largement sous-évaluées, lorsqu'elles n'utilisent pas d'instruments d'investigation spécifiques. Plusieurs échelles anglo-saxonnes développées récemment comme l'ASEX (Arizona Sexual Experience Scale), la CSFQ-C (Change in Sexual Functioning Questionnaire) et la DISF-SR (Derogatis Interview for Sexual Functioning-Short Report) évaluent chaque phase de la réponse sexuelle. Elles ont permis de détecter des incidences bien plus élevées que celles rapportées par les laboratoires pharmaceutiques⁽²⁾.

Les antidépresseurs tricycliques

Les tricycliques sont responsables d'une incidence élevée de troubles sexuels. Sont principalement rapportées des dysfonctions érectiles et orgasmiques (anorgasmie-anéjaculation) que l'on attribue à leur activité atropinique et sérotoninergique. Les troubles de la libido seraient moins fréquemment observés avec l'imipramine qu'avec la clomipramine⁽⁵⁾. Les incidences varient de 30%⁽¹⁰⁾ pour l'imipramine à 93% pour la clomipramine⁽²⁰⁾.

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

Approximativement 50 % des patients rapportent des troubles sexuels avec les ISRS⁽²⁴⁾. Bien qu'aucune différence ne soit clairement démontrée entre les différents médicaments de cette classe, il semble que la Paroxétine soit responsable de plus d'effets secondaires de ce type probablement en rapport avec ses propriétés pharmacologiques spécifiques décrites précédemment.

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

Ils auraient un profil intermédiaire d'induction de ces troubles avec une incidence entre 10 et 30%⁽²⁷⁾.

Les inhibiteurs de la monoamine oxydase

La moclobemide (MOCLAMINE®) (IMAO -A) semble avoir peu d'effets négatifs sur la sexualité⁽¹⁶⁾ hormis sur l'érection et augmenterait la libido chez certains patients⁽²³⁾. Les autres IMAO ont un effet délétère sur la sexualité avec une incidence estimée entre 20 et 40 %⁽²⁶⁾.

Autres antidépresseurs

La viloxazine (VIVALAN®), un antidépresseur atypique dérivé de pyrocathécol, a une action noradrénergique et des propriétés dites stimulantes et désinhibitrices qui pourraient restaurer une fonction sexuelle normale chez le déprimé⁽⁸⁾. La mirtazapine (NORSET®), augmente la neurotransmission sérotoninergique en stimulant les récepteurs 5HT₁ mais antagonise les récepteurs 5HT₂ et 5HT₃, elle potentialise aussi la transmission noradrénergique en blo-

quant les récepteurs α_2 centraux. Différentes études ont montré avec cette molécule une très faible incidence de dysfonctions sexuelles parfois même inférieures au placebo⁽²²⁾.

La miansérine (ATHYMIL) de la classe des tétracycliques aurait peu d'effets secondaires sexuels hormis sur l'érection⁽¹⁷⁾. Enfin, la tianéptine (STABLON®), seul représentant de la classe des inducteurs de la recapture de la sérotonine, a fait preuve à travers plusieurs études d'un respect de la fonction sexuelle⁽⁹⁾. La nefazodone (non disponible en France), une molécule originale proche des ISRS, est un antagoniste des récepteurs 5HT₂ et un inhibiteur de la recapture de la sérotonine. En rapport avec ce profil particulier, de nombreuses études randomisées ont démontré l'absence d'effets secondaires sexuels de cet antidépresseur⁽²⁸⁾.

Les troubles sexuels induits par les antidépresseurs sont dose dépendants et les facteurs prédisposants seraient l'âge supérieur à 50 ans, les comorbidités psychiatriques ou somatiques, les traitements médicamenteux concomitants, le tabagisme et l'occurrence de troubles sexuels lors d'un précédent traitement par antidépresseurs⁽²⁾. Ils toucheraient de manière incertaine plus fréquemment l'homme bien que les femmes rapportent généralement une intensité plus grave des troubles⁽¹⁾.

Stratégies de prise en charge des troubles sexuels induits par les antidépresseurs

La prise en charge de ces troubles sexuels passe obligatoirement par une reconstitution chronologique minutieuse de l'apparition des troubles. Idéalement réalisée avant de débuter le traitement, elle doit distinguer le fonctionnement sexuel antérieur à la dépression de ce-

lui pendant la maladie pour pouvoir établir le diagnostic de dysfonction sexuelle induite si ces troubles surviennent ou sont aggravés pendant le traitement antidépresseur. Chaque phase du cycle de la réponse sexuelle est ainsi explorée, au mieux aidée par un questionnaire comme le Questionnaire d'Auto Evaluation des Problèmes Sexuels Masculins et Féminins (Bouvard et Cotteraux). Les co-morbidités psychiatriques comme les prises de toxiques et les antécédents médicaux susceptibles d'altérer la fonction sexuelle sont analysés. Enfin, un relevé des prises médicamenteuses associées est effectué à la recherche de médicaments aux effets secondaires sexuels (methyldopa, clonidine, reserpine, propranolol, digoxine, les antihistaminiques, les traitements hormonaux, les antinéoplasiques, certains hypolipémiants...). Une information sur les effets secondaires sexuels des traitements antidépresseurs et une réassurance sur la nature réversible des troubles est donnée systématiquement aux patients. Lorsque les troubles sexuels sont imputables aux antidépresseurs les stratégies suivantes peuvent être envisagées et discutées en fonction de la gêne occasionnée et du contexte interpersonnel du patient.

Réduction de la dose de l'antidépresseur

Les dysfonctions sexuelles des antidépresseurs étant dose dépendantes, la première mesure à envisager est la réduction de la posologie du médicament à la recherche de la dose minimale efficace.

Attente d'une tolérance spontanée

Bien que peu de données soient disponibles concernant le développement d'une tolérance, certains patients rapportent une amélioration spontanée lorsque les troubles sont d'une intensité légère ou modérée et principalement

L'alliance thérapeutique

➤ **P** rès de 60 pharmaciens hospitaliers ont été formés depuis juin 2002 à l'Atelier du médicament, programme de formation soutenu par l'Institut Lilly* et animé par Marie-Lise Biscay, pharmacien au centre hospitalier des Pyrénées de Pau, et Claudine Fabre, pharmacien au CH Gérard Marchand de Toulouse. L'objectif est de former 100 pharmaciens hospitaliers d'ici fin 2003. La formule de l'Atelier du médicament a été appliquée à partir de 1994 dans les deux centres hospitaliers spécialisés après un voyage des deux fondatrices au Québec. Marie-Lise Biscay et Claudine Fabre ont, également, créé un réseau de pharmaciens hospitaliers dans le sud-ouest, *Pharmacien Information Contact* (PIC), regroupant une quinzaine de membres, qui diffuse un guide d'information sur le médicament psychotrope et les fiches d'information utilisées dans les ateliers. Claudine Fabre anime un atelier dans son hôpital deux fois par semaine tandis que Marie-Lise Biscay estime avoir informé 150 à 200 patients. L'atelier est désormais inscrit dans le projet d'établissement des deux hôpitaux. Faute de moyens, les deux pharmaciens n'ont pas mené d'évaluation de leur action sur le comportement des patients. Cependant, elles rapportent une amélioration notable des connaissances sur les médicaments et leurs effets après la participation à l'atelier, sur la base d'un questionnaire de 31 patients.

Un atelier sur trois mois

L'Atelier du médicament est un groupe de paroles, constitué de 8 à 10 patients atteints de pathologies diverses (psychoses, schizophrénie, troubles de l'humeur), dont la participation est proposée par le psychiatre, en concertation avec l'équipe soignante.

Le pharmacien hospitalier est l'animateur du groupe et un ou deux infirmiers connaissant les patients sont présents.

Les patients doivent être stabilisés pour être en mesure de participer à la discussion et avoir connu des problèmes d'observance ou de rechute. Les nouveaux patients du service sont des candidats désignés pour ces ateliers, afin de commencer au mieux leur traitement.

Les ateliers se passent sur 6 à 8 séances espacées de 15 jours pour des patients hospitalisés ou suivis en hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou centre médico-psychologique.

Les séances traitent de l'information générale sur le médicament, des effets bénéfiques et indésirables des neuroleptiques, des antidépresseurs, des hypnotiques et des anxiolytiques, des interactions avec l'alcool et les drogues, notamment le cannabis. La dernière séance est consacrée à l'observance, la durée du traitement et à la rechute.

Pour Claudine Fabre, « il est important de s'appuyer sur le témoignage des patients, de les faire parler des effets bénéfiques du traitement car ils parlent plus spontanément de leurs effets indésirables. La discussion leur permet, aussi, de poser certaines questions sur le mode d'action des neuroleptiques, pour savoir si les médicaments changent la personnalité ou si le traitement sera à vie ».

F.C.

*13 rue Pagès, 92158 Suresnes Cedex

de possessions, de lieux, de réseaux sociaux, de relations familiales, de ressources matérielles. Il est également question des stratégies que les personnes mobilisent pour se protéger des pertes, de la vulnérabilité, de l'insécurité, de la remise en cause de leur identité. Le déplacement offre ainsi un prisme pour interroger la notion de déplacement, à travers les processus par lesquels les relations sociales sont contrôlées et transformées par les stratégies et les intérêts des acteurs individuels, collectifs, étatiques, internationaux. Ces articles soulignent ainsi les conséquences cachées des guerres et des désastres naturels, de l'intervention de nouvelles technologies et de mégaprojets, ainsi que de politiques qui transforment le sens de l'éthnicité, de la langue et du lieu.

Pulsion du mort : cliniques et théorie

II - Ecrits
Analyse freudienne Presse 2003, n°6
Erès

Il n'est pas vain d'évoquer l'idée d'un effacement de la mort dans le concept de pulsion de mort et, comme le fait remarquer François Robert dans ce n° 6 d'Analyse Freudienne Presse, ce n'est pas tant un déni philosophique de la mort que le déni de la pulsion de mort qui vient à être déplacé et recouvert dans le champ même de la psychanalyse. A signaler, en fin de numéro, les « retrouvailles » d'un texte qui, publié à son origine sans nom, trouve et retrouve le nom de son auteur, Claude Dumézil, commenté par Pierre Sorel sur le suicide et sa signification. Il ne s'agit pas dans les retrouvailles des enjeux d'une époque mais, comme le fait remarquer P. Sorel, des racines inaugurales. Le texte de Dumézil est le nécessaire éclaircissement des fondements de la différence entre mort et pulsion de mort qui courent en filigrane à travers tout ce numéro, mais de surcroît, c'est un traité de ce que l'on a peu souvent l'occasion d'appeler la clinique psychanalytique.

Les accueils familiaux : originalité et diversité

Pratiques en Santé Mentale 2003, n°2

L'accueil familial est venu remplacer le placement familial et cette institution ne saurait se résumer à une forme d'hôtellerie sociale ou, au pire, à des réponses de gardiennage.

Les populations accueillies sont très diversifiées que ce soit pour les enfants ou les adultes, les pathologies sont plus actives, la perspective réadaptive est prévalente, le partenariat entre champ sanitaire et social prend toute sa place.

Dans ce dossier, on retrouve des témoignages venant d'accueils familiaux pour enfants et adolescents, une reprise historique depuis les colonies familiales, le travail et la supervision des familles d'accueil thérapeutique, l'incidence des recompositions familiales, l'accueil des personnes toxicomanes...

Après un développement rapide, l'accueil familial semble rechercher un second souffle, ce numéro veut participer à ce renouveau d'intérêt.

Ont participé à ce numéro N. Abel, E. Auger, J.-C. Cebula, V. Chateauvieux, K. Estrella-Castel, F. Houdas, S. Laye, G. Le Houerou, J. Lestrelin, L. Mahier, C. Radiguet, D. Renaud, S. de la Villehuchet avec les contributions de J.-P. Arveiller, P. Esteffe, G. Sadron.

LIVRES

Les Phobies ou l'impossible séparation

Irène Diamantis
Aubier/Flammarion

Des présentations cliniques qui s'apprécient comme un recueil de nouvelles et remettent à l'épreuve les outils psychanalytiques. A partir de récits de vie rythmés par des « vertiges phobiques », I. Diamantis, membre de la société de psychanalyse Freudienne propose de réfléchir à la psycho-dynamique de la constitution du sujet et ses avatars. Praticienne et enseignante, elle présente le processus des cures des phobiques comme base à sa pensée théorique aussi logique qu'originale.

I. Delage

Les maladies dépressives

2ème édition

Jean-Pierre Olié, Henri Lôo, Marie-France Poirier
Médecines-Sciences
Flammarion

Il s'agit de la deuxième édition d'un livre qui peut être considéré comme l'ouvrage francophone de référence sur le sujet. Après une première partie consacrée aux principaux aspects sémiologiques observés, tant chez l'adulte que chez l'enfant, l'adolescent et le sujet âgé, chez l'homme et la femme, les auteurs abordent les problèmes posés par les diverses pathologies associées, puis présentent la nosologie des maladies dépressives et exposent les principaux outils de la recherche, en particulier les échelles d'évaluation, les outils de la psychiatrie biologique, les outils médico-économiques, la modélisation de la dépression. Enfin, l'exposé détaillé des facteurs étiopathogéniques précède les neuf chapitres consacrés aux principales thérapeutiques des maladies dépressives. Dans cette nouvelle édition, les auteurs ont mis plus particulièrement l'accent sur l'apport des nouvelles thérapeutiques médicamenteuses, notamment dans le cadre de la prévention des rechutes.

La baisse du désir sexuel

Méthodes d'évaluation et de traitement

Gilles Trudel

Avec la collaboration de S. Aubin, N. Drouin, M. Ravart, C. Trinque
Masson

Gilles Trudel est professeur dans le département de psychologie de l'université du Québec à Montréal et psychologue dans le service de psychologie de l'hôpital Louis H. Lafontaine. Son ouvrage présente une synthèse de la littérature et détaille les diverses méthodes pour l'évaluation et le traitement de la baisse de désir. L'auteur présente un programme multimodal de traitement agissant sur le couple, sur le fonctionnement sexuel et cognitif ainsi que sur l'imaginaire érotique. Il met l'accent sur l'importance de comprendre et d'intervenir dans le domaine de la sexualité à travers une grille de compréhension, d'évaluation et de traitement qui prend en compte ses dimensions : rôle de l'éducation, pensées, croyances, attitudes positives ou négatives, qualité de la relation conjugale, fonctionnement sexuel du couple, etc.

Des cas cliniques sont présentés, et en annexe, deux questionnaires complètent ce livre.

Le diable intérieur

Anatomie de la dépression

Andrew Solomon

Traduit de l'américain par Claudine Richetin

Albin Michel

Né d'un article publié en 1998 dans *The New Yorker*, *Le Diable intérieur* est, à la fois, un témoignage de l'auteur, retraçant l'évolution de sa dépression après l'expérience douloureuse de la maladie et de la mort de sa mère atteinte d'un cancer (relatée dans le roman *Le vaisseau de pierre*), et une étude de la dépression et du suicide.

Andrew Solomon a accumulé une somme d'informations de tous ordres. Analyse des différentes substances psychotropes, synthèse des théories sociologiques de la dépression et de sa répartition suivant le sexe, enquête sur l'état de l'institution psychiatrique, historique des théories et des traitements. Il aborde ces sujets avec objectivité, le plus souvent, mais sans hésiter à donner son avis (sur l'influence de Michel Foucault, par exemple, qu'il juge « bien plus déraisonnable que les malades mentaux auxquels il s'est intéressé... »). Citons-le : « la dépression, c'est sentir ses vêtements, se transformer lentement en bois sur son corps », « C'est la dépression m'a permis de me parcourir, de connaître la pleine étendue de mon âme... J'aime ma dépression. J'aime l'homme qu'elle a fait de moi ».

Communiqué de l'UNAFAM

A la suite de la communication de Madame Thérèse Boisseau, relative à la politique en faveur des personnes handicapées, l'Unafam, qui défend les intérêts de 600.000 personnes handicapées psychiques et de leurs familles :

- Confirme l'importance qu'elle attache à ce que le handicap psychique soit désigné explicitement dans la loi au même titre que les autres grandes catégories de handicap. Son caractère variable dans le temps et peu visible le rend, en effet plus facile à ignorer, ce qui provoque des situations d'isolement préjudiciables au respect du droit des personnes dans la cité.

- Milite en faveur de l'égalité de dignité de tous les êtres humains quels que soient leur état de santé ou leurs capacités d'insertion sociale et d'emploi.

- Demande que les évaluations prévues par les organismes qui décideront des ressources minima et des compensations tiennent toutes compte de la gravité des incapacités sociales dues aux maladies psychiques.

- Réaffirme sa demande d'un plan d'urgence en faveur des personnes en situation de handicap psychique : 10.000 hébergements et une offre d'accompagnement pour au moins 40.000 personnes.

Paris, le 2 juillet 2003

lorsqu'il s'agit d'orgasmes retardés plutôt que de troubles de la libido ou de l'excitation. Cependant, cette éventualité semble relativement rare, survenant généralement dans les deux premiers mois de traitement. Seulement 20% des patients développent une tolérance au moins partielle sur les 6 premiers mois de traitement (21) qui serait rarissime au-delà, ne permettant pas de considérer, au vu des implications sur l'observance, cette stratégie comme raisonnable.

Les fenêtres thérapeutiques

Certains auteurs préconisent des fenêtres thérapeutiques de 48 heures pour les antidépresseurs à demi-vies courtes. Cette stratégie ne peut être employée avec la fluoxétine ayant une demi-vie de 4 jours. Rothschild (25) a ainsi montré l'efficacité de cette stratégie pour la paroxétine et la sertraline permettant une amélioration de 50% des symptômes sur quatre semaines sans compromettre l'efficacité du traitement antidépresseur. Cependant, ni les conséquences sur l'observance thérapeutique à long terme ni les inconvénients des symptômes de sevrage n'ont été pris en compte.

Le changement d'antidépresseur

Le changement de classe d'antidépresseur est une alternative intéressante évitant l'escalade médicamenteuse et le cumul des effets secondaires. Plusieurs études ont montré l'intérêt du changement d'antidépresseur après une phase de « wash-out » par une molécule à faible incidence d'effets secondaires sexuels comme la mirtazapine (NORSET®) (24), la tianeptine (STABLON®) (9), la viloxacine (VIVALAN®) (8), la miansérine (ATHYMIL®) ou le moclobémide (MOCLAMINE®) avec un faible risque de recrudescence dépressive. La nefazodone semble, à travers la littérature, l'antidépresseur de choix pour cette stratégie en remplacement des ISRS, mais n'est malheureusement pas disponible en France.

Les médicaments correcteurs

Plusieurs médicaments adjuvants pourraient représenter une stratégie simple et efficace de la prise en charge des dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs. La majorité des études sur ces médicaments sont encore des rapports de cas individuels ou de séries limitées, qui mériteraient plus amples investigations à travers des études contrôlées contre placebo. De plus, aucune de ces molécules ne dispose actuellement de l'AMM dans cette indication.

La buspirone (BUSPAR®)

La buspirone, agoniste 5HT_{1A} et α_2 , est l'un des seuls correcteurs ayant montré son efficacité dans une étude contrôlée contre placebo. Jusqu'à 60% des patients à la dose moyenne quotidienne de 50 mg en 3 prises éprouveraient une amélioration de la fonction sexuelle contre 30% avec le placebo (28). À plus faible dose, il apparaît que ce médicament n'est pas efficace (19).

Le sildénafil (VIAGRA®)

Le sildénafil est indiqué dans les troubles érectiles d'origine organique ou psychologique. L'intérêt de ce médicament pour corriger les effets secondaires sexuels des antidépresseurs a récemment été démontré dans une étude contre placebo chez l'homme (18) et dans quelques courtes séries de cas chez la femme. La dose préconisée est de 50 à 100 mg 30 à 60 minutes avant les rapports sexuels. Les principales limitations sont les effets secondaires propres du sildénafil (céphalées et flush), ses contre-indications cardiologiques, l'association contre-indiquée aux nitrates et sa cinétique, obligeant une prise au coup par coup.

Le Bupropion (ZYBAN®)

Le bupropion est une molécule ayant des propriétés noradrénergiques et do-

paminergiques qui a montré dans plusieurs rapports de cas et dans une étude ouverte non randomisée son efficacité dans le traitement des troubles sexuels induits par les antidépresseurs (28). Ses interactions médicamenteuses et ses effets secondaires propres (dont la diminution du seuil épileptogène) nécessitent une utilisation précautionneuse.

La yohimbine (YOHIMBINE HOUDÉ®)

Cette molécule, indiquée dans l'hypotension orthostatique et l'impuissance masculine, est un agoniste α_2 . Des améliorations sur les différentes dysfonctions sexuelles à la dose moyenne de 5,4 mg 1 à 2 heures avant les rapports sexuels ou 5,4 mg 3 fois par jour ont été rapportées à travers différentes études non contrôlées. Des effets secondaires, à type d'anxiété, de nausées ou d'insomnies limitent cependant son utilisation (28, 12).

Autres correcteurs

La criptoheptadine (PERIACTINE®), qui est à la fois un antihistaminique et un antagoniste des récepteurs 5HT₂, aurait à travers plusieurs rapports de cas une efficacité intéressante dans cette indication. Les études sont encore largement insuffisantes et ce médicament prédisposerait aux rechutes dépressives. L'amantadine (MANTADIX®) utilisée dans la maladie de Parkinson est un stimulateur de la libération de la dopamine. Son activité correctrice des effets secondaires sexuels est très discutée et une étude contre placebo ne l'a pas confirmée (19). Par ailleurs, il pourrait induire des décompensations psychotiques chez les sujets prédisposés.

Conclusion

Les effets secondaires sexuels des antidépresseurs sont un obstacle majeur à la rémission complète de l'épisode dépressif par leurs implications négatives sur le fonctionnement interpersonnel dans le couple, la restauration de l'estime de soi et l'observance thérapeutique. Leur prise en charge passe avant tout par une approche sexothérapeutique minutieuse à l'initiative du médecin, approche qui peut apparaître mécaniste en faisant abstraction des affects et des mystères de l'attraction physique. Pourtant, afin de redonner cette faculté d'épanouissement à nos patients, il apparaît que ce détour soit nécessaire au sein d'une relation de confiance où sont discutées les différentes stratégies actuellement disponibles. ■

A. Braitman*

*Service du Dr Caroli, 1 rue Cabanis, Hôpital Sainte Anne, 75014 Paris

Bibliographie

- (1) ANGEL L., MONTEJO M.D. for the spanish working group for the study of psychotropic-related sexual dysfunction. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients, *J Clin Psychiatry* 2001 ; 62 (suppl3) 10-21.
- (2) ANITA H., CLAYTON M.D., Recognition and assessment of sexual dysfunction associated with depression, *J Clin Psychiatry* 2001, 62, suppl 3, 5-9.
- (3) BALDWIN D.S., Depression and sexual dysfunctions, *British Medical Bulletin* 2001, 57, 81-99.
- (4) BALDWIN D.S., HAWLEY C.J., ABED R.T., MARAGAKIS B.P., COX J., BUCKINGHAM S.A., POVER G.H., ASCHER A., A multicenter double-blind comparison of nefazodone and paroxetine in the treatment of outpatients with moderate-to-severe depression, *J Clin Psychiatry* 1996, 57, Suppl 2, 46-52.
- (5) BONIERBALE M., Sexualité et antidépresseurs, *Sexologies* vol. VII n°26, 1999.
- (6) CROFT H., SETTLE E JR., HOUSER T., BATEY S.R., DONAHUE R.M., ASCHER J.A., A placebo-controlled comparison of the antidepressant efficacy and effects on sexual functioning of sustained-release bupropion and sertraline, *Clin Ther.* 1999 Apr, 21, 4, 643-58.

(7) BOUVARD M., COTTRAUX J., *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Masson, Paris 1996.

(8) De LEO D., MAGNI G., Does viloxazine really improve sex drive? A double-blind controlled study, *Br J Psychiatry* 1986, May, 148, 597-9.

(9) DUROCQ F., *Dépression et troubles de la fonction sexuelle*, L'Encéphale 1999, 25, 515-16.

(10) HARRISON W.M., RABKIN J.G., EHRHARDT A.A., STEWART J.W., MCGRATH P.J., ROSS D., QUITKIN F.M., Effects of antidepressant medication on sexual function: a controlled study, *J Clin Psychopharmacol* 1986, Jun, 6, 3, 144-9.

(11) FINKEL M.S., LAGHRISSE-THODE F., POLLOCK B.G., RONG J., Paroxetine is a novel nitric oxide Synthase inhibitor, *Psychopharmacol Bull.* 1996, 32, 4, 653-8.

(12) FREDERICK M. JACOBSEN, Fluoxetine-induced sexual dysfunction and an open trial of yohimbine, *J Clin Psychiatry* 53, 119-122.

(13) HYTTTEL J., Pharmacological characterization of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), *Int Clin Psychopharmacol* 1994, Mar, 9, Suppl, 1, 19-26.

(14) KAPLAN P.M., The use of serotonergic uptake inhibitors in the treatment of premature ejaculation, *J Sex Marital Ther.* 1994 Winter, 20, 4, 321-4.

(15) FINKEL M.S., LAGHRISSE-THODE F., POLLOCK B.G., RONG J., Paroxetine is a novel nitric oxide synthase inhibitor, *Psychopharmacol Bull.* 1996, 32, 4, 653-8.

(16) KENNEDY S.H., RALEVSKI E., DAVIS C., NEITZERT C., The effects of moclobemide on sexual desire and function in healthy volunteers, *Eur Neuropsychopharmacol.* 1996 Aug, 6, 3, 177-81.

(17) KOWALSKI A., STANLEY R.O., DENNERSTEIN L., BURROWS G., MAGUIRE K.P., The sexual side-effects of antidepressant medication: a double-blind comparison of two antidepressants in a non-psychiatric population, *Br J Psychiatry* 1985, Oct, 147, 413-8.

(18) NURNBERG H.G., HENSLEY P.L., GELENBERG A.J., FAVA M., LAURIELLO J., PAINE S., Treatment of antidepressant-associated sexual dysfunction with sildenafil: a randomized controlled trial, *JAMA* 2003, Jan, 1, 289, 1, 56-64.

(19) MICHELSON D., BANCROFT J., TARGUM S., KIM Y., TEPNER R., Female sexual dysfunction associated with antidepressant administration: a randomized, placebo-controlled study of pharmacologic intervention, *Am J Psychiatry* 2000 Feb, 157, 2, 239-43.

(20) MONTEIRO W.O., NOSHIRVANI H.F., MARKS I.M., LELLIOTT P.T., Anorgasmia from clomipramine in obsessive-compulsive disorder. A controlled trial, *Br J Psychiatry* 1987, Jul, 151, 107-12.

(21) MONTEJO-GONZALEZ A.L., LLORCA G., IZQUIERDO J.A., LEDESMA A., BOUSONO M., CALCEDO A., CARRASCO J.L., CIUDAD J., DANIEL E., DE LA GANDARA J., DERECHO J., FRANCO M., GOMEZ M.J., MACIAS J.A., MARTIN T., PEREZ V., SANCHEZ J.M., SANCHEZ S., VICENS E., SSRI-induced sexual dysfunction: fluoxetine, paroxetine, sertraline, and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 344 patients, *J Sex Marital Ther.* 1997 Fall, 23, 3, 176-94.

(22) MONTGOMERY S.A., Safety of mirtazapine: a review, *Int Clin Psychopharmacol* 1995 Dec, 10 Suppl 4, 37-45.

(23) PHILIPP M., KOHNEN R., BENKERT O., A comparison study of moclobemide and doxepin in major depression with special reference to effects on sexual dysfunction, *Int Clin Psychopharmacol* 1993, Jan, 7, 3-4, 149-53.

(24) ROTHSCHILD A.J., New directions in the treatment of antidepressant-induced sexual dysfunction, *Clin Ther* 2000, 22 Suppl A, A42-57, discussion A58-61.

(25) ROTHSCHILD A.J., Selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction: efficacy of a drug holiday, *Am J Psychiatry* 1995, Oct, 152, 10, 1514-6.

(26) RUDKIN L., TAYLOR M., HAWTON K., Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication (Protocol for Cochrane review). In *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003.

(27) SEGRAVES R.T., Antidepressant-induced sexual dysfunction, *J Clin Psychiatry.* 1998, 59 Suppl 4, 48-54.

(28) ZAJECKA J., Strategies for the treatment of antidepressant-related sexual dysfunction, *J Clin Psychiatry* 2001, 62 Suppl 3, 35-43.

Évoquer Léon Daudet, c'est évoquer encore une page sombre de l'histoire de France. Principale plume engagée de l'Action Française, Léon Daudet fut de toutes les batailles de l'après affaire Dreyfus aux côtés de Charles Maurras. Ardent défenseur des thèses antisémites défendues par Edouard Drumont dans son livre *La France juive*, il mena des campagnes de dénonciations contre les pacifistes durant la Grande Guerre, et siégea à l'Assemblée Nationale de 1919 à 1924 au sein du petit groupe royaliste. Haï par les anarchistes dont il fit condamner nombre des leurs à être fusillés dans les fossés de Vincennes, il fut au centre d'une des affaires judiciaires les plus célèbres de la Belle Époque, après la mort mystérieuse de son fils Philippe, à l'âge de 15 ans. Retrouvé tué par balle dans un taxi parisien en novembre 1923, alors qu'il était en fugue, Philippe fut considéré par la justice comme suicidé suite au témoignage du chauffeur de taxi, et à deux courriers qu'il adressa à ses parents. Mais de nombreux éléments suspects, mettant en cause les milieux anarchistes auxquels Philippe se serait rallié un moment, et la police prévenue par ces mêmes anarchistes du désir de Philippe de commettre un attentat contre son propre père⁽⁹⁾, firent refuser catégoriquement cette « thèse » à Léon Daudet, qui s'engagea alors dans une bataille judiciaire et médiatique de quatre années, dont il sortit meurtri et perdant. Condamné en diffamation par les Assises de la Seine à cinq mois de prison en 1925, Léon Daudet se constitua prisonnier le 14 juin 1927 après avoir épuisé toutes les procédures de renvoi, et au terme d'un siège de deux semaines du journal l'Action Française dans lequel il s'était réfugié, entouré de près de mille « camelots du roi », le service d'ordre musclé du mouvement royaliste. Transféré à la Santé après une reddition, dans l'honneur, au préfet Jean Chiappe, il s'en évada douze jours plus tard, s'exila en Belgique dont il ne revint qu'après sa grâce en janvier 1930. Toutes ces années furent marquées par de violentes polémiques entre Léon Daudet et ses détracteurs, allant de l'invective politique aux accusations de pornographie. André Gaucher, ancien activiste de l'Action Française qui ne pardonnait pas à Léon Daudet son ambition personnelle, publia en 1925 un livre intitulé *L'obsédé, drame de la libido*⁽⁸⁾. Il y dénonçait l'hypocrisie de Léon Daudet, auteur catholique défenseur de la morale et des valeurs chrétiennes, qui se permettait d'écrire des romans^(a) qualifiés partiellement de pornographiques, mais dont il ressort à l'évidence une thématique incestueuse^(b). Gaucher fit, même, appel à Freud, qui avait rencontré celui que Charcot nommait « le petit Tartarin » à sa table au cours de son séjour à Paris en 1985-1986⁽¹⁰⁾, et qui dans deux courriers de 1925 qualifia les ouvrages de Léon Daudet, bien qu'il reconnaisse n'en avoir lu au-

La Métapsychologie selon Léon Daudet*

cune ligne, de pervers plus que de névrotiques. Freud esquissa aussi dans ses réponses à Gaucher, une hypothèse héréditaire à la disposition névropathique dont semblait souffrir Léon Daudet, en pointant l'origine syphilitique du tabès dont était atteint son père Alphonse Daudet. Bien qu'aucune réponse à ces courriers ne fut publiée par Léon Daudet, nous pouvons imaginer toute sa rage et sa colère, lui qui, nous le verrons, a toujours dénoncé, pour les autres, le désastre psychologique de l'hérédo-syphilis. Léon Daudet clôt cette sombre affaire en publiant, en 1934, un ouvrage⁽⁵⁾ dans lequel il expliqua ce « secret d'état, ou comment la sûreté générale tue un enfant ». Evoquer Léon Daudet, c'est évoquer enfin, et ce sera le thème de cet article, le médecin qui bien que n'ayant pas exercé la médecine, n'a jamais renoncé à théoriser sur les liens intimes entre la santé physique et mentale et la psychologie humaine, développant dans deux ouvrages, *L'hérédo* en 1916⁽²⁾ et *Le monde des images* en 1919⁽³⁾, une méthode d'introspection qu'il nomme tout simplement *Métapsychologie*. Nous tenterons d'analyser ces écrits, en fai-

sant certains parallèles avec la psychologie analytique de Jung à laquelle ils ont été comparés⁽⁶⁾, et en cherchant dans la personnalité de Léon Daudet les fondations de leur élaboration.



« L'Hérédo » : un constat novateur

Léon Daudet écrit *L'hérédo* à 49 ans. Il est alors en pleine gloire. Journaliste à l'Action Française et critique littéraire reconnu, son poids politique ne fait que croître durant la guerre 14-18. Il est élu député trois ans plus tard. Léon Daudet vit, à cette époque, un moment de stabilité dans ses engagements personnels. Il semble avoir trouvé sa voie. Après des hésitations professionnelles (médecine, littérature), des déboires familiaux (divorce, décès de son père), il est remarqué et père d'un deuxième garçon de 8 ans, Philippe.

L'hérédo est publié dans un moment particulier de l'histoire de la psychanalyse, même si Léon Daudet n'y fait aucune mention, et qu'il n'ait probablement pas lu les ouvrages de Jung et de Freud. Ceux-ci se livrent depuis quatre années à une controverse sur l'hypothèse d'un inconscient collectif, défendue par Jung dans son ouvrage *Métamorphoses et symboles de la libido*.

Freud lui répond dans *Totem et Tabou*, en 1913, et travaille à cette époque sur un « complément métapsychologique à la doctrine des rêves », qui ne sera publié qu'en 1917.

Les références de Léon Daudet sont toutes autres. Il s'appuie, essentiellement, sur son vécu personnel et sa connaissance de la littérature, dont il tire de nombreux exemples. *La littérature aidant la vie, puis la vie retouchant la littérature, j'atteignis enfin la conception fort claire à laquelle je suis parvenu aujourd'hui. J'expérimentais sur moi-même la force de la volonté, appliquée méthodiquement à la victoire du soi sur le moi, et je fus étonné des résultats obtenus en peu de temps*^(2, p.85). Aucune théorie de l'époque ne sert de sous-bassement à son analyse. Il rejette en bloc, et dans des termes durs, les thèses de l'école française de psychiatrie à propos de l'inconscient. Charcot, Liebeault, Bernheim et autre Grasset^(c) font, selon lui, une erreur fondamentale, en assimilant l'inconscient à la suggestion hypnotique. Il ne peut accepter l'idée d'un inconscient face auquel le sujet serait passif et démuné. *Je ne nie pas que certaines parties de l'esprit puissent dormir, pendant que d'autres, appelées au mouvement, demeurent éveillées. Je ne m'insurge pas contre le terme de subconscient, ni contre aucun autre terme qui signifie une diminution ou une altération de notre essentielle faculté, la conscience. Mais je nie l'inconscient métaphysique et psychologique, en tant qu'explication générale de l'inconnu, du peu connu de l'être normal et sain*^(2, p.114). De même, il refuse les théories des localisations organiques de Broca, et l'idée d'un déterminisme évolutionniste.

Léon Daudet axe tout le contenu de son ouvrage sur ce qu'il appelle le drame intérieur, le drame humain du combat entre le soi et le moi. Faisant le constat de l'existence en chacun d'entre nous, au sein de notre moi, de présences héréditaires (appelées *hérédismes*, *hérédoprésences* ou *hérédofigures*) qui, tels des fantômes indisciplinés, chuchotent et se disputent, donnant une tonalité thymique, un état d'esprit variant au gré des intrigues, Léon Daudet appelle *soi* l'instance capable d'y mettre bon ordre. Le comparant au chœur antique commentant les péripéties de notre théâtre intérieur, il donne au soi une fonction de distanciation, d'éclairage des forces en présence. Le soi qui n'existe, pour Léon Daudet, que par le tonus du vouloir et qui n'est accessible que par l'introspection, se structure au fur et à mesure des années, permettant l'initiative créatrice et l'équilibre par la raison. Chaque homme doit se libérer de ses fantômes intérieurs, de ses aïeux, ne plus être un homme spectateur, déterminé par son hérédité, mais un homme agissant. Celui qui échoue, dans cette tâche, est aux yeux de Daudet un *hérédé*. Un autre terme intervient entre le moi et le soi, l'instinct génésique. Comparable à la pulsion, l'instinct génésique représente le désir dans

LIVRES

Michel de Certeau

Le marcheur blessé

François Dosse

La Découverte

Jésuite et historien spécialiste du XVII^e siècle et de la mystique, sociologue de la culture du quotidien, anthropologue, sémiologue et co-fondateur de l'école lacanienne, Michel de Certeau est une figure singulière de l'histoire intellectuelle du XX^e siècle. Célébré par le tout-Paris lors de sa disparition en janvier 1986, il est demeuré un franc-tireur isolé. Sa position d'écart par rapport aux pouvoirs établis n'a pas permis de mesurer son apport au renouvellement des sciences humaines en général et à l'histoire en particulier. Jésuite fidèle à son engagement religieux, fortement interpellé par le mouvement de Mai 68, Michel de Certeau a accompagné le questionnement des chrétiens confrontés à la modernité et à la crise de l'Église. Dans cette biographie, François Dosse fait parcourir les multiples lieux et milieux, laïcs et religieux, traversés par Michel de Certeau, dessinant le parcours d'une figure attachante engagée dans les enjeux de son temps. L'auteur a conduit une vaste enquête auprès de deux cents témoins de la vie et de l'œuvre de Certeau qui a traversé le continent psychanalytique au moment où ce savoir est considéré comme un moyen privilégié d'accès à la vérité, en pleine vogue structuraliste. Il a participé, en 1964, à la création de l'École freudienne. Aux frontières de l'acte analytique, Certeau en a respecté la singularité et interrogé les entours. Ce détour a surtout été animé par le désir de comprendre la mystique.

Une psy chez les flics

Françoise Fonteneau-Dehennault

Préface de Robert Broussard

e-dite, Coll. Criminales

Les mémoires d'une psychologue, chargée d'une mission de formation et de recrutement des policiers par le ministère de l'Intérieur de 1983 à 2001. Un point de vue sur les réalités humaines, l'organisation, mais aussi sur les politiques officielles et officieuses. Ce témoignage contribue à éclairer le rôle tangent des psy au sein de toute dynamique institutionnelle et débouche sur des propositions de changement du traitement de la violence sociale.

I. Delage

Jung et la troisième hypothèse

De Franck C. Ferrier

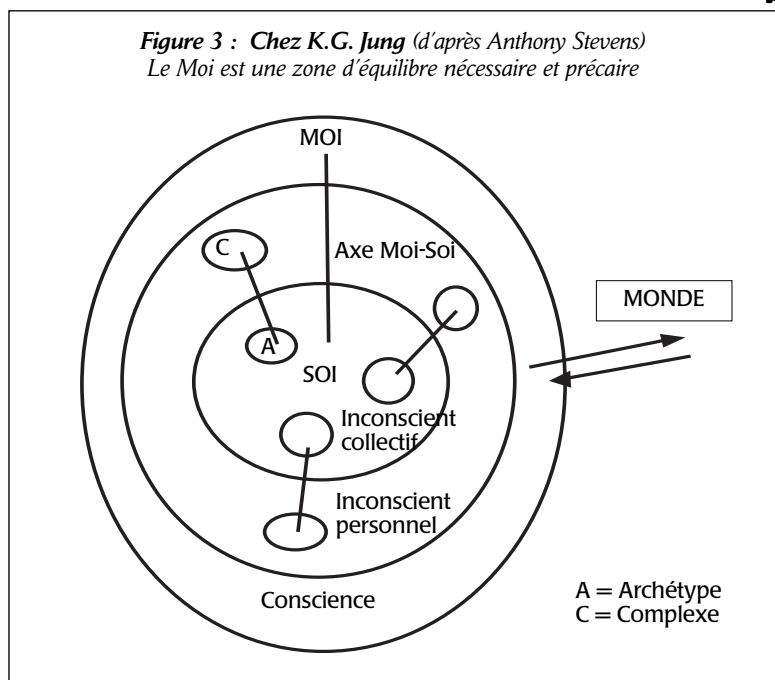
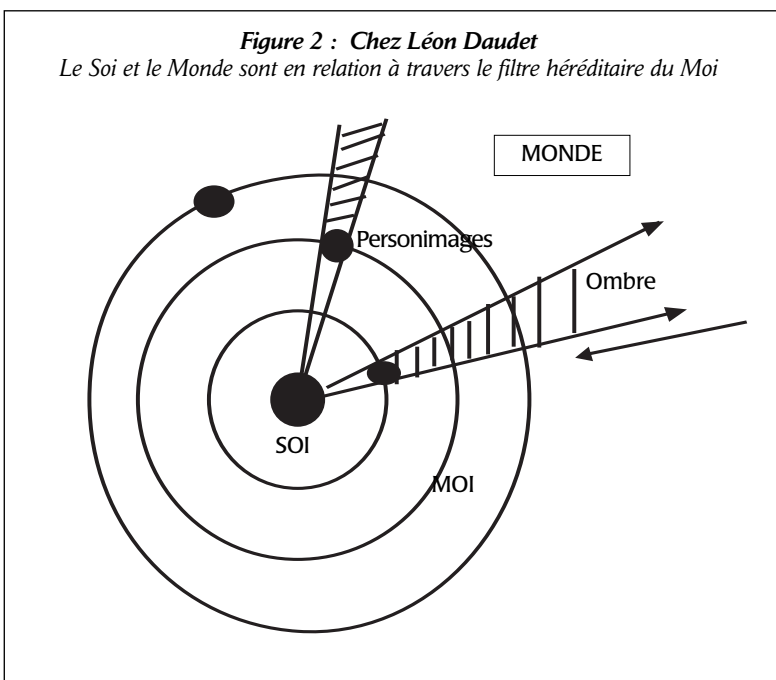
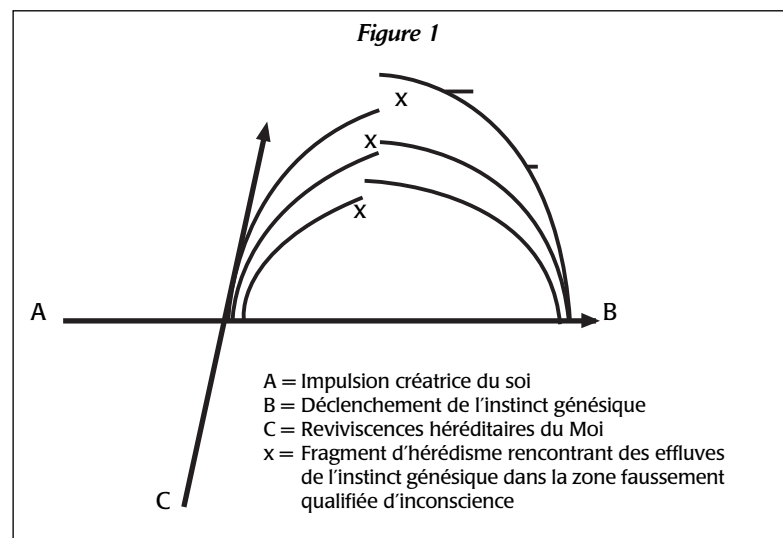
Préface de Michel Richner

Coll. « Etudes Jungiennes »

Georg Éditeur

L'hypothèse d'une troisième dimension pourrait permettre de construire des modèles théoriques pour une discipline empirique. Ainsi, l'auteur, psychanalyste d'origine franco-suisse et universitaire montréalais développe, au sein de l'univers jungien, les conséquences d'une définition de l'âme conçue comme le révélateur d'un monde d'oppositions. Considérer la polarité Matière-Esprit comme le produit de la conscience semble permettre d'acheminer une réflexion sur le féminin et la clinique de la dissociation. Méditation possible pour les non-initiés à partir des concepts imagés de la psychologie jungienne. Les successeurs de Freud pourront toujours se questionner sur la fonction sociale des malentendus et de leur transmission.

I. Delage



LIVRES

Karl Abraham
Bernard Lemaigre
PUF

Bernard Lemaigre, membre de la Société psychanalytique de Paris, rédacteur en chef, puis directeur de la revue *Psychanalyses* de 1983 à 1991, présente un livre consacré à Karl Abraham dans la collection *Psychanalyses d'aujourd'hui*.

Karl Abraham fut, avec Sandor Ferenczi, l'un des tout premiers pionniers de la psychanalyse. Il l'introduisit en Allemagne et fut, avec Max Eitingon, le fondateur à Berlin du premier Institut de formation et d'une polyclinique où l'on pratiquait des traitements gratuits. Excellent clinicien, il fut l'analyste de nombreux praticiens, et notamment de Melanie Klein. Ses textes cliniques demeurent une « source vive » de la pratique car « ils réalisent, comme ceux de Ferenczi, la collecte des contenus d'un inconscient encore en friche ».

Son œuvre théorique, marquée par sa réflexion sur la mélancolie, la psychose maniaco-dépressive, s'orienta vers l'étude des stades du développement de la libido et de l'amour d'objet. Elle fut, et est encore, l'objet de discussions dans le milieu analytique. Karl Abraham proposa, à la fin de sa vie trop vite interrompue, des hypothèses originales sur la sexualité féminine.

Corps et âme
Pratique de la théorie relationnelle

Sami-Ali
Dunod

Ce livre constitue un point de départ pour aborder un champ que délimitent deux concepts, l'âme et le corps. C'est ce qui est exploré ici le long d'un axe fourni par la pathologie allergique, différemment localisée chez un enfant et un adolescent, dont les thérapies sont restituées, séance par séance, au plus près possible d'une parole qui n'existe que dans la relation. Relation qui comprend également les phénomènes immunitaires et biologiques, permettant de définir le psychique et le somatique comme relationnels et de saisir la réalité humaine dans sa globalité, à travers des situations qui vont du conflit soluble à l'impasse.

Fonction poétique et psychothérapie
Une lecture de « In memoriam » de Gabriel Ferrater

François Tosquelles
Traduit du catalan par Antoine Viader
Erès

Dans cet ouvrage consacré à l'œuvre du poète catalan Gabriel Ferrater, né comme lui à Reus, François Tosquelles met l'accent sur la fonction de la parole et du langage en tant qu'elle est constitutive du sujet. Il insiste sur la fonction poétique du langage, présente dans tout discours humain. Il développe l'hypothèse selon laquelle le discours d'un patient en psychothérapie ou en psychanalyse suit le même cours que celui d'un poète s'efforçant d'exprimer la réalité du monde ou sa propre vérité dans une œuvre accomplie. Dans les deux cas, même si la valeur esthétique n'est pas la même, il s'agit de travailler à la recherche de son identité et de sa singularité. Ce livre conserve partiellement un style verbal, dans lequel la parole de l'auteur naît, vit, au fur et à mesure, sans que la rigueur de la pensée et la précision du propos soient entamées. Ceux qui ont connu François Tosquelles retrouveront sa présence humaine, à travers son approche de l'existence.

sa dimension automatique, un peu comme des rouages, moteurs essentiels de l'être en vie. L'initiative créatrice du soi (A fig. 1) a besoin de se diriger vers l'instinct génésique (B). Chemin faisant, sa lignée directrice est brisée par les reviviscences héréditaires du moi. Sous l'influence de cette rupture, elles s'éparpillent hors de la ligne du soi (fig. 1). *Le désir happe les hérédismes* (2, p.106) et en éparpille des fragments en dehors de la ligne sous la maîtrise du vouloir. Ceux-ci, dans leur rencontre avec les effluves de l'instinct génésique, elles aussi hors du contrôle de la volonté, donneront naissance à des formes agissantes, jouant la comédie de l'inconscience (2, p.107). Tout sujet désirant donne naissance à des présences héréditaires nouvelles, qui ne sont que la projection de fragments d'hérédismes hors de l'axe du soi. Léon Daudet pense que les symptômes névropathiques peuvent être expliqués par l'autonomisation de ces fragments, dont les combinaisons sont d'une variété infinie. Le soi doit alors avoir pour ambition d'éclairer ces fragments, dans une introspection lucide. *Un malaise, même physique, un vertige accompagné d'angoisse précordiale accompagnent souvent la connaissance que l'être prend alors de sa véritable situation hérédoplastique* (2, p.142), rappelant l'expérience douloureuse, parfois terrifiante, de la reconnaissance de l'ombre telle que l'a décrit Jung (12, p.49). Aussi, forte soit cette souffrance, l'introspection est nécessaire, et Léon Daudet fustige les médecins qui *en donnant du Bromure ne font qu'endormir le patient, engourdir son moi et accumuler en lui les images dangereuses* (2, p.291).

Si Léon Daudet décrit, avec précision et rigueur, le combat entre le moi et le soi, ainsi que la nécessaire prise en compte des fantômes agissant en nous, il est beaucoup plus en difficulté pour synthétiser un système de compréhension de leur action, et permettre une stratégie du soi. Il ne peut résister à envisager une sélection entre bons et mauvais hérédismes, laissant entendre que l'on ne peut être que le meilleur de ce qui est déjà déterminé en nous par notre appartenance à la lignée, après avoir laissé espérer une émancipation plus radicale. Cette première faille ne fera que s'ouvrir au fil de son élaboration théorique. Il tente néanmoins des regroupements dans ce qu'il appelle des *constellations héréditaires, au plus profond des lignées ancestrales,*

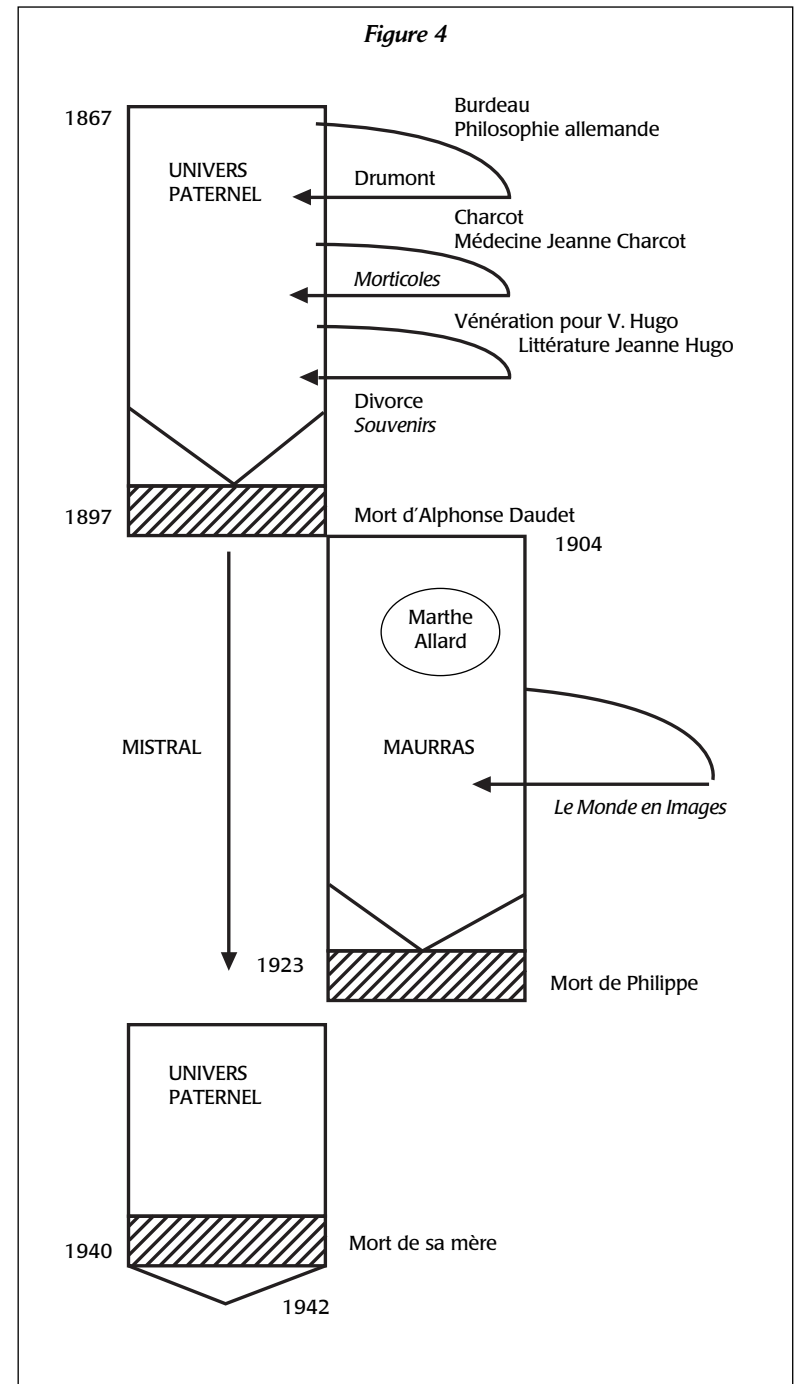
comme des systèmes stellaires au fond d'espaces infinis, que l'introspection ne permet pas de résoudre, du moins jusqu'à présent (2, p.260). Le soi n'a alors pas à effectuer un travail d'élimination des mauvais hérédismes, mais il doit trouver une autre répartition, un nouvel équilibre entre les éléments reconnus et agissant de ces hérédoplasticités. Cette esquisse d'un travail du soi à la marge du connu, du déterminé, dans la recherche d'un équilibre entre le sujet en voie d'individuation, et le patrimoine héréditaire aux limites infinies, rappelle l'idée jungienne de complexe et d'archétype. Malheureusement, et nous tenterons d'en comprendre les raisons, Léon Daudet ne poursuivra pas la voie que son intuition lui avait ouverte.

Un autre thème affleure, celui de l'Ipse et de l'Idem (11). Sans aller aussi loin que Ricoeur, Léon Daudet tente de différencier le noyau immuable, intransmissible, et peut être immortel du soi, son Ipséité, des divers assemblages du moi héréditaire, transmissible, qui constitue l'écorce de la personnalité.

Le Monde des images ou l'étouffante théorisation de L'hérédoplastique

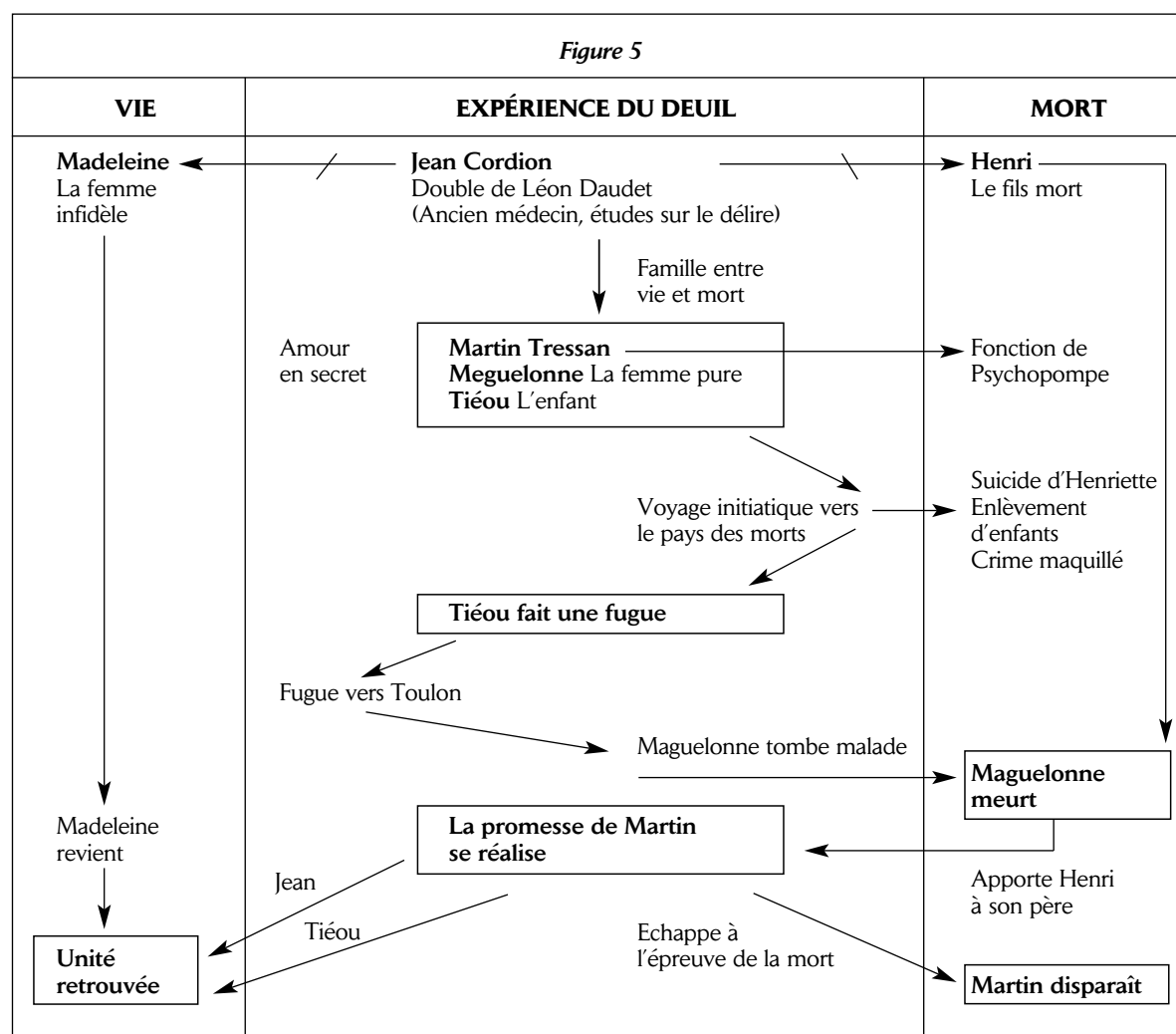
Trois ans après *L'hérédoplastique*, Léon Daudet en publie la suite annoncée, *Le monde des images*, ouvrage dans lequel il se donne pour ambition de détailler un procédé thérapeutique d'introspection à travers l'exploration des images mentales. L'inspiration novatrice de *L'hérédoplastique* est ici, quelque peu émoussée. Daudet se perd dans un texte manquant de rigueur, passant de références très personnelles (au moins une dizaine de digressions sur son père, des affirmations répétées sur sa propre ascendance, la mise en valeur des qualités de sa descendance par un mariage avec sa cousine germaine dans les deux lignées paternelle et maternelle), à des considérations théoriques pour le moins réductrices et étouffantes.

Léon Daudet semble plaider sa cause. Ses attaques réglées contre l'hérédosyphilis et ses ravages dans la qualité des soi de la descendance des sujets atteints, posent question quand on connaît la fin tragique de son père, Alphonse Daudet. A quel niveau situer cette bataille, alors que Léon Daudet, ami d'Edmond Fournier fils d'Alfred Fournier le découvreur de la nature syphilitique du tabès, ne pouvait ignorer le mal dont



était atteint son père. Son affirmation sur la rectification d'une syphilis paternelle par la qualité de la lignée maternelle (3, p.182) est à la fois touchante et dérisoire. Léon Daudet, dont la crainte d'une faiblesse de son moi est évidente, cache mal son angoisse et ses mécanismes de réassurance. Il peut, d'un côté, confier que son premier texte philosophique mettait en scène le dialogue d'un ver de terre et d'un géant, affir-

mer l'influence négative sur le soi d'un ancêtre faible, décrire en lui le combat entre ses maîtres de philosophie sur sa représentation du monde (4), et d'un autre côté glorifier sa filiation spirituelle avec Mistral, parler de l'influence de son ascendance d'hommes et de femmes de lettre sur son inspiration littéraire et ses qualités d'orateur. On perçoit, chez lui, la nécessité d'une lutte contre sa faiblesse supposée, et la difficulté du détachement par rapport à l'image paternelle garante de sa capacité. Celui qui, de par sa problématique même, avait mis le doigt trois ans auparavant sur un dilemme essentiel, tente en urgence d'en nier la dimension paradoxale, en voulant y trouver une solution non dans un équilibre nouveau et toujours précaire, mais dans l'affirmation de sa possible liquidation. Ce besoin d'objectivation rassurante l'amène à construire des hypothèses absurdes, en contradiction avec ses critiques acerbes au sujet des tenants des localisations, dans lesquelles il donne au grand sympathique (3, p.122) et au cerveau (3, p.204) une fonction dans la circulation des personimages à l'intérieur de notre corps, espérant même la mise au point d'imagographes (3, p.248) capables d'enregistrer leur présence. C'est tout son système qui semble se refermer sur le besoin de tête à tête avec une hérédité perçue comme rédemptrice. Un moment envisagées comme ouverture du sujet sur l'indéterminé héréditaire, les hérédoplasticités se transforment en un système psychostellaire où le soi, celui qui est sous le contrôle de la volonté, devient central, et autour duquel les personimages gravitent (3, p.70). Le soi les éclaire d'un faisceau plus ou moins large suivant sa vigueur, dans des secteurs plus ou moins différenciés du cadran en fonction de sa volonté du moment. Si l'ombre existe encore, elle ne porte que sur la part non



éclairée des personnalités, protégeant le soi de ses propres contradictions, et de l'indéterminé. A l'égal du *Sol Invictus* des Romains, le soi devient dans un syncrétisme solaire, le dieu du lieu. Léon Daudet va jusqu'à nier la part de l'autre, l'étranger, dans la création, qu'il assimile à la seule rencontre de la mémoire individuelle avec la mémoire collective, comme le spermatozoïde attaque l'ovule (3, p.188). La représentation du monde de Léon Daudet est étouffante, quasiment incestueuse. Tout se passe en famille. Nous sommes bien loin du système jungien auquel *L'hérédé* a été comparé. Si, pour Jung, le soi est lui aussi central et vise à la totalité, il n'est pas objectivable par notre connaissance. Il s'enracine dans la biologie tout autant que dans les mystères ineffables de l'âme. Le moi, nos préoccupations conscientes, s'est progressivement individué du soi au contact de la réalité, tout en conservant un axe moi-soi et en formant une enveloppe pour le soi (fig. 3 d'après Anthony Stevens (12, p. 34)). Le monde est l'interlocuteur permanent et indispensable du sujet. Réactivant sans cesse le dialogue moi-soi, il impose la recherche d'un équilibre toujours remis en cause entre complexe et archétype. Chez Léon Daudet, le soi et le monde sont deux entités totalement objectivables, séparées par la nébuleuse trompeuse du moi. L'énergie du soi doit mettre bon ordre dans le moi pour permettre un rapport soi-monde peu diffracté par l'hérédité. Chez Jung, par contre, le soi et le monde sont deux entités à jamais inobjectivables. La seule part objectivable réside dans le travail permanent du moi dans l'axe soi-moi-monde. L'individu se doit de gérer deux mystères ; celui du monde et celui du soi. Il sait que l'ombre est au dehors et au-dedans.

L'Hérédé et la personnalité de Léon Daudet

Le double mouvement, tentative d'émancipation suivie d'un retour dans la nébuleuse familiale, que nous constatons dans l'élaboration théorique de Léon Daudet, est un mouvement perceptible dans toute son existence (fig.4). Durant les trente premières années de sa vie, c'est-à-dire jusqu'au décès de son père, il tenta à diverses reprises de s'extirper de l'influence paternelle, de construire un projet de vie qui lui soit propre. A chaque fois, il lia intimement sa vie amoureuse à l'image d'un maître rencontré dans la zone d'influence paternelle. Ainsi il courtisait la fille de Charcot, Jeanne, et il épousa la petite-fille de Victor Hugo, elle aussi prénommée Jeanne. A l'attirance initiale pour le maître et pour l'univers nouveau qu'il lui fait entrevoir, succède toujours la déception et la critique. Ainsi, il fit à Charcot moins d'un an après sa mort, peut-être à cause de son échec à l'internat de médecine, un procès sans concession dans son roman *Les Morticoles*. Le maître est tout ou il n'est plus rien. Différent, en cela, de Freud qui, malgré l'orientation originale qu'il donna à ses recherches, continua à exprimer une grande admiration pour Charcot (10, p.241), Léon Daudet ne semble pas garder, en lui, de trace personnellement utilisable de l'enseignement de ses maîtres. Malgré sa très grande érudition, il n'a pas de distance critique vis-à-vis de leurs théories. Il est soit totalement pour, soit farouchement contre. Sept ans après la mort de son père, Léon Daudet, déjà très influencé par les idées de Drumont, rencontre Charles Maurras. Son existence semble alors se construire dans une double filiation ; une filiation concrète dans la personne de Maurras, permettant l'élaboration d'un nouveau projet de vie dans l'engagement journalistique et politique, une filiation philosophique et spirituelle à travers l'œuvre et les souvenirs de Mistral, le rattachant au père disparu. A cette période, son

Date	Age	Vie Familiale	Vie sociale	Ecrits	Influences
1867		Naissance à Paris Enfance bercée par la Provence et la vénération de son père	Rencontre de nombreux personnages illustres (Hugo, Mistral, Zola, Renan, Gambetta, les frères Goncourt) Elève de Burdeau au lycée Louis le Grand		
1883	15	Naissance de son frère Lucien			Philosophie allemande Wagner Darwin
1885	17	Fréquente Jeanne Charcot	Ami de Georges Hugo, petit-fils du poète, il aide à son exécution testamentaire à Hauteville House Etudes de Médecine Fréquente les salons littéraires et les dîners mondains aux côtés de son père		« La France Juive » d'Edouard Drumont
1891	24	Epouse Jeanne Hugo, la petite-fille du poète Naissance de son premier fils Charles			
1893	26		Echec à l'internat en médecine		
1894	27			<i>Les Morticoles</i>	
1895	28	Divorce de Jeanne Hugo			
1896	29			<i>Le voyage de Scheakspeare</i>	
1897	30	Mort de son père Alphonse Daudet			
1904	37	Mariage avec sa cousine Marthe, née du mariage du frère de sa mère, avec la sœur de son père			Rencontre Charles Maurras
1908	41	Naissance de son fils Philippe	Création de l'Action Française Engagement politique royaliste Retour à la foi catholique	Divers romans	
1914	47			Premier des 4 tomes des <i>Souvenirs</i>	Mistral
1916	49			<i>L'hérédé</i>	
1919	52		Elu député de la Seine	<i>Le Monde des Images</i>	
1923	56	Mort de son fils Philippe			
1624	57		Battu aux élections législatives	<i>Jour d'orage</i>	
1925	58				
1926	59		Condamné à 5 ans de prison Arrêté le 14 juin, s'évade le 26, et s'exile en Belgique	<i>Courrier de Pays-Bas</i>	
1927	60		Retour en France		
1930	63			<i>La tragique existence de Victor Hugo</i>	
1937	70			Quand vivait mon père	
1940	73	Mort de sa mère			
1942	75	Mort à Saint-Rémy de Provence			

engagement amoureux le rapproche encore plus de la lignée héréditaire. Il épouse, en deuxième noce, Marthe Allard, double cousine germaine née du mariage du frère de sa mère, Léon Allard, avec la sœur de son père, Anna Daudet. Les deux ouvrages étudiés sont de cette époque. Enfin, après la mort de Philippe et l'exil en Belgique, Daudet se retourne complètement vers la Provence et le souvenir paternel, écrivant deux ans avant sa mort *Quand vivait mon père*.

Jour d'orage : le roman du deuil (fig.5)

Un an après la mort de son fils Philippe, Léon Daudet écrit dans le désarroi du deuil *Jour d'orage* (4). Ce roman est un autre exemple de l'omniprésence de la lignée héréditaire et de l'importance du maître. Le héros de l'histoire, Jean Cordion est à son image. Ancien médecin en rupture avec la faculté, il mène des études sur le délire. Il vit dans la souffrance de la mort de son jeune fils Henri, et le départ de sa femme Madeleine. Au cours d'un séjour à Saint-Rémy de Provence, Jean Cordion rencontre une famille entre vie et mort, à laquelle il s'attache. Le père, Martin Tressan, dit Nostradamus, est un sorcier connu pour apaiser les douleurs de l'âme. Maguelonne, sa fille, est une jeune femme pure dont Jean tombe amoureux en secret. Tiéou, le fils, est un jeune garçon qui, tel Philippe, est hanté par le désir d'un grand voyage. Alors, commence une déambulation initiatique entre *Les Baux* et *Evenos*, lieu de naissance de Martin, là où il a déjà vu passer *en migration les jeunes morts de la race*. La promesse de Martin, qui agit tel un psychopompe, redonne confiance à Jean vivant, maintenant, dans l'espérance de revoir Henri, le fils disparu. Tous ses doutes quant au

suicide, les épreuves face aux enlèvements d'enfants et autre crime maquillé, ses colères devant l'indifférence de la police et de la justice, s'effacent au contact quotidien de ses nouveaux amis. Arrivés à bon port, Tiéou (tu es où?) fait une fugue vers Toulon. Rattrapé par les siens dans la nuit, il ne prendra conscience de la gravité de son acte, qu'en voyant mourir sa sœur bien aimée dans ses bras, terrassée par une pneumonie. Accablé de chagrin, Martin accompagne néanmoins Jean là où, dans un tableau mystique, il peut enfin apercevoir son fils mort, que lui apporte telle une déesse, Maguelonne. La réalité reprend ses droits. Madeleine, la femme infidèle, revient, et après l'évaporation mystérieuse de Martin qui tel un dieu échappe à la mort, la famille décimée se recompose dans une unité retrouvée. Jean et Madeleine ont un nouveau fils, Tiéou. Ce roman est le prototype de ce que Léon Daudet conçoit en littérature, la mise en scène des fantômes intérieurs de l'auteur. En pleine bagarre judiciaire, défendant avec acharnement, et non sans argument, la thèse selon laquelle son fils fut la victime d'un complot des anarchistes et de la police politique (5), Léon Daudet trouve, ici, un espace dans lequel s'amorce un travail de deuil, et s'étale très clairement sa problématique névrotique. Il ne peut agir sans un père. Martin Tressan est, dans cette histoire, le guide indispensable, celui qui prend totalement en charge Jean, tant sur le plan matériel, affectif que spirituel. Cet homme est à l'image d'un héros, capable d'approcher l'au-delà, serein face aux deuils qui le frappent. C'est sous son aile que Jean pourra revoir son fils disparu, permettant la reprise du lien paternel après que le lien de la terre soit rompu. Ce lien paternel fut probablement

difficile entre Léon et Philippe Daudet. Le père évoque la mémoire de son fils dans trois pages (5, p.181/3) d'un ouvrage de 1934 consacré aux crimes de la police politique. Si la thèse du suicide n'est pas certaine, il paraît évident que Philippe vivait une adolescence perturbée. Dès l'âge de douze ans il avait tenté de s'embarquer à Marseille au cours d'une fugue. L'avant veille de sa mort, il était au Havre, cherchant un passage pour le Canada. Ce désir d'être

LIVRES

Pensée psychotique et création de systèmes *La machine mise à nu*

Sous la direction de Fabienne Hulak

Erès

La conception de cet ouvrage a été initiée à partir d'un questionnement sur le rapport qui devait exister entre le thème de la machine et les délires systématisés. Dans les collections d'œuvres asilaires constituées au début du XX^e siècle, les machines chargées des connotations du progrès, d'une modernité technicienne, semblaient réfuter le bien-fondé d'une proximité de principe entre l'art des fous, celui des primitifs et des enfants. Elles prennent cependant une place dans l'art des asiles parce que le délire est une rigoureuse élaboration et que le discours de la science lui va comme un gant. Proposant un parcours à travers l'histoire, l'épistémologie et la clinique, ce livre s'intéresse aux constructeurs de machines particulières, machines « folles », inventions irrationnelles pourtant construites avec une certaine rationalité : sujets psychotiques d'aujourd'hui comme Raymond et sa langue fondamentale, Frantz et ses météores, Pierre et son pont, Arnauld et ses automobiles, mais aussi psychiatres fous d'hier comme F. Klein et son traité des « *maladies mentales expérimentales* » ou encore Wilhelm Reich et sa machine à attraper l'orgone. Qu'elles soient maintenant exposées dans des musées grâce à la reconnaissance de l'art des fous par des hommes de culture comme Marcel Réja, Hans Prinzhorn, Jean Dubuffet, André Breton ou André Malraux, ou qu'elles envahissent le cadre des psychothérapies ou même l'espace de vie de leur auteur, ces machines chargées d'une modernité technicienne ne cessent d'interroger.

Très tôt la psychiatrie a repéré l'importance du thème délirant de la machine et il n'est pas inutile, pour en comprendre les mécanismes, de rappeler la notion de systématisation paranoïaque de E. Kraepelin, le rationalisme morbide de E. Minkowski ou le syndrome d'automatisme mental de G. De Clérambault.

Avec la participation de Jean-Claude Beaune, Jean-Louis Bonnat, Alain Brice, Laurent Busine, Alain Calderon, Fabian Fajnwaks, David F. Allen, Georges Lanteri-Laura, Jean-Claude Maleval, Michel Normand, François Sauvagnat, Yann Tanguy, Pierre Vermeersch, Mariéline Weber, Eric Zulliani.

Groupe d'Etudes sur l'Histoire de la Psychiatrie

Une nouvelle Association consacrée à l'histoire de la psychiatrie a vu le jour. Il s'agit du Groupe d'Etudes sur l'Histoire de la Psychiatrie (G.E.H.P.) constitué en Association en janvier 2003. Il a été fondé par un groupe de psychiatres et d'historiens dans le but initial d'organiser, en France, le prochain congrès de l'Association Européenne d'Histoire de la Psychiatrie (European Association for the History of Psychiatry) et avec l'objectif général de favoriser et promouvoir rencontres, colloques et publications concernant l'histoire de la psychiatrie et de ses disciplines affines. L'EAHP organise, tous les trois ans, un congrès européen consacré à l'histoire de la psychiatrie. Les deux précédents se sont tenus à Zurich en 1999 et à Madrid en 2002. C'est au groupe français qu'il a été confié le soin d'assurer la sixième édition qui devrait se tenir à Paris en Septembre 2005. Le Groupe d'Etudes sur l'Histoire de la Psychiatrie (G.E.H.P.) a obtenu l'amical parrainage de plusieurs sociétés savantes de grand renom et impliquées dans la psychiatrie et son histoire : la Société Médico-Psychologique, l'Evolution Psychiatrique, la Société Internationale pour l'Histoire de la Psychiatrie et de la Psychanalyse, la Société Française d'Histoire de la Médecine, la Société Française pour l'Histoire des Sciences de l'Homme. Dans un premier temps, sera publiée une lettre (newsletter) faisant état des activités et projets de l'Association et de ceux de l'EAHP. Pensant que vous seriez intéressés à nous rejoindre, nous vous engageons à vous inscrire à l'Association pour le montant annuel, minime, de 20 euros. Cet apport financier est nécessaire pour faire vivre l'Association et développer les actions dont nous voulons être, avec vous, les porteurs.

Le Président, Pr. Jacques Arveiller
Le Trésorier, Jean-Christophe Coffin

Les cotisations doivent être adressées, par chèque, à :
Jean-Christophe Coffin, Trésorier du G.E.H.P.,
Centre A. Koyré (CNRS), 27 Rue Damesne, 75013 Paris

LIVRES

**Les conduites de dépendances
Dimensions
psychopathologiques
communes**

Maurice Corcos, Martine Flament, Philippe Jeammet
Masson

Cet ouvrage constitue la première publication exhaustive des résultats d'une étude du Réseau Dépendance conduite de 1994 à 2000 sous l'égide de l'Insem, de la Fondation de France et de la CNAM. Il s'agit d'une étude multicentrique intégrant 12 centres européens, plus de 600 patients et 600 témoins. L'objectif était de rechercher les dimensions psychopathologiques communes aux conduites de dépendance, quel que puisse être l'objet ou le comportement d'addiction (troubles des conduites alimentaires, alcoolisme, toxicomanie, tabagisme, abus de psychotropes). Cette identification permettant d'envisager une politique de prévention individualisant des facteurs de risque et d'organiser des traitements spécifiquement adaptés et plus précoces. Ces facteurs de risque ont été appréhendés à deux niveaux différents et cependant intriqués : en amont, la personnalité du sujet addictif et la participation de dimensions psychopathologiques communes sous-jacentes aux conduites addictives (dépendance affective, alexithymie, dépressivité, recherche de sensations, attachement, etc.) ; en aval, la place occupée par la conduite de dépendance dans l'équilibre et le fonctionnement psychique du sujet.

Les résultats de l'étude apportent d'autres informations épidémiologiques et cliniques, en particulier sur la comorbidité des troubles addictifs avec les troubles dépressifs et anxieux, les autres conduites de dépendance, le suicide, la consommation de psychotropes.

Avec la collaboration de A.-M. Alléon, F. Atger, M. Bader, J.-L. Beratto, P. Bizouard, M. Bolognini, A. Brun-Eberentz, S. Carton, F. Curt, C. Dugré-Le Bigre, F. Far-es, G. Frasson, E. Gauthier, L. Gicquel, N. Girardon, N. Godart, J.-D. Guelfi, S. Guibourgé, O. Guillaud, E. Haffen, O. Halfon, J. Laget, F. Lang, G. Loas, N. Lourman, P. Mazet, G. Michel, D. Miacque, O. Morvan, S. Nezelof, S. Patermiti, F. Perdereau, F. Perez-Diaz, A. Pham-Scottez, B. Pierrehumbert, B. Plancherel, A. Rojas-Urrego, M. Rousseau, M. Speranza, P. Stephan, O. Taïeb, P. Vandel, J.-L. Venisse, A. Verrier.

**Mes hôpitaux
et autres textes sur l'hôpital**

Paul Verlaine
Notes et postface de Jérôme Solal
Editions des Mille et Une Nuits

Du 22 juillet 1886 à sa mort le 8 janvier 1896, Verlaine partage sa vie entre l'hôtel et l'hôpital.

Dans l'itinéraire chaotique du poète saturnien, l'hôpital vient à son heure. Un enfermement chasse l'autre. 1885 : dernière incarcération d'importance, un mois à la prison de Vouziers pour des violences sur sa mère. 1886 : première hospitalisation, six semaines à l'hôpital Tenon, pour des ulcères aux jambes liés à une syphilis anciennement contractée. Verlaine commence par Tenon, finit par Bichat, fréquente entre-temps Cochin, l'asile de St. Maurice qui vient d'être créé, Saint-Antoine, Saint-Louis, préférence Broussais. Il y reste des semaines ou des mois selon les besoins. Somme toute, le monde des hôpitaux reste acceptable car il donne au prosateur de quoi vivre, voir, lire et écrire. Hôpital ou prison, tout espace est bienfaisant dès lors que s'y tient la possibilité de créer.

au plus loin des siens contraste avec le fait d'être au plus près de sa mère. Léon Daudet dit qu'il *couchait dans la chambre de sa mère, au pied de son lit, et qu'elle l'aidait à sa toilette, le matin au réveil*. Quelle force, aussi puissante, peut pousser un adolescent de juste quinze ans à fuir si loin de ses parents, tout en leur faisant part de son amour (e), si ce n'est un danger incestueux imminent. Léon Daudet, qui avait pourtant perçu pour lui-même ce qu'est un conflit intérieur, n'évoque qu'une hypothèse médicale rassurante, celle de son ami le docteur Lucien Bernard, pour qui les fugues de Philippe étaient le seul symptôme d'un supposé mal comitial. Si dans son roman, il peut concevoir le désir de voyage, d'aventure, d'indépendance de Tiéou, il refuse l'idée que Philippe ait pu être habité lui-même par un tel drame intérieur. Les quelques mots qu'il écrit sur sa relation à Philippe sont emplis d'une grande tendresse et de beaucoup d'affection. Le père et le fils étaient sûrement très proches, mais le besoin de reproduire à l'identique ce qu'il avait vécu avec son père Alphonse, étonne. Comme avec lui, ils partaient seuls en tête à tête visiter la Provence, comme lui toujours, il traduisait durant la nuit les versions latines difficiles, comme lui enfin, il aimait faire partager son activité professionnelle. Ces quelques lignes consacrées à Philippe sont de la même veine que celles des *Mémoires* (1) dans lesquelles il évoque son père Alphonse. Maguelonne a, elle aussi une place centrale dans ce roman. Elle est la fille du maître, l'aimée de Jean, la grande soeur de Tiéou et sa mère adoptive depuis le décès de leur mère. Cette jeune femme pure est le lien entre tous les hommes, celle que tous aiment, celle qui les aime tous, et celle que jamais personne ne possédera. Elle est une image idéale de beauté, de dévoue-

ment, de pureté. Jean ne pourra poursuivre son existence avec Madeleine que par ce qu'elle lui ressemble, que parce qu'une part de Maguelonne vit en Madeleine. Cette mise en scène oedipienne mêlée au travail du deuil, dévoile une part des racines du système psychologique étouffant de Léon Daudet, dans lequel fantômes intérieurs riment avec névrose. Jusqu'au surnom de *petit frère* (5, p.182) qu'il donne à son fils Philippe, comme la tentative dérisoire de ramener tout vécu de l'instant à ce qui a déjà été.

Conclusion

Nous avons voulu dans ce survol de l'oeuvre, et de la vie, de Léon Daudet, mettre en lumière la dimension paradoxale de son besoin d'individuation. Très tôt, par un constat qui nous paraît novateur, il pris conscience du poids de l'hérédité dans le développement de son existence, non pas simplement au niveau de la tradition et de l'environnement familial, mais au plus profond de lui-même. Il décrit, alors, le drame intérieur qui se joue en nous tous, entre notre soi et nos ancêtres, ainsi que nos efforts pour nous extraire de la nébuleuse familiale. Arthur Tatossian évoquait, au sujet de ce mouvement, le terme de dilemme des fils auquel il donnait le statut de structure anthropologique (13). La filiation a, selon lui, une double polarité ; d'un côté la filiation subie, passive ou instituée, par laquelle le fils prend la place, les biens, la fonction du père, lui permettant ainsi de vivre mais sans être soi, et de l'autre côté la filiation exercée, active, instituant, par laquelle le fils renonce à tout ce qui est le père, permettant d'être soi mais au risque de sa mort. Comme tout dilemme, celui-ci est insoluble. Seul un équilibre, toujours remis en cause, est envisa-

geable. Léon Daudet dans *l'Hérédité* semble s'approcher de l'idée d'un paradoxe insurmontable vivant en nous, mais la théorisation du *Monde des images* et sa vie dominée par l'éternel retour du modèle paternel, sont comme des défenses extrêmes face à l'angoisse d'un soi émancipé. C'est en luttant contre cette idée que Léon Daudet n'a pu être que dans la filiation instituée, qu'il n'a pu exister vraiment lui-même en tant que père, qu'il n'a pu établir avec son fils une filiation instaurant. Le besoin de régler, coûte que coûte, ce dilemme insoluble eut des conséquences funestes, si l'on songe au malaise et à la fin tragique de Philippe (8). Enfin, nous vous laisserons envisager les liens éventuels entre le message politique xénophobe que Léon Daudet a développé, au fil des ans, dans les colonnes de *l'Action Française*, et les particularités psychodynamiques de sa personnalité, que nous venons d'évoquer. ■

* Dr. Gonzague Mottet

* 2 rue Palestro, 26100 Romans-sur-Isère

Notes

a) *L'astre noir* 1894, *Suzanne* 1896, *L'amour est un songe* 1920, *L'entremetteuse* 1921.

b) Dans *L'amour est un songe* (Flammarion), Léon Daudet met en scène Martial, professeur de médecine, amoureux de sa belle-fille (fille de son épouse) Henriette. Il tente par tous les moyens de l'éloigner de lui, en la mariant à deux reprises, ce qu'elle accepte, préférant se tromper délibérément afin de « fuir une erreur plus grande ». S'avouant enfin leur amour, ils poursuivront chacun leur existence dans un halo d'émotion et de confiance réciproques.

c) Grasset, *L'hypnotisme et la suggestion*, Paris, Odoïn éditeur, 1903

d) Drumont m'arracha à Burdeau (3, p. 173)

e) En référence aux lettres de Philippe à ses parents et à des brouillons retrouvés dans la cor-

beille à papier de sa chambre d'hôtel du Havre. f) André Gaucher (8) fait de la prise de conscience par Philippe de la véritable personnalité de son père Léon Daudet, la raison de son désespoir et de son suicide

Bibliographie

(1) DAUDET L., *Fantômes et vivants. Souvenirs des milieux littéraires, politiques, artistiques et médicaux de 1880 à 1905*, Nouvelle Librairie Nationale, Paris, 1914.

(2) DAUDET L., *L'Hérédité. Essai sur le drame intérieur*, Nouvelle Librairie Nationale, Paris, 1916.

(3) DAUDET L., *Le monde des images. Suite de l'Hérédité*, Nouvelle Librairie Nationale, Paris, 1919.

(4) DAUDET L., *Un jour d'orage*, Flammarion, Paris, 1925.

(5) DAUDET L., *La police politique, ses moyens et ses crimes*, Denoël et Steele, Paris, 1934.

(6) ELLENBERGER H.F., *Histoire de la découverte de l'inconscient*, Fayard, Paris, 1994.

(7) FREUD S., *Complément métapsychologique à la doctrine du rêve*, 1915 publié en 1917, Oeuvres complètes, PUF Tome XIII 1988.

(8) GAUCHER A., *L'obsédé, drame de la libido*, André Delpeuch éditeur, Paris, 1925 *L'honorable Léon Daudet*, Editions de « La Parole Française » 8 avenue Trudaine Paris 8e, sans date.

(9) GUILLEMINAULT G., *Le roman vrai de la Ille et de la IVe République*, Deuxième partie, 1919-1958 Robert Laffont, Paris, 1991.

(10) JONES E., *La vie et l'oeuvre de Sigmund Freud*, Tome I, La jeunesse, PUF, Paris, 1958.

(11) RICOEUR P., *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris, 1990.

(12) STEVENS A., *Jung L'oeuvre-vie*, Editions du Félin, Paris, 1994.

(13) TATOSSIAN A., *Le dilemme des fils comme structure anthropologique*, Communication au colloque « Généalogie et psychopathologie », Lille, 1989 in Psychiatrie phénoménologique, Acanthe Lundbeck 1997.

Temps et sida

Entretien avec Catherine Zittoun par Serge Tribolet

Psychiatre, psychanalyste et metteur en scène, Catherine Zittoun est l'auteur de *Temps du sida, une approche phénoménologique* (éditions L'Harmattan*). Ce livre est le résultat de plusieurs années de suivi de personnes séropositives et de quatre années de recherche dans l'école doctorale de Pierre Férida.

tout au contraire, révèle des représentations de la mort.

S.T. : *Votre livre développe une approche phénoménologique du temps.*

C. Z. : Oui. La relation thérapeutique, avec des patients séropositifs particulièrement, doit se soutenir d'une approche phénoménologique, de paroles énoncées au plus près de ce qui se vit. Le sida, qui provoque finalement peu de troubles psychiatriques aigus, peu de dépressions notamment, est une maladie de l'existence. C'est une affection de la subjectivité. Ceci peut se passer dans l'articulation du temps et du sujet, tels que peuvent l'appréhender Sartre ou Heidegger. Cette approche ouvre, largement, sur les champs de la langue et de la pensée dans leur articulation au temps. La question étant celle d'une possible transformation des possibilités d'élaboration lors d'une transformation des représentations du temps induite par la maladie. Husserl nous fournit à ce sujet des clés essentielles, puis Maldiney qui rapporte l'exploration husserlienne dans le champ de la psychopathologie. Enfin, la phénoménologie pense, à la base, les questions du fantasme et de l'altérité qui sont majeures dans le sida.

S.T. : *A quels niveaux intervient la question de l'altérité dans le sida ?*

C. Z. : L'autre est impliqué dans le sida

à de multiples reprises ; le sida oblige même à questionner une nouvelle fois l'altérité. D'une part, le sida est une maladie à transmission sanguine ou sexuelle. De ce fait, il implique l'autre. D'autre part, c'est dans l'intersubjectivité que se fondent les représentations du temps qui sont la question de cet ouvrage. Comme l'énonce Emmanuel Lévinas, il n'y a pas de temps pour un sujet seul. « Parler du temps d'un sujet seul, parler d'une durée purement personnelle est impossible... l'empirisme du présent sur l'avenir n'est pas le fait d'un sujet seul mais de la relation intersubjective ». Je me souviens de ce patient qui, depuis l'annonce de sa séropositivité est tenu pour mort par sa famille et qui tente de retrouver à ses yeux un statut de vivant. Dans une clinique de l'altérité, il faut faire une place particulière à la question de la honte qui, encore aujourd'hui, dans le sida, occupe une place importante. On peut faire, à propos du sida, une psychologie de la honte. Ce phénomène reste très fort aujourd'hui autour de cette maladie.

S.T. : *Dans votre réflexion sur la question du temps dans le sida, vous accordez une large part à la sexualité.*

C. Z. : Oui, le sida n'est pas seulement une maladie à transmission sexuelle mais une maladie de la sexualité. Le sida met à nu les corps dans une sor-

dide horreur et malmène le langage autour de la sexualité. Avec le sida, on est plutôt du côté des scènes de rêves, où tout est vécu sous une lumière crue, inhumaine parfois, sur le mode du fantastique. Avec le sida, on est poussé du côté du traumatisme, un traumatisme d'ordre sexuel et un traumatisme fait à la sexualité. On sait bien comment le traumatisme met à mal les tentatives de mentalisation. A contre-courant, il faut, et la poésie peut en être l'outil, aller du côté du fantasme, de la rêverie, où l'imaginaire et le réel trouvent un terrain d'entente.

S.T. : *Il semble que le sida participe d'un phénomène de mise à mal de cette rêverie ?*

C. Z. : C'est, en effet, un des sujets de cet ouvrage. Nous traversons un fait culturel où la sexualité, Pierre Férida le dit très bien, n'est plus le terrain des grands mouvements de la pensée dont Freud fait l'expérience dans ses théories sur la sexualité. Trop collée au sexe, la sexualité ne stimule plus l'imaginaire et suscite du même coup des quêtes vers les extrêmes du réel. Souvenez-vous ce type qui s'était filmé en temps réel en train d'en sadiser un autre, selon l'accord qu'ils avaient passé au préalable. On est, et cette situation est caricaturale de beaucoup d'autres, dans le réel du fantasme. Que peut-il y avoir après ? C'est difficile à voir. Mais une chose est sûre. Lorsque le fantasme tombe dans le réel, le temps vécu par le sujet change de forme.

Je me permets de terminer sur pensée à Pierre Férida qui a guidé cet ouvrage et qui n'est plus. ■

**Temps du sida, une approche phénoménologique*, Catherine Zittoun, Préface de Pierre Férida, L'Harmattan, 17 euros.

Mayotte. Terre d'asile sans asile*

Mayotte, oubliée de l'Histoire, a en quelque sorte soixante ans (ou plus) de retard, selon les psychiatres coloniaux. Mais ce retard a été, en quelque sorte, avalé et digéré par l'Histoire car l'idéologie psychiatrique actuelle serait plutôt d'achever la dernière étape développée depuis les années soixante-dix dans le cadre de la sectorisation : soigner la population au plus près de son lieu de vie et faire progressivement disparaître les asiles qui sont devenus des institutions géantes où les patients totalement désocialisés - ou « *dé-familiarisés* » (du monde et de la famille) restent jusqu'à la fin de leurs jours.

Alors, à Mayotte, on se dit qu'on a peut-être trente ans d'avance et cette situation se laisse voir à trois signes :

- les patients sont chez eux : la famille s'en occupe, même si parfois elle peut les attacher en cas de crise, ou les enfermer comme cela était déjà décrit dans le rapport Reboul et Régis en 1912 ;
- les jeunes vivent dans des cases pour adolescents : les *banga*, nécessaire espace transitionnel entre l'enfance et l'âge adulte que l'on redécouvre en Occident ;
- enfin, les croyances animistes sont encore bien présentes, les patients ne sont pas considérés comme fous mais comme possédés par les esprits, les *djini*. Les crises d'allure psychotique ne sont ainsi pas stigmatisées et sont bien tolérées par la population.

Cette culture n'a pas été détruite « *de manière sereine et déterminée* » par la pensée coloniale religieuse ou scientifique, comme on peut le lire dans ce fameux et historique rapport : « *Mêlant psychiatrie exotique, hygiénisme et lutte contre les traditions indigènes, ce développement s'apparente à une profession de foi de la psychiatrie coloniale : éduquer l'indigène et sélectionner l'Européen. Tel est le projet psychiatrique utopique d'une société coloniale idéale, où l'action pédagogique à entreprendre auprès des populations colonisées mêle, de manière ambiguë, bienveillance, désir thérapeutique et destruction sereine des cultures locales : « débarrasser l'indigène de ses préjugés concernant la folie et des pratiques fétichistes qui en résultent ».*

Approche personnelle

Nous sommes donc à l'intersection de deux cultures sur un territoire para-

doxalement français avec une population de presque deux cent mille habitants dont la moitié a moins de vingt ans.

Le *mzungu* que je suis - avec comme armes l'empathie - peut-il avoir des effets (et lesquels) sur cette population qui n'a rien à voir avec ma propre culture et qui souvent parle à peine le français ? Mais nul n'étant prophète en son pays, il semble qu'en cette terre d'Islam, ma simple écoute puisse produire certains résultats.

Je veux vous présenter ici les cas de jeunes gens que j'ai surnommés « *Ben-Laden* », « *le Maki* » ou « *le prophète Insa* », qui ont présenté des états psychotiques aigus transitoires. Je continue à les voir dans les dispensaires, avec le soutien des soignants référents du village concerné.

Notre équipe est embryonnaire : une psychologue vient d'être nommée (elle aussi semble optimiste quant à ses effets « *d'écoute bienveillante* » dans cet entre-deux de la culture que représente Mayotte) ainsi qu'un médecin assistant qui apprécie sa découverte de la maladie mentale « *exotique* » fort semblable à la nôtre dès qu'on lui a enlevé son « *masque de beauté* ». Deux infirmiers de santé mentale, une secrétaire et un aide soignant font également partie de l'équipage de ce beau trois-mâts amarré rue du commerce à Mamoudzou (la capitale) : le Centre *Matulai* ⁽¹⁾.

Ben Laden

J'ai rencontré « *Ben Laden* », 22 ans, aux urgences de l'hôpital de Mamoudzou peu de temps après mon arrivée à Mayotte en septembre 2001. Il venait de mordre quatre gendarmes dans un contexte d'agitation délirante, mû par la volonté de soutenir l'action des islamistes qui venaient de frapper les « *Twin Towers* » de New York quelques jours plus tôt.

Allongé sur un brancard, Mohamed est tourné contre le mur. Il vient d'y passer la nuit, ligoté sommairement. Il est maintenant détaché, calmé par une injection de neuroleptique. Des marques aux poignets témoignent de l'intensité du combat.

Son père, silencieux, veille sur lui. Visiblement inquiet, il semble n'avoir pas dormi depuis plusieurs jours. Il travaille comme gardien dans l'agriculture. C'est un bon musulman mais il ne comprend pas l'extrémisme de son fils. Tout a commencé après son séjour à la Réunion deux ans plus tôt. A cette époque il avait fait une décompensation psychiatrique avec hospitalisation en HP à St Paul, l'hôpital psychiatrique de référence pour Mayotte.

En effet, en cas de problème psychiatrique aigu nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé, les patients de Mayotte étaient jusque-là « *Evasanés* » (c'est-à-dire EVAcués SANitairement) vers la Réunion. C'est ce que l'on avait proposé pour Mohamed qui a été adressé de force en « *Hospitalisation d'Office* » par le médecin du dispensaire de son village, Mtzamboro, situé dans le nord de l'île. Mohamed, que j'ai de suite surnommé Ben Laden refuse de me serrer la main et de me parler car je suis, pour lui, « *un infidèle : la Guerre Sainte est déclarée* »...

Il est halluciné. Des voix lui disent qu'il est « *l'allié de Ben Laden* ». Il est cependant tranquille et accepte, non sans réticence, quelques jours d'hospitalisation dans l'une des deux chambres d'isolement en médecine du Centre Hospitalier de Mayotte. Il y passera trois jours avec sa famille qui restera

à proximité comme cela se fait fréquemment à Mayotte et sortira avec un traitement par neuroleptique-retard. Les entretiens sont pauvres. Il est presque mutique mais on ne note pas de négativisme.

Je le revois comme prévu deux semaines plus tard au dispensaire de secteur où je lui ai donné rendez-vous. Il avait accepté de me revoir et avait donné sa parole qu'il prendrait son traitement. C'est à cette condition que je l'avais laissé repartir, évitant ainsi une hospitalisation « *plus lourde* » en psychiatrie à l'île Bourbon (La Réunion). Arrivé en retard au dispensaire, j'apprends que Ben Laden est parti fâché après m'avoir attendu une demi-heure. Il est maintenant midi, l'heure de la prière à la mosquée. Je décide avec l'éducatrice de santé d'aller chez lui. Il n'a pas de *banga* (la case traditionnelle des adolescents à Mayotte) et vit encore avec sa sœur chez ses parents. La maison est vide. Nous nous asseyons au milieu des poules et des chèvres avec, en toile de fond, le lagon. Le chant du *muezzin* nous tire vers l'ailleurs.

Il arrive une heure plus tard, au moment où, tenaillés par la faim, nous avons décidé de partir. Au bout du petit chemin de latérite qui monte vers sa maison nous l'apercevons précédé par sa mère. Il est tout de blanc vêtu et porte un turban palestinien sur la tête. Il nous voit et sourit, content et surtout rassuré par le fait que j'aie tenu parole. Tranquille, il nous offre un verre d'eau. Il a un peu de duvet au menton : son statut de *djaula* (intégriste) l'y oblige, et il paraît plus jeune ici qu'aux urgences de Mamoudzou : il me fait penser à un poussin tombé du nid...

Il rit carrément aux éclats quand je lui dis que je l'appelle Ben Laden depuis notre première entrevue et je lui fais remarquer qu'il a changé d'attitude à mon égard. Je lui demande pourquoi, et s'il se souvient de son épisode délirant. Il regrette ce moment de violence mais défend ses positions intégristes. Il dit qu'il s'inquiète de tous les changements actuels de Mayotte et qu'il n'a pas envie de voir son île devenir comme La Réunion ou la métropole « *avec le matériel, la modernité... Ce n'est pas une crise de folie que j'ai faite, c'est une prise de conscience ce jour-là. Et nous les intégristes luttons contre tout cela* ».

Il n'est plus délirant, ni halluciné, et sa mère trouve qu'il va bien maintenant.

Je lui fais remarquer qu'il peut facilement être manipulé par des terroristes et lui parle des années soixante-dix en métropole, époque de ma propre adolescence et de ma propre révolte contre le système. Je me reconnais dans ses interrogations. Je lui en fais part ; je sens que mon propos résonne et que je touche la corde sensible.

Je sais bien (et ce n'est pas mon but) que je ne peux pas le faire changer d'avis, mais je lui précise que, même à la mosquée avec ses frères musulmans, s'il va mal sur le plan psychique on le mettra à l'écart. Il accepte cette fois avec plaisir de venir me consulter un mois plus tard. Je le reverrai, deux ou trois fois, seul puis avec un jeune de son âge. J'apprendrai qu'il a été victime d'un abus sexuel par un oncle dans son enfance mais il ne veut pas porter plainte.

La dernière fois, j'ai su qu'il était reparti dans sa *madarasa* (école coranique), avec son ami à la Réunion avec l'intention de poursuivre son traitement là-bas, « *si Dieu le veut* »...

Et je le reverrai sûrement dans quelques mois dans son village. Inch Allah.

Le « Maki »

C'est à peu près à la même époque que j'ai rencontré B. que j'ai appelé « *le Maki* », du nom des lémuriers de Mayotte, car il était enfermé dans la chambre d'isolement du service de médecine et bondissait dans sa cage tout

LIVRES

Psychiatrie et migrations

Thierry Baubet, Marie-Rose Moro*
Masson

Il s'agit d'un des rapports du dernier Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Le nombre de personnes déplacées, réfugiées, de migrants, s'est considérablement accru dans le monde contemporain. Chaque praticien est amené à rencontrer régulièrement des migrants et leurs enfants. Dans le même temps, on assiste à une mondialisation des concepts en psychiatrie, via le DSM. Cet ouvrage synthétise les données et les débats actuels, afin de répondre aux questions que se posent les cliniciens sur l'influence des aspects culturels et de la migration sur l'évaluation et les soins. Un certain nombre de préjugés sont également discutés, alors que sont abordés successivement : l'histoire des « *rencontres* » entre psychiatres, psychanalystes et patients issus d'autres cultures, l'évaluation des patients, la migration et ses effets psychologiques, enfin, les dispositifs thérapeutiques, spécifiques ou non.

*avec la collaboration de N. Alain, O. Bricou, C. Le Du, T. Ferradji, F. Giraud, F. Heidenreich, K. Le Marois-Rouxel, T. Measham, Y. Mouchenik, L. Nadeau, S. Ngugen, S. de Plaen, J. Pradère, A. Revah-Lévy, C. Rousseau, O. Taieb

Les ministres du diable

Le travail et ses représentations dans les mines de Potosi, Bolivie

Pascale Absi
L'Harmattan

Les mineurs boliviens doivent leur surnom de « *ministres* » à la révolution de 1952 qui a propulsé leurs dirigeants syndicaux au rang de Ministres du gouvernement. Ce surnom évoque, aussi, leur allégeance envers la divinité diabolique du minerai qui convertit les mineurs en *Ministres du diable*. L'extraction minière est une activité ritualisée qui tient du pèlerinage et d'un parcours initiatique où le christianisme syncrétique des populations andines se conjugue à d'anciennes pratiques chamaniques : possédé par la divinité des filons, le mineur devient lui-même diable et s'unit sexuellement à la mine pour produire le minerai. Cet ouvrage s'attache à explorer le sens que revêt le travail de la mine pour ces paysans quechuaphones devenus mineurs. Au-delà, l'auteur interroge les articulations entre l'univers religieux et d'autres paramètres de l'expérience minière comme les rapports de travail, les changements technologiques, les configurations identitaires et de genre ainsi que les mobilisations politiques.

La gestion et l'organisation des ressources

Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique

Les Editions de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP) publient un ouvrage intitulé *La gestion et l'organisation des ressources*, troisième tome du *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*. Il porte sur la gestion du temps de travail et des effectifs (réglementation, outils de gestion, modes de calculs des effectifs nécessaires), la gestion des rémunérations (règles de cumul, prestations sociales, arrêts maladie ou maternité, retenues pour fait de grève, etc.) et la gestion des crédits de personnels (incidence des temps partiels ou des formations, outils de maîtrise budgétaire, etc.). Un chapitre est également consacré à l'amélioration des conditions de travail (aide au diagnostic, exemples d'actions, méthodes d'évaluation). L'ouvrage fournit des tableaux de bord en gestion des ressources humaines.

Elle n'a pas bénéficié de la colonisation et de ses « *bienfaits* » selon les critères occidentaux : seule « *Petite Terre* » a des airs de passé colonial. L'autre île, « *Grande Terre* », c'était, il y a encore quelques années, la brousse avec une simple piste de latérite impraticable pendant la saison des pluies. C'est peut-être pour cela que la tradition n'a pas bougé et que l'Islam doublé d'animisme prédomine dans une société principalement rurale.

Alors on s'est rattrapé : en dix ans, on a fait des routes, des collèges somptueux, et le système de soins ferait pâlir d'envie un ministre de la santé d'une des anciennes républiques populaires.

Et la psychiatrie dans cette société singulière et isolée ? On y pense soudain, avec en toile de fond l'idée qu'il n'y avait peut-être pas de problème jusque-là car ce serait précisément le progrès qui apporterait le « *malaise dans la civilisation* » et son cortège de symptômes : névroses, stress, psychoses, etc.

On passe alors, quant au rêve conceptuel, du Bon Sauvage, de la robinsonnade, de l'Eden, du Paradis sur terre à l'île baignée soumise à la religion du travail (salarié bien sûr) et à la pensée rationaliste.

Alors, on fait semblant d'y croire : on va voir le médecin mais seulement après avoir vu le *fundji* (le guérisseur) et on fait tous les rituels. Mais on n'en parle pas. On a bien compris qu'avec le progrès, il faut compter sur quelques inconvénients. Derrière tout cela il y a, là encore, risque d'uniformisation et de laminage des cultures. C'est moins clair qu'en 1912, mais rien n'a vraiment changé au fond. Pourquoi 1912 ?

60 années de retard 30 ans d'avance ?

En pleine période de colonisation, deux médecins psychiatres, les Dr Reboul et Régis, publient un rapport dénonçant l'absence de soins psychiatriques pour les peuples indigènes, déjà idéalisés et supposés vierges de toute névrose. « *Nous avons le devoir...* », prêchaient-ils avec passion, « *...de donner aux peuples de nos colonies l'équivalent de ce que nous avons en France, c'est-à-dire les asiles* », (au sens donner asile : refuge protégé du monde) distinguant ainsi le malade mental (potentiellement dangereux) du délinquant qui étaient souvent enfermés ensemble dans les prisons. C'est encore le cas à Mayotte : du voyageur pathologique venu chercher dans le canal du Mozambique la trace de ses ancêtres à l'halluciné de base qui fait un passage à l'acte, la prison de Majikavo a des allures d'UMD (Unité pour Malades Difficiles).

Séminaire Babel PSYCHANALYSE, LITTÉRATURE ET ARTS

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

Lundi 6 octobre 2003 : S. Tisseron, Tintin, un secret de famille revisité par Hergé

Lundi 3 novembre 2003 : B. Duvignaud, Toulouse-Lautrec

Lundi 1 Décembre 2003 : D. Hurvy, Robert Louis Stevenson, extérieur, nuit ou fiction romanesque et réalité interne

Lundi 5 janvier 2004 : A.M. Smith, Mouvement et sonorité de la trace mnésique ; l'écriture de Virginia Woolf

Lundi 4 février 2004 : F. Gantheret, Esthétique de l'écoute psychanalytique à partir de conversations avec Cézanne (Macula 1978)

Lundi 1 mars 2004 : M. Vibert, Perceval le gallois, le roman de Chrétien de Troyes, le parcours d'un jeune homme si naïvement relié à sa mère

Lundi 5 avril 2004 : P. Wilgowicz, Autour du Dibbouk

Lundi 3 mai 2004 : G. Pirlot, L'errance de T.E. Lawrence

Lundi 7 juin 2004 : A. Ferrant, Céline Psychonaute

Département de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte, Pr. Ph Jeammet Institut Mutualiste Montsouris, 42 Boulevard Jourdan 75014 Paris. Tél. : 01 56 61 69 00 - Fax : 01.56.61.69.18. E-mail : maurice.corcos@imm.fr.

LIVRES

Un culte d'exhumation des morts à Madagascar : le Famadihana

Anthropologie psychanalytique

Pierre-Loïc Pacaud

Préface de Sophie de Mijolla-

Mellor

L'Harmattan

Les exhumations des morts pratiquées par les Merina à Madagascar ont suscité l'élaboration de diverses hypothèses (historiques, anthropologiques, psychanalytiques), produites en référence aux « *secondes funérailles* » ou à la fin sociale du deuil.

Cet ouvrage, étayé par une ethnographie du rite (référé au contexte culturel), montre les limites et les incohérences de ces théories puis réintègre leurs apports dans une anthropologie psychanalytique du rite construite en rupture avec le structuralisme et la psychanalyse appliquée. Le rite y est élucidé comme accomplissement substitutif de l'oubli du mythe, la figuration dramatisée de la séparation des vivants et des morts, et sa mutation en un système de symboles et d'interdits, partagé par le groupe. La dynamique conflictuelle inconsciente, actualisée à chaque épreuve rituelle, est restituée en relation au narcissisme des groupes et à leur identité collective.

Soigner malgré tout

Tome 1 : Trauma, cultures et soins

Sous la direction de T. Baubet, K. Le Roch, D. Bitar, M.R. Moro*
Médecins sans Frontières -
La Pensée sauvage éditions

Ce livre rassemble les contributions d'acteurs de terrain, issus de plusieurs organisations humanitaires. Il est le prolongement d'un colloque organisé par MSF en mars 2002 à la Mutualité française. S'appuyant sur plus de dix ans d'expériences de soins psychiques sur les terrains dits « *humanitaires* », dans les territoires palestiniens, au Kosovo, au Congo Brazzaville en Tchétchénie ou en Sierra Leone, pour ne citer que ces exemples, cet ouvrage s'intéresse aux pratiques de soins dans des contextes difficiles de violences extrêmes et s'interroge sur la spécificité de ces interventions.

Si la souffrance psychique des populations soumises à des conflits est aujourd'hui une donnée admise, le débat sur les réponses qu'il est souhaitable d'apporter se poursuit. Peut-on soulager les souffrances psychiques alors que les causes du traumatisme, la violence environnante, sont toujours présentes ? Comment prendre en charge les enfants-soldats de Sierra Leone ? Nos schémas culturels permettent-ils de soigner une jeune Congolaise violée ? Ce sont ces questions, entre autres, que les auteurs de ce premier volume (*Trauma, cultures et soins*) cherchent à partager avec ceux qui s'intéressent au trauma, à l'interculturalité, aux situations de violences organisées, aux interventions humanitaires et à la prise en charge des migrants en France. Malgré la diversité des situations rencontrées, ces contributions ont en commun de soigner malgré tout, quelle que soit la nature des traumatismes ou la distance culturelle avec ceux dont la vie est dominée par la violence, la précarité et la stigmatisation.

*avec la contribution d'une équipe pluridisciplinaire et internationale : Marie Rose Moro, Cécile Rousseau, Christian Lachal, Thierry Baubet, Lisa Oussryngaert, Pierre Salignon, Kaz de Jong, Pau Perez Salés, Jean-Paul Dixmeras, Françoise Bouchet-Saulnier, Jean-Hervé Bradol, Grégoire Gansou, Fouad Ismael, Susan Prosser, etc.

en poussant des grognements qui ressemblaient à ceux des makis. Cet état de fait a duré dix jours, malgré une intense imprégnation neuroleptique. Ce tableau de bouffée délirante aiguë a brutalement cédé après une série d'entretiens avec la famille au cours desquels B. n'a fait qu'écouter en grognant.

C'est un jeune homme de quinze ans, arrivé en catastrophe d'Anjouan pour se soigner d'un diabète insulino-dépendant découvert au décours de cette hospitalisation. C'est à l'annonce du diagnostic et de la nécessité d'un traitement par insuline à vie qu'il a débuté ce tableau délirant. Les troubles sont mis, dans un premier temps, sur le compte d'un syndrome confusionnel. Il n'a cependant jamais été désorienté, ni dans le temps, ni dans l'espace.

La thématique principale du délire est de tonalité persécutrice : il pense qu'on l'a mis en prison à Majikavo (il est en situation irrégulière et il est venu d'Anjouan, l'île voisine, en *kwassa-kwassa*). Il faut dire que la cellule d'isolement est bien « *sécurisée* » (2) comme on dit à Mayotte avec des barreaux aux fenêtres, et a des allures de geôle. Il est halluciné et cherche sous son lit, sous les draps, l'origine de ces bruits (des voix ?) auxquels il répond par des grognements. Il n'a jamais été agressif, mais son état d'agitation permanente a mobilisé et épuisé l'équipe d'infirmières pendant la durée de l'hospitalisation.

Au décours de cet épisode, la famille a décidé d'organiser, à distance dans son île d'origine, une cérémonie avec les *fundî*, les tradipraticiens locaux entremetteurs avec les *djini*, les esprits... J'ai régulièrement des nouvelles de lui par le médecin du dispensaire qui a, depuis cela, arrêté tout traitement neuroleptique car il va bien. Il n'a plus présenté de trouble de la lignée psychotique. J'ai cependant prévu de le revoir lors de ma prochaine visite sur le terrain.

Il est assez fréquent que, lors d'épisodes délirants ou lors de possession, le patient émette des grognements de *maki*, comme j'ai pu le constater par la suite, chez les hommes, mais surtout chez les femmes. Cependant les possessions par les *djini*, contrairement aux tableaux aux allures de bouffée délirante aiguë que je viens d'évoquer, sont limitées dans le temps (quelques heures, voire quelques jours). Ce sont des moments de délire « *contrôlés* » en quelque sorte, bien tolérés par les proches qui savent que leurs parents sont « *agités* » par des esprits qui les prennent comme monture (« *chaise* », dit-on à Mayotte) et que la crise va passer, à condition de faire alliance avec le *djini*.

Prophète Insa : notes de brousse

Nous avons revu aujourd'hui, dans le cadre de notre visite sectorielle dans le sud de l'île, Ahmed Bakar, dix-huit ans, surnommé « *Prophète Insa* ». Nom quasi initiatique qu'il a reçu depuis notre première rencontre, neuf mois auparavant, à l'occasion d'un épisode psychotique aigu.

Il était alors en plein délire mystique et se prenait pour le fameux prophète : excité, logorrhéique, il courait partout en expliquant que « *son père n'était pas son père, que sa mère n'était pas sa mère : il était le prophète. Dieu lui envoyait en effet des messages, et il avait pour mission de parler aux gens du Coran* ». Il était adressé par le Dr Peter du dispensaire de son village, Chiconi.

« *Je suis le loup, je vais te manger* », me dit-il dans un bon français lors de notre premier entretien. « *Le Dr Peter veut me tuer* », crie-t-il à tue-tête au milieu de la consultation de maternité où nous avions, à cette époque, un petit local qui nous servait de base pour rayonner sur les différents dispensaires de l'île. La trentaine de femmes mahor-

aises enceintes étendues par terre en attendant de voir le seul gynécologue de Mayotte, impassibles, le laissent faire en le regardant du coin de l'œil.

Il revient dans le bureau en faisant son chemin entre tous ces corps accablés par la chaleur. Nous sommes en pleine saison des pluies. Silence. « *Je discute avec ton corps* », me lance-t-il. Son oncle, chauffeur à la DASS qui l'accompagne, profite de l'occasion pour expliquer que la famille s'épuise et qu'ils ont maintenant peur de lui car il devient agressif.

Pendant l'entretien, « *Prophète Insa* » écoute l'oncle et ses cousins puis se remet à chanter ou à délirer. « *Docteur, vous avez tué votre fils de quatre ans dans la piscine. Je suis le Prophète Insa, j'ai des pouvoirs de divination* ». En tirant le fil associatif, j'apprends qu'il va mal depuis le décès de son frère de treize ans par noyade, un an et demi auparavant. Il avait alors fait un épisode similaire qui avait été traité par neuroleptiques. Depuis, il s'était stabilisé et avait repris sa formation de peintre en bâtiment au lycée professionnel.

En raison de l'absence de lits à l'hôpital, et avec l'accord du médecin du dispensaire, nous décidons de le maintenir dans sa famille avec un traitement sédatif et anti-maniaque qu'il accepte de prendre, puis de le revoir après le week-end. Je conseille à ses proches de consulter également un *fundî* pour effectuer les rituels de circonstance.

Le lendemain midi, alors que je déjeune chez moi avec des amis, je bondis subitement de la table pour plonger tout habillé dans la piscine, devant des invités interloqués. Hortense, ma fille de trois ans, est en effet en train de se noyer sous nos yeux : ses bouées se sont dégonflées et elle a coulé à pic. Mouillé avec montre et papiers mais content de ma présence d'esprit, je repense au Prophète Insa et à sa prophétie : délire, vision ? Je décide de lui en parler dès notre prochain entretien, deux jours plus tard.

Il est ponctuel, debout au milieu des femmes qui reprennent leur semaine de consultations. Toujours aussi excité, il est néanmoins plus calme car il a pu dormir (lui et sa famille) ce qui n'avait pas été le cas depuis une semaine. Confiant, il se livre facilement, tout en poursuivant son délire habituel, ponctué de chants et de « *Je suis le Prophète Insa* ».

Sur le ton de la plaisanterie, je lui fais part de ma mésaventure qui ne semble pas l'émouvoir outre-mesure. Il enchaîne, en accusant les religieux d'avoir tué son frère.

Je le revois ainsi tous les deux jours, suivant le cours de ses délires et répondant aux interrogations de la famille. Il tient néanmoins dans le cadre des consultations et semble content de venir « *délirer* » avec moi. Il a, par ailleurs, rendez-vous avec un *fundî* (guérisseur) qui doit lui faire des fumigations.

La semaine suivante, il va nettement mieux. Il est toujours délirant mais calme et cohérent. Nous abordons de nouveau l'histoire de la piscine, puis le décès par noyade de son frère. « *J'ai peur du volcan* » me dit-il, avant de m'expliquer, les larmes aux yeux, qu'il se sent coupable de la mort de son frère. « *Je fumais du banghé* (3) dans mon banga avec des copains, alors que mon frère m'avait demandé d'aller avec lui à la plage C'est de ma faute, si j'avais été là, il ne serait pas mort ».

J'ai revu ensuite « *Prophète Insa* » alternativement dans son dispensaire de secteur et à l'hôpital. Il était toujours content de me voir, mais était moins loquace. « *Tout va bien : je suis mes cours et je vais à la mosquée une fois par jour. Tout le village m'appelle Prophète Insa depuis cette histoire. C'est parce que j'avais fumé du banghé* ».

Aujourd'hui, au dispensaire de Chiconi, il semble sûr de lui. Et quand je lui dis « *Comment ça va, Prophète Insa* », il me répond que « *ce n'est pas son nom, qu'il*

a une copine et qu'elle l'appelle maintenant 'Chitouka' ». Elle l'aide ainsi à tourner une page, maniaque peut-être mais certainement douloureuse, de sa vie. Le Dr Peter du dispensaire, mon équipe et moi-même sommes un peu déçus de devoir laisser ainsi une part de notre histoire commune : la Légende du Prophète Insa.

Conclusion provisoire

Comme nous l'avons vu au cours de ces quelques vignettes cliniques, notre écoute de *mzungu* peut avoir une efficacité thérapeutique sur de jeunes patients mahorais à la charnière de deux cultures : traditionnelle, rurale et musulmane d'un côté, « *moderne* », citadine et rationaliste d'autre part.

Leur « *crise* » est en quelque sorte un pic symptomatique du malaise éprouvé par leurs pairs et qui peut s'exprimer de plusieurs manières non pathologiques.

• Crise d'identité face à un monde en pleine mutation et au changement trop rapide du paysage (social et territorial) de l'île en quelques années. Le repli vers l'extrémisme islamiste, catalysé par « *Ben Laden* » qui a mis en acte le fantasme de l'attaque de front, est alors repris à son compte par un jeune comme Mohamed qui aurait pu, s'il avait été un jeune Européen dans les années soixante-dix, glisser vers l'action directe (Brigades Rouges ou Bader-Meinhof). On retrouve chez lui cette naïveté clairvoyante et folle propre à la jeunesse et une loyauté face à ses idéaux. Il ne faut cependant pas nier une possible pathologie psychiatrique sous-jacente qui prendrait ce biais pour s'exprimer. Mais seul l'avenir et de toujours possibles rechutes pourront confirmer un diagnostic de psychose.

• Crises dues à l'exil, à la confrontation avec un autre monde, en situation irrégulière clandestine et « *coupable* » sur l'île, comme « *le Maki* » qui semble avoir été rassuré par le fait que je lui dise que, confronté à la mort (diabète insulino-dépendant non soigné sur son île d'Anjouan), il n'avait pas d'autre choix que de « *venir risquer sa vie* » à Mayotte.

• Crise mystique pour échapper à la culpabilité de n'avoir pas été présent lors de la mort de son frère cadet, le « *Prophète Insa* » entre en contact avec Dieu et tente ainsi d'échapper à sa filiation, mais rattrapé par l'amour il renonce peut-être à une grande carrière divinatoire,

• Nous aurions pu évoquer également la crise de maternité d'une femme en exil qui n'a pu présenter son enfant à sa mère restée en Grande Comore, ou celle d'une autre confrontée au problème relationnel que pose actuellement la polygamie.

Notre rôle dans le paysage thérapeutique que nous propose cette île (*fundî*, médecins, religieux et enfin psychiatres) est, certes, modeste mais semble indispensable pour permettre d'intégrer la réalité parfois rude et cruelle

d'une modernité dont nous sommes en quelque sorte à la fois les victimes et les acteurs, modément que nous avons pu cependant « *digérer* » en quelques générations, alors qu'ici tout s'accélère en quelques années, le temps parfois du passage de l'enfance à l'âge mûr. Les adolescents reconnaissent en nous l'adulte qui « *sonne juste* » et qui sait « *faire vibrer l'harmonique* » de sa propre adolescence, même si elle a eu lieu à dix mille kilomètres de là.

L'universalité du fonctionnement du psychisme humain, au-delà des empreintes culturelles et de la langue, s'en trouve ici démontrée. L'essentiel est donc de parvenir à se parler, à se comprendre (ce qui, ici à Mayotte, est plus facile avec la langue française), mais aussi de tolérer et d'accepter l'autre dans sa différence de pensée et de mœurs, afin de s'enrichir de la découverte de l'altérité.

C'est à ce prix, et à ce prix seulement, que l'on peut réfléchir sur une nouvelle utopie républicaine française applicable à Mayotte qui respecterait enfin les différences culturelles. ■

Régis Airault*

*Le Docteur Régis Airault est PH Chef de service. Il a publié, en 2000, chez Payot, « *Fous de l'Inde* ». Il est arrivé en septembre 2001 à Mayotte pour y créer le premier service de santé mentale de l'île.

Notes

1) Matulaï ne désigne pas que l'intersaison avril-mai - correspondant à la période où nous avons ouvert notre Centre de Santé Mentale. C'est un moment difficile (pour les pêcheurs en particulier) car Matulaï est avant tout le nom du vent - les alizés - qui souffle à cette époque de l'année mais qui annonce une saison meilleure. Ces vents changeants marquent la fin de la rude épreuve des pluies.

C'est une période d'entre-deux, d'entre-temps, qui annonce une saison plus clémente. C'est comme les moments de crise qui agitent parfois les humains - crises qui peuvent être dangereuses - mais aussi matorantes.

(2) Est sécurisée une maison protégée contre le vol avec au minimum : des barreaux aux fenêtres de diamètre suffisant pour ne pas être écartés à l'aide d'un crick de voiture, un gardien présent jour et nuit, des serrures et des gonds résistants aux coupes-boulons, un chien, ou de préférence une meute de chiens, lâchée dans le jardin (un seul chien pouvant facilement être empoisonné).

(3) Banghé : herbe locale

Bibliographie

BEGUE J.-M., *Genèse de l'ethnopsychiatrie*. Un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française : le rapport de REBOUL et REGIS au congrès de Tunis en 1912, Psychopathologie africaine, 1997, 2-177-220.
REBOUL H. et REGIS E., *L'assistance des aliénés aux colonies*, Rapport au XXIIème Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Tunis 1-7 avril 1912), Paris, Masson, 218 p.

Médecins Sans Frontières recrute :

DES PSYCHIATRES ET
DES PSYCHOLOGUES CLINIENS
POUR SES MISSIONS À L'ÉTRANGER

Expérience professionnelle indispensable

Envoyer CV et lettre de motivation à :
M.S.F.

Bonnie Tickridge

8 rue Saint-Sabin

75544 Paris Cedex 11

e-mail : bonnie.tickridge@paris.msf.org

Conséquences des agressions sexuelles chez l'adolescent

A partir d'une étude sur les expertises de 69 jeunes filles et 28 jeunes hommes victimes

Afin d'apporter un écho à la récente conférence de consensus sur les victimes d'agressions sexuelles, nous avons voulu en savoir plus sur ces patients au travers d'une étude rétrospective menée sur une population échantillon.

Cette étude rétrospective s'est appuyée sur les expertises de victimes d'agressions sexuelles pour y rechercher un certain nombre d'informations : des données socio-démographiques mais aussi des éléments cliniques pouvant témoigner d'une souffrance séculaire à l'agression. L'idée centrale de départ a été d'isoler des éléments susceptibles de différencier les jeunes présentant des symptômes post-traumatiques des autres n'en présentant pas ou peu.

Face à des résultats significatifs, nous pourrions par la suite tenter de vérifier sur de plus grandes populations la validité de ces facteurs de vulnérabilité ou de résistance. L'étude a consisté en un recueil de données extraites de 69 expertises de jeunes filles et 28 expertises de jeunes hommes, toutes réalisées par le Docteur Huerre de 1989 à 2003. Les expertises retenues ont concerné des jeunes filles et des jeunes hommes victimes d'agressions sexuelles, demeurant en région parisienne, rencontrées dans le cadre d'une expertise médico-psychologique et de crédibilité. Outre les informations socio-biographiques mentionnées plus loin, nous avons recherché un certain nombre de signes de souffrance :

- l'existence d'un tableau dépressif et anxieux ;

- l'existence de signes cliniques pouvant témoigner de séquelles de traumatisme. Pour ce dernier point, nous nous sommes aidés de la sémiologie adulte, recherchant :

- un état de stress post traumatique (temps de latence, syndrome de répétition, conduites d'évitement) ;

- des éléments pouvant traduire une modification durable de la personnalité : retrait social, attitude permanente d'hostilité, sentiment de vide, sentiment d'être sous tension, sentiment d'être changé.

Afin de « coller » à la tranche d'âge étudiée qui n'est pas celle de l'adulte, nous avons recherché trois autres critères :

- les conséquences scolaires : inflexibilité des résultats ou redoublement ;
- les conséquences relationnelles et sociales : diminution du nombre de sorties entre amis, diminution du nombre de nouveaux amis, diminution des loisirs, retentissement sur les rapports familiaux...
- les conséquences sexuelles : modifications des comportements sexuels chez les jeunes ayant une activité sexuelle antérieure.

L'ensemble de ces points était naturellement détaillé dans toutes les expertises puisque ces dernières avaient pour but d'évaluer le retentissement de l'agression.

Lors d'une seconde lecture, nous avons

rassemblé les jeunes selon la présence ou l'absence de ces troubles et examiné les éléments les distinguant : données socio-biographiques, qualité de la verbalisation, délai de la plainte, type d'agression et qualité du soutien parental.

Sur la période 1989-2001, 69 dossiers de jeunes filles et 28 de jeunes hommes victimes d'agressions sexuelles ont été rassemblés.

Tous concluaient à une crédibilité de ces victimes.

Trois des dossiers ont été éliminés en première lecture, ces dossiers traitant du cas de jeunes filles présentant un handicap mental. La difficulté à évaluer le retentissement clinique de l'agression au travers des troubles présentés nous a conduit à ôter ces dossiers de l'échantillon. 66 dossiers de jeunes filles ont donc été retenus dont nous analysons ci-après les éléments.

Concernant les données socio-biographiques

Origine :

97% des jeunes victimes sont de nationalité française
3% sont de nationalité étrangère, des pays du Maghreb
60% des jeunes filles ont des parents de nationalité française
40% sont issues de couples dans lesquels au moins l'un des deux parents a une nationalité étrangère : Maghreb, Afrique Noire, autres pays d'Europe

Domiciliation :

Dans 100% des cas il s'agit de jeunes filles franciliennes, vivant à Paris (7%) ou en périphérie parisienne (93%) ; ceci résultant du lieu d'exercice de l'expert.

Profession des parents :

Dans 73% des cas, les 2 parents travaillent. Les professions exercées par les parents sont extrêmement variables.

Fratrie :

Dans 75% des cas, la victime a au moins un frère et une sœur.

Age :

Même si elles ont toutes été reçues en expertise alors qu'elles étaient adolescentes, nous retiendrons ici l'âge de la victime au moment des faits. Il est à noter que cet âge peut être très éloigné de l'âge auquel la plainte est déposée. La courbe de répartition de l'âge est une courbe gaussienne allant de 6 ans à 21 ans, dont le sommet se situe sur la tranche 13-16 ans.

Nous précisons que plus de 70% des jeunes filles ont un âge compris entre 13 et 16 ans au moment de l'agression. L'âge moyen de l'agression se situant à 14,2 ans dans notre échantillon.

Le type d'agression :

Dans 36% des cas, la victime relate une ou plusieurs agressions sexuelles sans pénétration.

Dans 33% des cas elles relatent un viol (20% par rapport vaginal et buccal, 35% par rapport vaginal, 43% par rapport buccal et 2% par rapport anal).

Dans 64% des cas, les victimes ne rapportent qu'une seule agression. Dans les autres cas (36%), elles relatent des agressions multiples, entre 2 et 12.

Dans un second temps, nous avons réparti les jeunes filles en plusieurs groupes en utilisant les éléments cliniques mentionnés plus haut.

Cette répartition a été simple, dans la mesure où les adolescents s'intégraient facilement dans un groupe ou dans l'autre. Ainsi, 4 victimes sur 10 (39,4% exactement) ne semblent pas présenter au moment de l'expertise des troubles psychologiques manifestes.

Ces jeunes filles ne présentent aucune symptomatologie dépressive. Elles sont sans tristesse durable, perte de l'élan vital ou idéation suicidaire.

Elles présentent un bon contact et un développement harmonieux. La pro-

jection dans l'avenir est conservée.

Aucun élément anxieux n'est repéré. On ne retrouve pas de syndromes traumatiques, pas de syndrome de répétition ni de cauchemars. Les rapports sociaux ne semblent pas modifiés. Les résultats scolaires ne sont pas infléchis. Les victimes appartenant à ce groupe ont en commun un retentissement moindre : elles évoquent une prudence nouvelle à l'avenir dans leurs relations aux autres. Ces éléments témoignent d'un investissement de l'avenir même s'il est associé à des aménagements. Dans l'autre groupe qui représente 6 victimes sur 10 (60,6%), elles présentent des troubles psychologiques. 80% d'entre elles présentent un tableau anxio-dépressif évoluant depuis l'agression. 60% présentent un tableau clinique évocateur de l'existence d'un état de stress post-traumatique : syndrome de répétition, cauchemars, ruminations, évitement, retrait social. Aucune réaction aiguë n'a été repérée. Après avoir établi deux groupes différents du point de vue de la symptomatologie, nous avons au cours d'une troisième lecture cherché à repérer les critères susceptibles de les distinguer.

Au travers de nos dossiers, on peut d'emblée affirmer que les deux groupes ne se distinguent pas sur plusieurs points :

- l'âge,
- le niveau scolaire,
- le type de profession des parents,
- l'origine des parents,
- l'existence ou non d'une fratrie.

Ces critères se retrouvent harmonieusement répartis au sein des deux groupes. Sur notre échantillon, il ne paraît donc pas qu'ils soient des critères d'appréciation du pronostic face à une agression sexuelle. Plusieurs autres critères permettent par contre une distinction au vu de notre étude :

Le délai de la plainte

Ce premier critère nous paraissait intéressant pour deux raisons principales : premièrement, il est évident qu'une plainte déposée rapidement enraille le cycle des agressions et, deuxièmement, nous avons intuitivement l'impression - à vérifier - que ces jeunes filles qui avaient porté plainte précocement présentaient moins de troubles psychologiques. Cette impression est largement confirmée par la présente étude. En effet, dans le premier groupe de jeunes (pas ou peu de troubles) 22 des 26 jeunes filles (84%) ont déposé plainte précocement, c'est-à-dire dans la première semaine suivant l'agression (soit directement et seule, soit accompagnée par un tiers).

Dans le second groupe, 87% des jeunes ont déposé plainte plus d'un mois après l'agression, plusieurs années après pour certaines.

Le nombre des agressions

Pour ce deuxième point : 80% des jeunes filles présentant peu ou pas de troubles n'ont été agressées « qu'une » fois.

55% de celles incluses dans le second groupe, par contre, ont été victimes de plusieurs agressions (entre 2 et 12). Il faut souligner que pour ces victimes d'agressions répétées, dans 100% des cas l'agresseur est connu, ami de la victime ou, plus souvent, membre de la famille.

Il paraît donc clair que si nous retenons le critère de la répétition des agressions sexuelles comme critère de mauvais pronostic, on ne peut le faire qu'en relation avec le degré de parenté de l'agresseur avec la victime.

Ces deux variables sont vraisemblablement liées, la proximité familiale de l'agresseur, multipliant le risque des agressions et limitant certainement le recours à la plainte judiciaire (pression ou chantage de l'agresseur et/ou ambivalence de la victime).

Ce fait est vérifié par le faible pourcentage (15%) de victimes du premier groupe dont l'agresseur faisait partie de l'entourage familial.

LIVRES

Le paradigme adolescent Approche psychanalytique et anthropologique

Michelle Cadoret

Préface de François Richard

Postface de Marc Augé

Dunod

Cet ouvrage s'appuie sur la double référence psychanalytique et anthropologique pour montrer comment l'adolescent constitue en soi un paradigme associatif, dans son travail psychique, le particulier et le général, le pulsionnel et le culturel, l'actuel et l'historique, l'individuel et le social, la transmission et la créativité. Parentés et sociétés, tant civiles que religieuses, sont mises en crise par le passage en adolescence, agissant comme un révélateur initiatique. Les analyses des rituels adolescents font ressortir la perspective d'une resymbolisation qui fait opposition à la déliaison sociale et culturelle caractéristique d'une société marquée par le brouillage de la fonction paternelle. L'auteur illustre la thèse de l'émergence de la psychose infantile restée quasiment latente, et qui se révèle chez l'adolescent pseudo-délinquant, dans des pathologies de l'agir et de la violence.

Groupes de parents Recherches en éducation familiale et expériences associatives

Ouvrage coordonné par

Bernadette Tillard

L'Harmattan

Depuis 1999, à la faveur de la circulaire relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents, des expériences tentées dans le domaine social et médico-social favorisent les interventions auprès de groupes de parents. A côté du tête-à-tête habituel, ces initiatives permettent à des parents partageant des caractéristiques, des événements familiaux ou des modes de vie communs, de se rencontrer en présence d'un ou de plusieurs professionnels. Cet ouvrage rend compte d'expériences et de recherches au contact de groupes de parents. La plupart des contributions relèvent du champ de l'éducation familiale. On trouve dans ce livre des exemples de groupes de parents (groupe de pères, de parents adoptifs, de parents ayant un enfant handicapé) et des réflexions sur les finalités et les modalités de fonctionnement de ces groupes.

Ont participé à cet ouvrage : Carole Asdih, Chantal Bruno, Anne Cadoret, Arnaud Chatenoud, Bruno Décoret, Joëlle Garbarini, Dorinne Gezm' Bembo, Marie-Pierre Mackiewicz, Philippe Miet, Jean-Marie Miron, Catherine Sellenet, Bernadette Tillard.

Aimer à l'adolescence

Denise Stagnara*

avec la collaboration de

l'association Sésame

Préface de Philippe Meirieu

Dunod

Fruit des entretiens réalisés dans le cadre de l'association Sésame (www.sesame-educ.org) avec des milliers de jeunes, cet ouvrage prend appui sur les questions les plus posées par les adolescents jusqu'en 2002 et constitue un document sur la manière dont ils vivent l'amour. On trouvera dans ce livre l'essentiel des informations psychologiques, médicales et affectives relatives à la sexualité.

*Denise Stagnara anime l'association Sésame qui intervient au sein des établissements scolaires pour proposer une démarche originale d'information des élèves sur les questions liées à la sexualité. Elle a publié avec son mari, le docteur Pierre Stagnara, de nombreux ouvrages dont, en 1994, *L'éducation affective et sexuelle* chez Dunod.

3ème Journée Adolescent Sainte-Anne

PRISES DE RISQUE, MÉDIATIONS ET SOINS POUR LES JEUNES ADOLESCENTS

Vendredi 5 décembre 2003

Mr Jean-Luc Chassaniol, directeur Centre Hospitalier Sainte-Anne : *Introduction de la journée*

Dr Marie-Jeanne Guedj : *Hétérogénéité de l'adolescence*

1ère demi-journée

Dr Yves Contejean - Dr Gérard Massé

Dr Véronique Gaillac : *Point de vue épidémiologique*

Table ronde professionnelle : *Problèmes spécifiques à cet âge*

Aide Sociale à l'Enfance : Dr Véronique Badier, Dr Monique Bourdais, Mme Brigitte Joseph-Jeanneney : *Prise en charge des jeunes adolescents à l'A.S.E. de Paris*

Tribunal pour Enfants, Paris : Mme Martine De Maximy

Brigade des Mineurs : Mme Yvette Bertrand, commissaire principal

Université de Mons, Belgique : Pr Marcel Frydman : *Télévision, agressivité et violence : prévention, médiation chez l'adolescent*

Service de Médecine scolaire, Versailles : Dr Anne-Marie Brochier : *Education Nationale et souffrance psychique des jeunes*

Service de Pédiatrie, Ambroise Paré : Pr Bertrand Chevallier et Dr Chantal Stheneur : *Accidents du jeune adolescent*

Secteur psychiatrique du 16ème arrdt : *Problèmes posés à l'institution psychiatrique*

2ème demi-journée

Dr Bertrand Garnier - Dr Marie-Odile Perouse de Montclos

Pr Daniel Marcelli : *Point de vue psychanalytique*

Dr Chantal Baldacci, Dr Hervé Bardou : *Familles et prises de risque*

Dr Nicole Catheline : *Médiations de groupe et jeunes adolescents*

Dr Marie-France Le Heuzey : *Conduites de risque et conduites ordaliques*

Dr Etienne Seigneur : *L'hospitalisation des jeunes adolescents à Necker*

Dr François Bange : *L'hyperactivité à cet âge*

Dr Olivier Ginoux : *Médiation familiale en situation de crise*

Pr Marcel Frydman : *Prévention du tabagisme*

Lieu : Amphithéâtre Raymond Garcin, Centre Hospitalier Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris.

Renseignements : Dr M.-J. Guedj, CPOA. Tél. : 01 45 65 81 08 ou 09.

Le soutien parental

Etant donné l'âge des victimes, cette donnée nous a semblé intéressante à explorer, tant pour en souligner la valeur éventuellement pronostique que par ses conséquences en terme d'aide et de prise en charge ultérieure.

Il apparaît que 95% des patientes du premier groupe décrivent un soutien parental adéquat face à la situation. Spontanément, elles se sont confiées et leur confident (mère, sœur ou famille plus éloignée) les a accompagnées durant les démarches qui ont suivi la plainte. Dans la plupart des cas, cet accompagnement dure encore au moment de l'expertise. Elles se rendent accompagnées aux rendez-vous médicaux ou judiciaires.

La parole des patientes n'a pas été mise en doute par l'entourage.

Presque caricaturalement, plus de 95% des patientes du second groupe décrivent un soutien parental inexistant ou problématique.

Nous entendons par problématique le fait que leur parole a été mise en doute ou qu'elles aient été mises en cause par rapport à l'agression qu'elles ont subie.

Par ailleurs, il apparaît, dans ces cas, que la verbalisation du traumatisme n'ait fait que les isoler davantage au sein de leur groupe familial.

En conclusion

A partir de cette étude réalisée sur un petit échantillon, plusieurs pistes se dégagent :

- L'importance des troubles psychologiques et leur conséquence ne paraissent pas liées à un certain nombre de variables comme l'âge de la victime, son niveau d'étude, la structure de la famille et le type d'agression.

- Le retentissement de l'agression paraît, par contre, lié à un scénario qui, s'il paraît évident dans notre étude, devrait être vérifié sur une plus grande population.

Il établit de façon nette qu'un soutien parental adéquat permettrait un climat de confiance propice à une verbalisation précoce de l'agression.

Que lorsque cette verbalisation est entendue et prise en compte par l'entourage, une plainte judiciaire est rapidement déposée, stoppant les agressions dans un contexte d'accompagnement de la jeune fille.

Un étayage parental inadéquat, au contraire, retarderait la verbalisation, la plainte et l'accès aux soins, laissant la victime exposée aux récurrences et au développement d'une souffrance psychologique.

La plainte non entendue ou non crue isolerait davantage la patiente au sein de la cellule familiale.

Ce scénario simpliste a pour mérite de mettre en avant l'importance du dépistage précoce de l'abus sexuel ou de l'agression dans la prévention des séquelles.

La vérification de ces données à plus grande échelle est nécessaire et notamment sur une population de jeunes hommes victimes d'agressions sexuelles afin d'évaluer le lien avec le sexe des victimes.

Les 28 dossiers de jeunes hommes que nous avons étudiés dans les mêmes conditions tendent à confirmer ces informations.

Ces jeunes garçons se répartissent aussi très aisément en 2 groupes distincts, 13 ne présentant pas de symptômes sévères au moment de l'expertise à l'inverse des 15 autres. A noter que pour les 15 autres patients, c'est essentiellement le retentissement scolaire qui est en avant, les autres impacts étant ou absents ou minimisés à l'entretien. Ces 15 patients répondent aux mêmes critères en termes de retard de plainte, de multiplicité des agressions et de soutien parental que le groupe des jeunes filles. Par contre, il semble que le type d'agression (agression sexuelle ou viol par sodomie) ne soit pas étranger à la

gravité des troubles, mais ces données doivent être vérifiées sur un plus grand échantillon.

Dans l'avenir, il nous semble important d'avoir des données établies à partir d'une population adulte. En effet, une étude réalisée sur une population de patients adultes présentant une symptomatologie psychiatrique dépressive récurrente ou à type d'état limite pourrait préciser s'il y a eu ou non agression sexuelle dans leurs antécédents, mais surtout les conditions de ces agressions et le dépôt d'une plainte ou non. La recherche des facteurs de mauvais pronostic mis ici en avant pourrait permettre de préciser l'idée selon laquelle le seul abus sexuel ne suffit pas, et qu'à « agression égale » les symptômes seront très différents en fonction de la rapidité et de la qualité de réaction de l'entourage, cette qualité contribuant à renforcer les capacités de restauration et de réaménagements que l'âge de ces victimes recèle. ■

Patrice Huerre*, Michaël Bonnière**

*Psychiatre des hôpitaux, expert près la Cour d'appel de Paris, directeur médical de la clinique médico-universitaire Georges Heuyer, Fondation Santé des Etudiants de France, Paris ; auteur de *Ni anges, ni sauvages : les jeunes et la violence* ; éditions Anne Carrière, Paris, 2002 ; et de *L'adolescence n'existe pas*, éditions Odile Jacob, Paris, 2003.

**Psychiatre assistant à l'hôpital de Pontoise.

Bibliographie

- (1) ALLILAIRE J.F., *Les états limites*, Encycl. Méd. Chir., Paris, 37395 A, 2-1985, 16p
- (2) BIZOUARD P., NEZELOF S., BONNET P., *Maltraitance de l'enfant : sévices, abus sexuels, manifestations inaugurales*, Editions Techniques, Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 37204 H, 1991, 4p.
- (3) BRACONNIER A., *Dépressions à l'adolescence*, Editions Techniques, Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 37-214-A-10, 1993, 4p.
- (4) CHAINE F., GUELI JD., *Etats limites*, Encycl. Méd. Chir., Elsevier, Paris, Psychiatrie, 37-395-A-10, 1999, 10p.
- (5) DUGAS M., MOUREN MC., *Les troubles de l'humour chez l'enfant de moins de 13 ans*, PUF, Paris, 1980, 258p.
- (6) EGELAND B., SROUFE A., ERICKSON M., *The developmental consequence of different patterns of maltreatment*, Child Abuse Neglect 1983, 7, 459-469.
- (7) GABEL M., LBOVICI S., MAZET PH., *Maltraitance : maintien du lien ?* Paris, Fleurus, 1995.
- (8) GOSSET D., HEDOUIN V., REVUELTA E., DESJURMONT M., *Maltraitance à enfants*, Paris, Masson, 1996.
- (9) GOUBIER-BOULA M-O., *Travail avec les familles maltraitantes : les souffrances qui restent invisibles*, Neuropsychiatr Enf Adolesc 1996, 44, 140-148.
- (10) HAYMAN M., *Traumatic elements in the analysis of a borderline case*, Int. J. Psychanal., 1957, 38, 9-21.
- (11) KASHANI JH., SHERMAN DD., *Childhood depression: epidemiology, etiological models, and treatments implications*, Integrative Psychiatry 1988, 6, 1-8.
- (12) MARCELLI D., *Dépression chez l'enfant*, Encycl. Méd. Chir., Elsevier, Paris, Psychiatrie, 37-201-A-20, 1998, 7p.
- (13) MASRERSON J., *Les troubles limites de la personnalité à l'adolescence*, Diagnostic et traitement, In : Braconnier A ed. *Conflicualités*, CTNERHI, Paris, 1989, pp 49-58.
- (14) MORMONT C., *Les états limites : perspectives structurales et dynamiques*, Actual Psychiatr., 1979, 8, 35-36.
- (15) ROUYER M., DROUET M., *L'enfant violent. Des mauvais traitements à l'inceste*, Paris, Paidos, Le Centurion, 1996.
- (16) SRAUS P., MANCIAUX M., *L'enfant maltraité*, Paris, Fleurus, 1993.
- (17) TIMSIT M., *Etats limites*, Encycl. Méd. Chir. Paris, Psychiatrie 37005 A 10, 9-1970 et 37395 A 10, 9-1971.

Elisabeth Roudinesco

Directeur de recherches au département d'histoire de l'Université de Paris VII
Vice-présidente de la Société internationale d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse (SIHPP)
Membre de la Société française d'histoire de la médecine (SFHM)

au Docteur Alain Segal

Président de la SFHM

Cher ami,

Je viens d'apprendre avec stupéfaction que notre société a attribué son prix annuel, à l'unanimité des membres du jury, à un ouvrage de Jacques Bénesteau : *Mensonges freudiens* (Madarga, 2002).

En tant que vice-présidente d'une autre société d'histoire, où sont réunies toutes les tendances de l'historiographie moderne, j'ai toujours tenu avec mes collègues de la SIHPP - René Major, Jacques Postel, Michel Plon, Yann Diener - à ce que soient présentes dans nos rangs et dans nos colloques les opinions les plus divergentes.

Je m'étonne donc du choix qui a été fait par le jury de la SFHM. Négligeant tout principe d'objectivité, Jacques Bénesteau part en croisade contre ce qu'il appelle - je cite - les « impostures » du freudisme. La discipline ne serait à ses yeux qu'une « invention mensongère », une « escroquerie », une « prodigieuse rhétorique de désinformation ».

Quant à ses représentants, de Freud à Lacan, en passant par Jones, Jung, Melanie Klein, Anna Freud, Bettelheim, etc. ils ressembleraient à une cohorte de gangsters psychopathes, désireux de se remplir les poches, incapables de guérir qui que ce soit et protégés par des « réseaux » ou des « sous-marins » leur permettant de s'infiltrer dans les sociétés occidentales pour y diffuser leurs « mythes fondateurs ». Il y aurait donc, toujours selon l'auteur, un véritable « livre noir du freudisme » dont il faudrait enfin comptabiliser les méfaits, les crimes et les abus. Comme on peut le constater, le vocabulaire utilisé par Jacques Bénesteau renvoie à une « méthodologie » que nous connaissons bien et qui tend à réduire toutes les formes d'engagement à des stratégies policières fomentées par des lobbies. Son héritier le plus récent, Thierry Meyssan (*L'effroyable imposture*, Carnot, 2002), s'est illustré récemment par la publication d'un best-seller qui nie l'existence des attaques terroristes sur le Pentagone en les assimilant à une rumeur née d'un complot américain. Prise à partie par l'auteur comme « agitateur » communiste et militante lacanienne, je suis accusée (p. 314), d'avoir soutenu pendant huit ans la politique de l'Union soviétique : « Elisabeth Roudinesco adhéra en 1969 au groupe lacanien et, de 1971 à 1979 - c'est-à-dire entre l'invasion de la Tchécoslovaquie et celle de l'Afghanistan - également au Parti communiste français ».

Empoigné par sa passion, Monsieur Bénesteau oublie que je n'étais pas encore membre du PCF en 1968 et que si j'ai adhéré à ce parti trois ans plus tard, c'est parce qu'il avait condamné l'intervention soviétique en Tchécoslovaquie et qu'il s'orientait vers l'élaboration d'un Programme commun à toute la gauche. De même, au moment de l'invasion en Afghanistan, je n'étais plus membre du PCF et je venais de participer à un symposium en Georgie au cours duquel j'avais prononcé une conférence dont toute la presse a relaté le contenu et qui m'a valu un « blâme » de la part de certains des organisateurs encore attachés à l'héritage stalinien.

Fonné à la tradition universitaire, Jacques Bénesteau donne à sa dénonciation une allure respectable en s'appuyant sur une bibliographie impressionnante et sur des sources indiscutables citées à la fin de chaque chapitre. Cela lui permet de se présenter comme le premier chercheur français à faire connaître des travaux anglophones supposés « inaccessibles ». Quand on sait que plus de 80% de ces travaux étrangers sont traduits en français, et que ceux qui ne le sont pas peuvent être consultés dans toutes les

bibliothèques spécialisées, on se demande où est l'imposture. De même, on peut se demander quelle est la nature du « livre noir » du freudisme dont parle l'auteur. Que je sache, la psychanalyse n'a enfanté ni goulag, ni génocide, même si certains de ses représentants ont collaboré avec des régimes infâmes. L'auteur des *Mensonges* semble ignorer que la psychanalyse fut partout et toujours interdite d'enseignement et de pratique par tous les pouvoirs dictatoriaux, à commencer par celui mis en place par les nazis, lesquels la qualifièrent de « science juive », puis par les staliens qui en firent une « science bourgeoise ».

Plusieurs représentants de cette discipline diabolique et mensongère furent persécutés, exterminés, torturés à cause de leurs idées. Passons maintenant à la manière dont procède Monsieur Bénesteau quand il cite les travaux des auteurs dont il prétend se réclamer : « La parution du monument de Henri F. Ellenberger en 1970, *The Discovery of the Unconscious : The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, écrit-il, fut une désagréable révélation car la confrontation de l'exégèse officielle à des documents d'époque commençait à faire apparaître d'importantes, graves et troublantes contradictions, sur de nombreux points cruciaux, entre les affirmations contenues dans la littérature freudienne et ce qui s'était réellement passé. Mais les sources d'Ellenberger étaient, pour l'immense majorité d'entre elles, extérieures au mouvement car la documentation interne, soumise à l'embargo des « chiens de gardes », était alors hors d'atteinte. Comme on pouvait s'y attendre, l'historien connut les pires résistances quand il voulut publier son travail » (p. 88).

Que Bénesteau traite Ernest Jones et Kurt Eissler de « chiens de garde », cela le regarde, mais qu'il projette sur Henri Ellenberger ses fantasmes de diabolisation, je ne puis l'accepter. Ellenberger a critiqué à juste titre l'oeuvre de Jones - et notamment sa monumentale biographie de Freud - et il a eu de difficiles relations avec Eissler, directeur très orthodoxe des Archives-Freud à la Bibliothèque du Congrès de Washington. Cependant, il n'a jamais considéré ces deux représentants de l'historiographie officielle du freudisme comme des « chiens de garde ».

Quant aux difficultés qu'il rencontra pour la publication en français de son ouvrage, elles sont réelles. Mais cela n'autorise nullement Jacques Bénesteau à passer sous silence l'existence des deux éditions françaises de l'ouvrage d'Ellenberger. Publié une première fois à Villeurbanne en 1974, sous le titre *A la découverte de l'inconscient*. Histoire de la psychiatrie dynamique, ce livre fut en effet méconnu par la communauté freudienne française pendant plusieurs années. Mais jamais il ne fut ignoré par les spécialistes de l'histoire de la psychanalyse et de la psychiatrie. Salué comme un chef-d'oeuvre par Henri Ey, qui lui consacra un article dithyrambique dans *L'Evolution psychiatrique*, il fut ensuite réédité par mes soins et ceux d'Olivier Bétourné chez Fayard en 1994, sous le titre *Histoire de la découverte de l'inconscient*. Il est aujourd'hui vendu à cinq cents exemplaires par an.

En ne citant que l'édition américaine, épuisée depuis longtemps, Monsieur Bénesteau conforte sa thèse d'une dissimulation de la vérité historique qui aurait été orchestrée par des diables freudiens et par leurs « réseaux auto-protecteurs ». La vérité est toute différente. Depuis plus de vingt ans, les travaux sur l'histoire de la psychanalyse sont commentés et attaqués dans les sociétés freudiennes et sur la place

publique. Et Dieu sait si les polémiques sont vives ! Dois-je ajouter que les Archives d'Ellenberger, déposées à la SIHPP, sont ouvertes à tous les chercheurs. Notre société n'a jamais placé aucun censeur à l'entrée de la bibliothèque de l'hôpital Sainte-Anne.

Tous les ouvrages mentionnés par Bénesteau dans ses notes et sa bibliographie sont utilisés de la même manière que celui d'Ellenberger et donc détournés de leur signification. Obsédé par sa quête des « impostures », l'auteur qualifie Lacan d'« Ayatollah-Khan ».

Et pour ce faire, il « emprunte » à mon livre (*Jacques Lacan. Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pensée*, Fayard, 1993) des « informations » qui n'y figurent pas et des jugements qui ne sont pas les miens. Ainsi suis-je prise en flagrant délit d'avoir défendu les séances ultra-courtes, dont Lacan était coutumier à la fin de sa vie, alors que j'ai moi-même apporté les éléments permettant de critiquer cette pratique, désormais réduite par Bénesteau à une activité « juteuse » soutenue par « d'ardents défenseurs », et notamment par moi (p. 317, et note 26, p. 323).

Mais il y a beaucoup plus grave. Dans un chapitre intitulé « *L'occultation d'une bête* », Bénesteau analyse un épisode connu, et non pas occulté, de l'histoire des origines de la psychanalyse : la conférence sur l'hystérie masculine prononcée par Freud le 15 octobre 1886 devant la Société des médecins de Vienne. On sait que dans son autobiographie (*Freud présenté par lui-même*, Gallimard, 1984), celui-ci raconte cet événement en déformant quelque peu la réalité. Il se présente comme la victime d'un ostracisme de la part des membres de la société, alors que ceux-ci, rompus aux débats académiques, l'avaient attaqué non pas à cause de ses hypothèses sur l'étiologie de l'hystérie masculine - hypothèses auxquelles d'ailleurs il renoncera lui-même dix ans plus tard - mais parce qu'il soutenait les positions de Charcot. Dans un article de 1868, réédité par mes soins dans *Médecines de l'âme* (Fayard, 1995), Ellenberger a montré que le conflit avait pour enjeu, non pas un ostracisme anti-freudien, mais deux conceptions différentes de l'hystérie : Vienne contre Paris. Peu soucieux de vérité historique, Bénesteau s'empare de cet événement pour effectuer un amalgame entre le récit fait par Freud dans son autobiographie - où il n'est pas question d'antisémitisme à propos de cet épisode - et un autre texte de la même époque consacré aux résistances contre la psychanalyse. Dans cet article, publié par *La revue juive*, Freud souligne que sa « qualité de Juif refusant de masquer sa judéité a joué un rôle dans l'antipathie générale contre la psychanalyse » (*Les résistances contre la psychanalyse*, OC, XVII, PUF, 1992).

Mélangant les deux textes, l'auteur des *Mensonges* affirme qu'il n'existait aucun antisémitisme à Vienne « entre la fin du XIX^e siècle et l'Anschluss » (p. 190), puisque, je cite, « plus de la moitié des médecins et des avocats étaient juifs, et que la plupart des banques et la quasi-totalité de la presse étaient contrôlées par des Juifs » (p. 190). Fort de ce raisonnement qui nie l'existence d'une réalité pourtant parfaitement établie, et tout en s'appuyant sur une « comptabilité » franchement nauséabonde, Bénesteau en vient alors à accuser Freud d'être l'inventeur d'une persécution antisémite dont on ne trouverait nulle trace en Autriche jusqu'en 1938, mais qui lui aurait permis de se faire passer, en tant que Juif, pour la victime d'un complot fabriqué par des non-Juifs.

J'espère, cher Président, que vous comprendrez que l'on doive s'interroger sur le choix d'un tel livre s'agissant d'un prix décerné par une société d'histoire. Soit les membres du jury ne l'ont pas lu - et ils ont commis une faute professionnelle - soit ils l'ont lu et il est de notre devoir de leur demander des comptes. ■

La communication au patient des informations de son dossier psychiatrique

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 modifie les règles de communication des informations médicales contenues dans le dossier du patient. Le décret n°2002-637 du 29 avril 2002 précise, dans sa seconde section, la nature des éléments communicables et leur organisation dans le dossier. Ce point précis justifie, à lui seul, une analyse séparée, qui n'est pas l'objet du présent article. Rappelons simplement que sont seules communicables les informations formalisées, et que les éléments concernant des tiers n'intervenant pas dans la prise en charge, ou mentionnant qu'ils ont été recueillis auprès de tels tiers, ne doivent pas être communiqués. Ceci implique leur classement séparé dans le dossier, ou à défaut un moyen d'identification rapide évitant leur communication intempestive.

Le présent texte suppose donc que le clinicien a, au préalable, résolu la question de ce qui peut ou non être transmis, et qu'il envisage à présent les modalités de cette transmission. Nous présentons et commentons ici les nouvelles règles légales relatives à la communication du dossier au patient ou à ses ayants droit.

Réglementation antérieure au 4 mars 2002

Principes

Le décret du 30 mars 1992 stipulait déjà que l'accès aux contenus du dossier médical ne pouvait être refusé au patient qui en faisait la demande, ou à son représentant légal, ou à ses ayants droit en cas de décès. Mais cet accès s'opérait par l'intermédiaire d'un praticien désigné à cet effet. Précisons que ni les qualités de médecin traitant habituel, ni le fait d'avoir prescrit l'hospitalisation, ne donnaient à eux seuls le droit au médecin de demander communication du dossier médical. Ce droit restait subordonné à l'accord du patient ou de son représentant, ou de ses ayants droit en cas de décès (article R.710-2-3 du décret du 30 mars 1992). On notera que le praticien désigné « doit remplir cette mission d'intermédiaire en tenant compte des seuls intérêts du patients et se récuser si les siens sont en jeu » (article 46 du Code de Déontologie).

La demande déposée par un adulte majeur sous tutelle n'était pas recevable : elle devait être déposée par son tuteur. En revanche, la demande présentée par les parents d'un enfant mineur était recevable.

La loi n°79-587 du 11 juillet 1978 précise, par ailleurs, que les demandes de communication de documents détenus à son sujet par une administration n'ont pas à être motivées et aucun intérêt à agir n'est exigé. Les frais d'envoi et de reproduction étaient à la charge de la personne qui sollicite la communication. Mais le praticien désigné pouvait

déjà consulter sur place le dossier médical. En cas de refus de communiquer, le patient pouvait saisir la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (C.A.D.A.) créée par la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 - cette saisine constituant le préalable indispensable, en cas de refus de la C.A.D.A., à la saisine du tribunal administratif. Notons que l'absence de réponse dans le mois qui suivait la demande écrite valait un refus. « *La communication du dossier médical [était] assurée par le responsable de la structure médicale concernée* » ou par un confrère de l'établissement désigné par lui (ancien article R.710-2-5).

Commentaires

Le principe fondamental de la loi, déjà avant le 4 mars 2002, était bien celui-ci : *le patient a accès in fine à l'information médicale le concernant.*

Il s'agit là de la traduction légale d'un principe déontologique : le secret professionnel n'est pas opposable au patient. Le dossier médical est le support matériel privilégié de cette information. En conséquence, le législateur porte son attention sur cet élément matériel de l'information. L'article 35 du Code de Déontologie nous dit que « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension (...)* ». Le principe premier en la matière est bien l'information du patient. Viennent ensuite les limitations ou les incitations à la prudence quant à ce principe : « (...) *Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affectation dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination* ».

La limitation du droit de l'un des contractants par l'appréciation « *en conscience* » de l'autre contractant posait – au moins en théorie – un problème éthique. En cas de désaccord sur la teneur ou l'étendue de l'information donnée, le dernier mot revenait au médecin. Nous étions donc dans une situation où la dénonciation du contrat pour insuffisance par l'un des contractants entraînait soit la reddition de l'un aux arguments de l'autre, soit la rupture du contrat. Mais ce problème est inhérent à la nature synallagmatique, c'est-à-dire bilatérale, du contrat liant les deux parties. Il n'est pas question de soutenir démagogiquement

que les deux parties sont égales dans le contrat médecin-malade. Mais sur la question de la pertinence de l'information délivrée, il y avait un déséquilibre certain, déséquilibre que l'on peut constater sans en juger. Or, nous pouvons tout de même nous pencher sur les conséquences de ce déséquilibre.

La rupture du contrat et la reprise du soin avec un autre praticien renouvelait, dans une certaine mesure, le problème : certes le premier médecin transmettait les éléments utiles à la continuité des soins à un second médecin et, certes, le droit à communication du dossier trouvait à s'exercer aussi par un autre médecin. Mais dans un cas comme dans l'autre, le patient se trouvait en face d'un autre médecin, double certes imaginaire du premier, mais double tout de même. Parallèlement, le second praticien – qu'il fut médecin traitant ou « *médecin communicateur* » – héritait d'une situation délicate au plan éthique comme au plan déontologique. En effet, il n'héritait pas seulement d'informations médicales, mais également d'un *contexte déontologique* : le patient ne s'était pas satisfait de l'information délivrée oralement, ou le premier médecin avait jugé *en conscience* qu'une information limitée était préférable. En communiquant, à son tour, l'information tant convoitée, le second médecin cautionnerait donc implicitement l'une ou l'autre des idées suivantes : le confrère n'a pas délivré la bonne information, ou il a commis une erreur de conscience. En somme, la loi plaçait les médecins en position de guérilla déontologique sur la question de l'information du patient. La loi prévoyait en outre que le premier médecin était systématiquement « *doublé* » par un confrère. Certes, on pouvait arguer de l'intérêt et de la protection du patient dans ce « *doublage* » systématique. Mais tout d'abord, ce dispositif renforçait dans le public l'idée que l'information médicale était toujours dangereuse, puisque sa communication s'accompagnait, à tout coup, d'une présence médicale immédiate. Enfin, il serait tout de même bon de dire haut et fort que pour quelques cas effectivement inadmissibles d'omerta médicale ou de sincères demandes d'information avant une décision thérapeutique difficile, un grand nombre de demandes de communications relevaient et relèvent d'une frange de patients caractérisés par leur penchant suspicieux et leur naturel querulent, pour lesquels toute velléité de les protéger attise leur méfiance, et avec lesquels le risque de contentieux est proportionnel au nombre d'intervenants.

Loi du 4 mars 2002

Présentation

Le principe de l'information du patient reste le même, et il est explicitement déployé dans le texte de loi : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus* » (Art. L. 1111-2). En apparence, le précédent décret était beaucoup plus simple à appliquer, mais il laissait planer des imprécisions considérables. La loi du 4 mars 2002 et son décret d'application du 29 avril 2002 ont précisé les conditions d'accès aux informations contenues dans le dossier médical, en détaillant ou modifiant certaines situa-

tions susceptibles de poser problème dans la réglementation précédente. Le risque est que le nombre de précisions apportées est tel, que le praticien ne s'y perde ou n'oublie un critère. L'intérêt de la nouvelle législation est, également, de préciser les parts respectives de l'administration hospitalière et du corps médical dans le travail de communication. La demande de communication doit suivre un circuit codifié :

- elle est reçue et validée par l'administration, qui la transmet au praticien ;
- le praticien réunit l'information et fait part, le cas échéant, à l'administration de ses remarques sur les précautions à suivre ;
- finalement les informations extraites du dossier sont envoyées au patient par l'administration, ou consultées sur place par le patient.

Qui dépose la demande ?

La demande de communication d'informations médicales contenues dans le dossier peut être déposée par le patient, son représentant ou ses ayants droit (article 1^{er} alinéa 1 du décret 2002-637). Il n'y a sur ce point aucune modification majeure.

Le patient lui-même dépose sa demande sans aucune condition de fond : il n'a pas à se justifier de cette demande, puisque son droit à l'information est inaliénable. Avant, comme après le 4 mars 2002, aucun intérêt à agir n'est exigé du patient lui-même.

Le tuteur est habilité à déposer une demande de communication pour son protégé. On retrouve, sur ce point, un parallélisme des formes entre tutelle aux biens et tutelle à la personne. Aucun intérêt à agir n'est exigé pour le tuteur, puisqu'il représente légalement le patient. Le seul problème pouvant, à notre sens, prêter à interprétation est la situation du patient sous tutelle demandant lui-même communication (cf infra). Les parents ou le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale exercent, également, le droit à communication pour la patient mineur. Nous verrons dans quelle mesure ce droit peut être limité par la clinique.

Les ayants droit du patient – à la condition qu'il soit *décédé* – peuvent exercer le droit à communication. Mais dans ce cas, et seulement dans ce cas, un intérêt à agir est exigé. Les ayants droit doivent motiver la demande, et répondre strictement à l'une des motivations suivantes : *connaître la cause de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leur droit*. La définition de l'ayant droit n'est pas donnée par la loi (cf infra). Il n'appartient pas au médecin d'estimer la validité de la motivation alléguée par l'ayant droit. En revanche, nous verrons que le médecin peut être amené à refuser la communication s'il estime que sa réponse serait contraire à ses obligations déontologiques. Enfin, un médecin désigné par le patient, son tuteur, le parent ou titulaire de l'autorité parentale, ou un ayant droit, est habilité à demander communication. Soulignons que la personne de confiance au sens de l'article L1111-6 n'est pas habilitée à demander communication, alors qu'elle est présente es qualité à la demande du patient au moment où l'information est oralement délivrée par le praticien.

Qui recueille la demande ?

Précisons d'emblée que le praticien n'est pas habilité à recevoir officiellement la demande de communication. Seul le responsable de l'établissement ou son représentant est habilité à recevoir cette demande : « *La demande est adressée (...) dans le cas d'un établissement de*

LIVRES

Textes de droit hospitalier

Michel Godfry

Coll. « *Que sais-je ?* »

PUF

Outre des textes généraux (Constitution de l'OMS, Convention européenne des droits de l'homme...), on trouve dans ce « *Que sais-je* » des articles de loi définissant le service public hospitalier (missions, accueil et traitement des urgences, sécurité sanitaire...), la planification des besoins (rôle des ARH, de l'ANAES, du projet d'établissement...), la coopération interhospitalière, le conseil d'administration ou le directeur. Y figurent, également, les statuts des praticiens hospitaliers (temps plein et partiel, attachés, assistants) et de la fonction publique hospitalière (recrutement, notation, avancement, droit syndical). L'ouvrage recense les derniers textes de lois sur les droits du patient et sur l'hospitalisation en psychiatrie.

Carnet de santé de la France 2003

Sous la direction de Jean de Kervasdoué

Dunod

La Mutualité française publie son troisième *Carnet de santé de la France*, qui dresse un état des lieux de l'économie et de la politique de santé en 2002. L'ouvrage s'intéresse notamment aux « *curieuses distorsions* » de l'offre de soins en terme de répartition géographique, prenant appui sur l'exemple des cardiologues, qui sont les plus nombreux là où les malades le sont le moins. Il aborde les principaux événements de l'année passée : revalorisation de la consultation des généralistes, débat sur la maîtrise des dépenses de santé, ras-le-bol des hospitaliers- et propose un bilan, sept ans après, du « *plan Juppé* ». Ce *Carnet de santé* fournit une série d'indicateurs démographiques, économiques et sanitaires, des statistiques sur le handicap et sa prise en charge, ainsi que des données sur l'impact des conditions de travail, de l'obésité, de l'alcool et du tabac sur la santé. Un chapitre fait le point sur les droits et devoirs des malades et des médecins depuis les lois des 4 mars et 30 décembre 2002. L'ouvrage comprend, enfin, une analyse comparative des systèmes de santé des grands pays occidentaux.

Guide pratique de la gestion du temps et des plannings à l'hôpital

Jean-Pierre Danos, Michel Garcia-Gil, Laurence Raoust

Les Etudes Hospitalières

Ce Guide pratique, destiné à faciliter la solution de problèmes quotidiens, traite des sujets qui préoccupent les agents et les personnes en charge de la gestion des ressources humaines (DRH, DSSI, cadres, attachés d'administration hospitalière, directeurs d'établissements de la FPH). Il propose des méthodes et des outils opérationnels (issus de l'expérience des auteurs dans près d'une trentaine d'établissements de santé) pour gérer le temps à l'hôpital en conciliant les impératifs économiques et sociaux avec les contraintes réglementaires. La plupart des chapitres suivent la logique suivante : fiche de rappel de la réglementation applicable (décrets et circulaires) sur le thème du chapitre, exemple d'un accord local (fictif) traitant du même thème, outils et méthodes (ou bonnes pratiques) pour mettre en œuvre la réglementation.

Ecole Pratique des Hautes Etudes Sciences Historiques et Philologiques

45, rue des Ecoles - Paris 75005 - Tél. 01 40 46 31 43

PROGRAMME DES CONFÉRENCES 2003-2004

Histoire de la médecine - Directeur d'études : Mme Danielle Gourevitch

1/ Pour une pathocénose de l'Empire romain

2/ La médecine parisienne vers 1855

Les jeudis de 14h à 16h et les 2e et 4e jeudis de 16h à 18h ; en Sorbonne, entrée par le 17 rue de la Sorbonne, escalier E, 1er étage.

Paléopathologie - Chargé de conférences : M. Pierre L. Thillaud

1/ Des phénomènes prototiques en paléopathologie

2/ Actualités paléopathologiques

Les jeudis de 14h à 16h ; au musée de l'Homme, Laboratoire d'anthropologie biologique.

Histoire de la psychiatrie - Chargé de conférences : M. Michel Caire

Les sources de l'histoire de la psychiatrie parisienne aux Archives nationales

Les 1er et 3e jeudis de 16h à 18h ; en Sorbonne, entrée par le 17 rue de la Sorbonne, escalier E, 1er étage.

Pour les personnes intéressées, contacter le secrétariat de l'Ecole au 01 40 46 31 43, ou consulter le site internet pour tout renseignement sur les conditions d'inscription comme auditeur ou étudiant : <http://www.ephe.sorbonne.fr/enseignements/4histmed.htm>.

LIVRES

Cours de droit hospitalier
Tome 1Jean-Marie Clément
2e édition revue et mise à jour
Les Etudes Hospitalières

Ce premier tome s'ouvre par une synthèse sur l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé. D'autres chapitres concernent des points particuliers qui sont développés avec le souci de rester le plus près possible des textes de lois ou des décrets, voire des arrêtés, et même des circulaires. Le tome II se présentera comme une suite d'études ponctuelles sur des sujets aussi différents que la responsabilité médicale, la pharmacie d'intérieur ou le droit des déchets.

L'intégration professionnelle des personnes handicapées
Le travail en milieu ordinaireDossier professionnel documentaire
CTNERHI, n° 5 - 2003

L'intégration professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail est une des priorités de la politique gouvernementale en faveur des personnes handicapées, ainsi que l'a rappelé, récemment, le Président de la République. Elle est organisée par la loi du 10 juillet 1987 qui fait obligation aux entreprises de 20 salariés et plus, publiques et privées, d'employer 6% de travailleurs handicapés dans leurs effectifs. Ce dossier fait le point sur l'application de cette loi. Celle-ci n'a pas encore réussi à remplir parfaitement sa mission d'intégration puisque le taux d'emploi stagne autour de 4% (4,1% en 2000) ; les entreprises préfèrent encore, trop souvent, s'acquiescer de l'obligation d'emploi en payant une taxe. Le manque de formation des travailleurs handicapés n'explique pas totalement cet état de fait, les raisons en sont conjoncturelles, mais aussi sociales et psychologiques. Ce dossier est composé d'articles, d'extraits de rapports, de données statistiques, de textes réglementaires. Des références bibliographiques permettent d'approfondir les problématiques soulevées, apportent des exemples de pratiques. Il espère participer à une meilleure connaissance des populations concernées, rendre compte de la richesse et de la complexité des situations.

Guide de l'aide médico-psychologiqueGuy Dréano
2e édition
Dunod

L'aide médico-psychologique participe de l'aide et du soin, du sanitaire et du social : elle apparaît aujourd'hui comme la profession de synthèse pour l'accompagnement, au quotidien et dans ses différents registres, des très nombreuses personnes en situation de grande dépendance. D'abord spécialisée dans le domaine de l'enfance lourdement handicapée, cette fonction concerne maintenant toutes les tranches d'âge, et singulièrement les personnes âgées qui nécessitent un accompagnement institutionnel proche et constant. La deuxième édition de ce livre s'articule autour de quatre parties :
- un bref historique de la profession d'aide médico-psychologique et le point sur sa situation actuelle ;
- une réflexion sur les situations de dépendance, leurs causes et les différentes classifications en usage ;
- une présentation de l'institution médico-sociale dans ses différents aspects législatifs et organisationnels, intégrant les incidences de la loi de rénovation sociale de janvier 2002 ;
- enfin, une analyse de cet exercice professionnel à travers quelques uns des thèmes dominants de la pratique.

☛ *santé, au responsable de cet établissement ou à la personne qu'il a désignée à cet effet et dont le nom est porté à la connaissance du public par tous moyens appropriés* » (article 1er du décret). Il s'agit de la traduction logique du fait que le propriétaire légal du dossier n'est ni le praticien ni le patient, mais l'établissement, donc son représentant. Cette incapacité légale du praticien à recevoir le demande permet une juste répartition des tâches – mais surtout des responsabilités – entre l'administration et le corps médical. Si un praticien reçoit directement une demande de communication d'informations contenues dans un dossier, il doit orienter l'auteur de cette demande sur le représentant du directeur désigné pour traiter ces questions. Sans doute soucieux de satisfaire rapidement la demande de l'utilisateur et de son entourage, voire rebutés par ce qu'ils perçoivent comme des méandres procédurales, un certain nombre de confrères préfèrent photocopier tout ou partie du dossier et remettre cette copie au demandeur. Nous recommandons la plus grande prudence quant à de telles pratiques. En effet, la communication du dossier constitue un droit inscrit dans la loi : l'exercice du droit nécessite toujours quelques précautions, et en l'occurrence de vérifier la validité juridique de la demande.

Qui valide la demande ?

Il appartient, en effet, au représentant du directeur de vérifier l'identité et la qualité du demandeur. Il s'agit d'un principe déjà connu et appliqué, en particulier pour la tenue des livres de la loi. Ceci implique donc la production des pièces officielles relatives au statut de tuteur, de titulaire de l'autorité parentale, d'ayant droit ou de médecin, mais aussi le cas échéant du certificat de décès du patient. Le directeur ou son représentant est responsable non seulement de la preuve administrative de la qualité du demandeur, mais aussi du lien de causalité entre sa qualité et la nature de l'accès à l'information : par exemple, il ne suffit pas d'établir que le demandeur est le frère du patient décédé... puisque le frère n'est pas un ayant droit. La notion d'ayant droit demeure d'ailleurs imprécise. La définition de l'ayant droit, le plus communément admise, est celle d'héritier - ascendant ou descendant - à l'exception des collatéraux. Ce statut est attesté civilement par la mairie du domicile du défunt, ou pour les ressortissants étrangers par leur consulat ou l'O.F.P.R.A. Un notaire peut, également, fournir un certificat d'hérédité attestant la qualité d'ascendant ou de descendant. L'ayant droit par filiation peut motiver sa demande sur l'un des trois critères prévus (cause de la mort, mémoire du défunt ou faire valoir un droit). Mais la qualité habituelle d'ayant droit au sens de la filiation doit être distinguée de la qualité d'ayant droit au sens du contrat : le bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie ou d'assurance décès est ayant droit à sa façon. Il peut avoir à justifier des circonstances de la mort du patient pour prétendre à ses droits, notamment en prouvant que le patient ne s'est pas suicidé. Si le demandeur n'est pas un ayant droit au sens de la filiation mais seulement au sens du contrat, la seule information dont nous recommandons la communication est un certificat permettant au demandeur de faire valoir son droit (par exemple mentionnant la cause du décès). La communication de toute autre information quelle qu'en soit le motif – par exemple pour défendre la mémoire du défunt – nous semble abusive dans ce cas. Enfin, le droit ne prévoit de priorité entre ayant droit qu'en terme d'héritage. Il n'y a donc pas de concurrence entre ayants droit pour l'accès aux informations communicables du dossier : tous les ayants droit qui le justifient peuvent accéder à l'information. Le praticien sera donc attentif de communiquer la même information aux différents

ayants droit. Le représentant du directeur informe le demandeur de la marche à suivre, des délais et des modalités de communication de l'information. Les règles évidentes de courtoisie et de bonnes pratiques entre administration et corps médical justifient que le représentant du directeur informe aussitôt le médecin concerné, même si la demande n'est pas encore intégralement constituée d'un point de vue juridique. Lorsque la demande est validée, le représentant du directeur transmet officiellement la demande au médecin concerné. Pour éviter tout contentieux et préserver la sérénité réciproque entre administratifs et médecins, il est indispensable que la transmission officielle de la demande de l'administration au praticien soit écrite. Par conséquent, le praticien ne doit communiquer aucune information à quiconque tant qu'il n'a pas été saisi officiellement par le directeur ou son représentant.

Quels sont les délais ?

Cet aspect des textes est plus complexe qu'il n'y paraît au premier abord. La difficulté tient d'une part à l'interprétation du début du délai, et d'autre part à la définition de la date à laquelle a été constituée l'information. L'article L1111-7 de la loi parle du délai « suivant (la) demande » et l'article 1er alinéa 3 du décret parle de délai « à compter de la date de la réception de la demande ». On peut interpréter qu'il s'agit du délai après que la demande soit légalement constituée : la date du premier courrier du patient ne suffit pas à notre avis à faire courir le délai, encore faut-il que la demande soit complète. Mais il ne s'agit que de notre interprétation. En tout état de cause, on ne saura reprocher à l'établissement d'avoir dépassé le délai « à compter de la date de la réception de la demande », si ce dépassement est consécutif au retard pris par le demandeur à fournir les éléments constitutifs de la demande.

Certes, on remarquera qu'aucune sanction n'est prévue en cas de dépassement par l'établissement des délais impartis. La jurisprudence aura tôt fait de nous renseigner sur ce point. Les dossiers de contentieux en cours, dans lesquels plusieurs mois après la demande le demandeur n'aurait pas obtenu communication des informations, seront instructifs dans leur conclusion : on s'attachera à vérifier si les juridictions blâment ou sanctionnent l'établissement pour son retard, mais aussi si la jurisprudence prend en compte, à charge ou à décharge, la nature contentieuse du dossier dans son appréciation du retard à communiquer. Les délais de communication dépendent de l'ancienneté du dossier : on retient donc comme date de début « la date à laquelle l'information a été constituée » (article 1er alinéa 3 du décret). Pour une information de moins de 5 ans, le délai est de 8 jours. Pour une information de plus de 5 ans, le délai est de 2 mois. On peut penser que si le dossier débute il y a plus de cinq ans et se poursuit ensuite, le délai ap-

plicable est de 2 mois. Dans le cas d'une hospitalisation somatique de quelques jours, la définition du délai est assez simple. Mais dans le cas d'une prise en charge psychiatrique de plusieurs années, il est autrement plus hasardeux de définir avec certitude « la date à laquelle l'information a été constituée ». Nous proposons une interprétation fondée d'une part sur le fait que le dossier médical détenu par un établissement pour un patient donné est une entité juridique unique, et d'autre part sur l'attention portée aux précisions fournies par le demandeur. Si le demandeur précise qu'il souhaite communication des informations relatives à telle hospitalisation ou à telle séquence de soin dans un lieu défini (par exemple au Centre Médico-Psychologique), ces informations lui sont adressées. Dans ce cas, le délai de communication est appliqué en prenant la date de début des soins de la séquence concernée. Si le demandeur ne précise pas sa demande, l'intégralité des informations doit lui être communiquée, en prenant comme repère au délai la date de début des soins de la séquence la plus ancienne. Enfin, et sans aucun esprit de provocation, nous soulignerons que l'article L1111-7 autorise la communication « au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé » : le texte ne précise pas à qui s'adresse ce délai de réflexion, du médecin, du demandeur et de l'administrateur. Que le lecteur se rassure, le respect des usages et précautions commentés dans le présent texte suffit largement à couvrir le délai de réflexion.

Quel est la place du praticien de l'établissement ?**- Quel médecin est responsable de la communication ?**

L'article 9 du décret du 29 avril 2002 modifie l'article R710-2-1 du Code de la Santé Publique, et stipule que dans les établissements publics ou participant au service public « les informations relatives à la santé d'une personne lui sont communiquées par le médecin responsable de la structure concernée ou par tout membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet ». Dans les établissements privés, cette communication est uniquement dévolue au médecin ayant prodigué les soins ou, à défaut, « par le ou les médecins désignés à cet effet par la conférence médicale ». Cet aspect des textes recoupe la question générale de la responsabilité médicale dans un service hospitalier. Il est d'usage, notamment en psychiatrie de secteur, qu'un praticien soit responsable d'une unité d'hospitalisation à temps plein ou partiel ou d'un Centre Médico-Psychologique. Mais dans une hypothèse contentieuse extrême mettant en conflit un praticien réputé responsable d'unité et le médecin chef du service, une application pointilleuse du droit nous semblerait la suivante : le responsable d'unité fonctionnelle doit être effectivement nommé par le Conseil d'Administration pour endosser, en l'occurrence, la respon-

sabilité de la communication ; à défaut, cette responsabilité est celle du médecin chef. Cette responsabilité du médecin chef est d'ailleurs soulignée par l'article R710-2-6 modifié, qui précise que « en cours d'hospitalisation, le chef de service communique au médecin désigné dans les conditions ci-dessus et qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du malade ». Nous interprétons cet élément nouveau du droit bien sûr comme une implication partagée du chef de service dans la procédure de communication, mais surtout comme une responsabilité soulignée du chef de service dans l'exhaustivité et l'extemporanéité de l'information médicale dans le service dont il a la responsabilité.

Inversement, le praticien officiellement responsable d'unité est, à son tour, responsable des informations communiquées par ses collaborateurs et concernant tout patient soigné dans son unité. Remarquons que c'est le praticien transmettant l'information pour communication qui engage sa responsabilité sur la nature des éléments communiqués : il veillera à ce que les éléments communiqués soient effectivement communicables. Mais lorsque le médecin qui communique n'est pas le médecin traitant, il engage sa responsabilité exclusivement sur la communication elle-même (respect des règles de communications, nature communicable des informations) et non sur la qualité ou la nature du diagnostic et de la démarche thérapeutique communiqués.

- Quel médecin se charge en pratique de la communication ?

A notre avis, le médecin légitimement responsable de la mise en forme des informations – mais pas de leur communication – est d'abord le médecin ayant prodigué les soins. Si plusieurs praticiens, a fortiori dans plusieurs unités, ont participé à la prise en charge du patient, chacun pourra réunir les informations concernant sa séquence de prise en charge et les adresser à un praticien chargé de réunir l'information. Nous conseillons ensuite la démarche suivante interne au service :

- le médecin responsable de l'unité consulte les informations réunies avant de les communiquer, et il informe le chef de service de la communication ;
- en l'absence du médecin responsable de l'unité, le praticien désigné par celui-ci procède à la communication des informations, et il en informe le chef de service ;
- en l'absence du médecin responsable de l'unité, si celui-ci n'a désigné aucun praticien pour le remplacer, le chef de service est seul responsable de la communication ;
- lorsque le praticien responsable de l'unité au moment des soins a définitivement quitté le service, son successeur remplit la mission de communication de la même façon. Ainsi, tout praticien non responsable de l'unité où il exerce et qui a connaissance d'une demande de communication devrait en informer son responsable d'unité. Pour clore ce paragraphe, nous attirons l'attention sur le fait que le praticien désigné en l'absence du responsable de la structure n'appartient pas obligatoirement au service. Nous conseillons enfin, avant de désigner ce praticien suppléant, de s'assurer de son accord : il serait cocasse qu'un président de CME ou un médecin DIM, par exemple, découvrent au cœur de l'été qu'ils ont été désignés, à leur insu, par plusieurs praticiens.
- **Quel est l'interlocuteur du médecin ?** Les échanges de courrier n'ont lieu qu'avec le représentant du directeur. Par exemple, si le praticien a un doute sur la qualité d'un ayant droit, il s'abstiendra d'écrire sur ce point au patient ou à son entourage et questionnera sa seule administration en respectant le secret professionnel. Ainsi la responsabilité de la validation de la demande incombe de fait à l'administration.

COURRIER DES LECTEURS

Bonjour,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article de P-F Godet sur le dossier médical en psychiatrie. Sans avoir poussé la réflexion aussi loin, nous avons, dans le Service, adopté, entre collègues, une conclusion similaire. Nous avons constaté que ni la loi ni le décret ne demandent la communication des documents source mais seulement les « informations ». A la fin de chaque séjour, nous reprenons donc dans un document spécifiquement élaboré les informations relatives aux points listés dans le décret, en renvoyant si nécessaire aux documents « durs » communicables (biologie, imagerie par ex). Ainsi le dossier archivé comporte d'emblée 2 volets : un volet communicable selon le décret et un volet non communicable (le reste) qui comprend donc en particulier, toutes les notes-source médicales et infirmières considérées comme documents de travail. Le dossier reste unique en cas de saisie judiciaire ou de communication à un autre service dans l'intérêt de la continuité des soins. Le dossier communicable est prêt à être communiqué, sous réserve de l'accord du praticien référant qui apprécie, en dernier recours, en fonction de l'état du patient (cf un récent bulletin de l'ordre qui rappelle notre obligation de ne pas nuire au patient). Je remercie vivement PF Godet de son travail qui va dans le sens où nous nous sommes engagés et nous conforte dans la direction prise. Bien cordialement

Jean-Alain le Foll, CH Guillaume-Regnier, Rennes

Les modalités de la communication : envoi ou consultation

Dans sa forme, la communication des informations peut suivre deux voies différentes : la consultation sur place ou l'envoi de copies. Dans le fond, cela ne change en rien la nature des informations communicables : dans un cas comme dans l'autre, le praticien prépare la copie des informations communicables, extraites du dossier.

- Qui choisit les modalités de communication ?

Le demandeur fixe les conditions de la transmission. Il est préférable que le représentant du directeur informe d'emblée le demandeur des deux possibilités et de la modalité qui sera retenue en l'absence de précision du demandeur, afin d'éviter les allers-retours et courriers inutiles. Il est souhaitable que le corps médical et l'administration se coordonnent sur la modalité retenue par défaut : on préférera sans doute l'envoi des informations, sachant que les praticiens sont déjà bien occupés par leurs tâches cliniques et institutionnelles.

- Comment s'exerce la consultation sur place ?

L'établissement est tenu de proposer la présence effective du médecin responsable de la structure ou de tout autre médecin de l'établissement désigné par lui. Mais le demandeur peut refuser cette présence. Le demandeur peut exiger la copie de tous les documents consultés, ou le cas échéant leur copie sur disquette informatique. Il a le choix du support de la copie. Si l'outil informatique le permet, on verrouillera le document avant de remettre la disquette.

- Comment s'exerce l'envoi de copies ?

Nous conseillons d'envoyer la copie des informations communicables au représentant du directeur, sous pli cacheté, signé du praticien responsable de la communication, et portant l'identité du patient et la mention « *confidentiel - secret professionnel* », accompagné d'un courrier identifiant le patient, le demandeur et la date ou référence de la demande. Le praticien n'écrit ou n'envoie des informations qu'après réception d'un courrier ou d'un courriel de son administration.

Ce luxe de précautions peut sembler excessif. Mais cette étape reste la plus délicate, puisqu'elle touche au secret professionnel que le praticien ne partage pas avec son employeur. Nos recommandations ont pour seul but de protéger le praticien d'une éventuelle erreur de procédure, et de cerner les responsabilités en cas de contentieux.

- L'accès par l'intermédiaire d'un médecin désigné

Le terme de médecin désigné se rapporte ici au praticien officiellement saisi par le patient ou un ayant droit pour obtenir communication des informations formalisées du dossier dans le cadre de l'article L1111-7. Cette éventualité, laissée à l'appréciation du demandeur, ne change rien ni à la procédure, ni à la nature des informations transmises. On ne communique pas plus d'informations sous prétexte que le destinataire est un médecin. Certaines informations ne seront d'ailleurs jamais transmises à un confrère désigné dans ce contexte, alors qu'elles auraient pu l'être avec l'accord du patient dans le cas habituel de la continuité des soins, c'est-à-dire le plus souvent au médecin de ville après une hospitalisation : en effet, on peut estimer utile de transmettre quelques informations concernant des tiers en situation de continuité des soins, alors que la situation de communication des informations au patient exclue toute communication d'éléments concernant des tiers. Le représentant du directeur informe le praticien de l'identité du médecin désigné par le demandeur. Pour l'envoi de copies, la procédure est identique pour le praticien de l'établissement : il est tentant pour le praticien d'envoyer directement la

copie des informations communicables à son confrère, mais on s'en abstiendra. En effet, nous nous situons ici dans le registre de l'exercice d'un droit du malade, et non dans l'exercice déontologique de la continuité des soins. Si la consultation sur place est l'hypothèse retenue, nous nous voyons encore contraint de recommander le strict respect des procédures. *Le médecin désigné n'a accès qu'aux informations qu'il aurait reçues par l'envoi de copies* : il ne pourrait prétendre à l'accès au dossier dans son intégralité que si celui-ci ne contenait absolument aucune information relative à des tiers... Le praticien de l'établissement proposera sa présence comme dans le cas général. Rappelons, enfin, qu'au terme de l'article 46 du Code de Déontologie Médicale le médecin désigné doit se récusier si ses intérêts sont en jeu.

Quelles questions le praticien doit-il se poser avant de répondre ?

La nature de notre patientèle rend fréquentes et probables un certain nombre de situations particulières prévues par la loi. Idéalement, toutes les administrations sont parfaitement au fait de ces méandres juridiques, et en informent clairement les praticiens de leur établissement. Mais, sachant que nul n'est censé ignorer ses obligations et que deux précautions valent mieux qu'une, tout praticien doit se poser systématiquement certaines questions avant de répondre à une demande de communication transmise par son administration.

- Le patient est-il mineur au moment de la demande ?

Le mineur peut s'opposer à toute communication de son dossier au titulaire de l'autorité parentale. Ce refus doit être explicitement mentionné dans le dossier. La responsabilité de communication étant médicale, un parallélisme des formes implique que la mention du refus doit être portée au dossier par un médecin. L'absence d'une nouvelle mention contraire dans le dossier vaut donc maintien du refus.

Dans le cas d'un refus du mineur, le praticien s'efforce d'obtenir son consentement. Si le mineur accepte la communication au titulaire de l'autorité parentale, il est en droit d'exiger que celle-ci passe par l'intermédiaire d'un médecin désigné. Mais c'est le titulaire de l'autorité parentale qui choisit alors le médecin et la modalité de communication (envoi ou consultation sur place).

- Le patient décédé était-il opposé à la communication ?

En effet, l'article L1110.4 autorise les ayants droit à demander communication, « *sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès* ». Il est surprenant que la notification du refus dans le dossier ne soit pas exigée par les textes dans le cas d'un patient majeur. Nous en recommandons donc l'usage, ne serait-ce que pour des raisons pratiques (continuité de l'information en cas de changement de praticien). Rappelons cependant que, à défaut de communication des informations formalisées, la délivrance d'un certificat est autorisée à l'ayant droit : le droit du défunt n'obère pas le droit du vivant.

- Le patient est-il sous tutelle ?

L'interprétation de cette partie des textes a suscité des débats entre administratifs et praticiens de quelques établissements. A notre avis, il convient de distinguer clairement les notions de consentement aux soins, de droit à l'information du patient et de droit à communication des informations formalisées. Tout d'abord, le statut de majeur protégé est compatible avec la capacité de consentir aux soins : dans le cas contraire, la loi du 27 juin 1990 imposerait une obligation de soin à tout majeur protégé. Mais, en matière d'information, les majeurs protégés - lorsqu'il s'agit d'une tutelle - sont très encadrés : certes « *les intéressés ont le droit*

de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée (...) à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle », mais le droit à l'information du majeur sous tutelle reste exercé par son tuteur (article L1111.2 alinéa 5).

Enfin l'article L1111.7 - posant le cadre général de l'accès aux informations formalisées - ne fait pas mention d'un « *accès adapté aux informations* » comme il y a une « *information adaptée* ». De plus, l'article 1^{er} du décret (article R1111.1) stipule d'emblée que l'accès aux informations est exercé par le tuteur. Le patient sous tutelle ne peut même pas demander l'accès par l'intermédiaire d'un médecin, seul son tuteur en a la possibilité. En résumé, le clinicien est invité à parler avec son patient sous tutelle ; mais il réserve au tuteur légal de son patient l'accès légal aux informations formalisées. Ceci étant posé, la question du tuteur à la personne et du tuteur aux biens n'est pas absolument tranchée. Ainsi le statut de curateur à la personne au sens de l'article L3211.9 du Code de la Santé Publique, désigné pour un patient hospitalisé sans son consentement, est relativement rare. Or l'article L3211.9 précise que le curateur à la personne est désigné pour un « *malade n'ayant pas fait l'objet d'une mesure de protection* ». Ceci implique-t-il que le tuteur aux biens endosse à son tour une part de responsabilité à l'égard de la personne et pas seulement des biens de la personne ? Par ailleurs, la jurisprudence va dans le sens d'une confusion des notions de tutelle à la personne et de tutelle aux biens.

Pour notre part, nous pensons que le tuteur aux biens exerce, bel et bien, le droit à l'accès du patient protégé aux informations formalisées le concernant.

- Une obligation de soin existait-elle au moment des soins ?

Si tel est le cas, et si le praticien estime que la communication entraîne « *un risque d'une gravité particulière* », il peut estimer « *à titre exceptionnel* » nécessaire l'intermédiaire d'un médecin. Le praticien en informe par écrit le représentant du directeur. Il fait exclusivement mention dans son courrier de l'obligation de soin et du risque d'une gravité particulière, sans plus de détails. En cas de refus du patient, la Commission Départementale des Hospitalisations en Psychiatrie (CODOPSY) peut être saisie par le praticien ou le patient. L'avis de la CODOPSY est alors souverain. On notera que la saisine de la CODOPSY porte automatiquement le délai de communication à deux mois.

- La communication du dossier fait-elle courir un risque au demandeur ou au patient ?

Le praticien peut recommander la présence d'une tierce personne avant la consultation de certaines informations, au motif du risque que leur « *connaissance sans accompagnement* » ferait courir. Cette situation peut s'appliquer, par exemple, à l'ayant droit d'un patient décédé d'une maladie héréditaire. Le praticien de l'établissement informe le représentant du directeur de sa recommandation de la présence d'une tierce personne, sans plus de précisions. Le demandeur peut refuser ou accepter par écrit. Même en l'absence de réponse du demandeur, la communication a lieu dans les délais prévus.

On remarquera que le texte ne mentionne que la consultation et non l'envoi des informations. Si le demandeur a opté pour l'envoi de documents, dans la mesure où les délais de communication sont respectés, on ne pourra reprocher au praticien de recommander tout de même l'intermédiaire d'un médecin.

Le médecin peut-il refuser la communication ?

Nous avons envisagé les deux situations formelles dans lesquelles le praticien peut refuser la communication, en se

retranchant derrière le refus du patient mineur vivant ou le refus de son vivant du patient décédé. Mais nous estimons que dans certaines situations, le médecin peut être amené à refuser la communication s'il estime que sa réponse serait contraire à ses obligations déontologiques. Dans la mesure où les textes considèrent, in fine, comme inaliénable le droit à l'information du patient, et dans la mesure où les cas particuliers du patient mineur et du majeur protégé sont traités par les textes, les situations « *à risque* » concernent selon nous les cas de patients décédés. Il s'agit d'ailleurs du seul cas de figure prévu par les textes dans lesquels il est demandé explicitement au médecin de motiver son refus. Dans la motivation de son refus, transmise à son administration, le médecin reste sobre afin justement de rien révéler. Le respect dû au patient continue de s'appliquer après sa mort (article 2 du Code de Déontologie Médicale). Le médecin peut craindre que le fait de répondre à la demande de l'ayant droit n'entache la mémoire du défunt. Le fait de poser la défense de la mémoire du défunt comme motif valable de demande, impose son contraire comme motif valable de refus de la part du praticien. La question se pose, sans doute, en établissement psychiatrique. Mais le praticien prendra garde de bien mesurer son refus à l'aune d'une situation clinique éminemment individuelle, et non en vertu de principes personnels. Le fait d'être un malade mental ne constitue pas, en tant que tel, une atteinte à la mémoire du patient. Si tous les psychiatres de tous les établissements psychiatriques refusaient systématiquement tout accès aux informations formalisées du dossier, nous participerions collectivement à une entreprise de stigmatisation et de suspicion de nos patients, comme de notre pratique.

Conclusion

Les nouvelles règles de communication des informations du dossier médical peuvent sembler complexes. Mais leur aspect rebutant tient au fait que le législateur a éclairci et détaillé de nombreux points. Une fois intégré le principe selon lequel la communication et la procédure de communication sont de la responsabilité de l'administration, et que le praticien n'envoie de documents ou de courriers qu'à son administration, le praticien doit se poser quelques questions simples, systématiques, que nous avons abordées dans ce texte. Quels que soient les méandres juridiques, n'oublions pas qu'il nous est toujours permis de rester clinicien et de parler avec nos patients. Lorsqu'un patient exige la « *copie de son dossier* », une lecture patiente et commentée de ce dossier suffira parfois à désamorcer l'angoisse que sous-tendait cette exigence... et nous épargnera peut-être un fastidieux travail de mise en forme et de tri entre éléments communicables et non communicables. ■

Dr P.-F. Godet*,
Dr Céline Piegay**

Remerciements à
Mesdames L. Boyer et C. Marcoccia

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

**Médecin DIM, Centre Hospitalier le Vinatier

Références :

- 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
- Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit du malade et à la qualité du système de santé.
- 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.

LIVRES ET REVUES

Dictionnaire des sigles et abréviations du champ de l'Intervention Sociale

Eric Carton
L'Harmattan

Ce dictionnaire, très utile, regroupe environ 1350 sigles issus du vocabulaire commun et du champ de l'intervention sociale. Ils sont tous présentés en sigles et sont développés. Les sigles sont classés selon l'ordre alphabétique. Plus de mille d'entre eux sont précisés par un texte. Pour la plupart des organismes, l'adresse, le numéro de téléphone, l'e-mail sont indiqués. Parfois, il y a aussi une référence bibliographique, lorsqu'un ouvrage traite précisément du sujet.

Guide de la fonction d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales Responsabilités et compétences Environnement et projet Stratégies et outils

2ème édition
Patrick Lefèvre
Dunod

Ce livre comprend six sections (le contexte institutionnel, la responsabilité, la conduite du changement, l'animation des projets, la gestion des ressources humaines et la communication) structurées à partir d'une triple interrogation : les contextes et les enjeux d'environnement, les stratégies de direction, les outils permettant la mise en œuvre des réponses adaptées. Cette seconde édition intègre les évolutions politiques et culturelles intervenues dans un paysage en recomposition, notamment la loi du 2 janvier 2002 renouant l'action sociale et médico-sociale. Un glossaire des mots clefs est proposé.

Référentiel métier : directeur d'hôpital

Edition AEAE-ENSP

L'Association des anciens élèves de l'Ecole nationale de la santé publique (AEAE-ENSP) publie ce fascicule, coordonné par le directeur du centre hospitalier de Chartres, Michel Calmon. Il détaille les principales caractéristiques de ce corps (statistiques nationales, perception du métier par 86 directeurs interrogés), ainsi que les différentes fonctions de responsabilité (chef d'établissement, directeur des affaires financières, des ressources humaines, etc). Sont également formulées des recommandations sur le recrutement et la formation ou « *la gestion des trajectoires professionnelles* ».

Qualité des soins en épileptologie

Epilepsies
Revue de la Ligue Française contre l'épilepsie
Volume 15, n° 1, Janvier-février-mars 2003

Les journées françaises de l'épilepsie 2002 se sont tenues à Montpellier, sous la responsabilité organisationnelle et scientifique de Michel Baldy-Moulinier. Le thème fort du Congrès concernait la qualité des soins en épileptologie. Cette livraison de la revue *Epilepsies* propose, en particulier, une synthèse des principales interventions concernant ce thème. Grâce à Jérôme Petit, Martine Lemesle, Nathalie De Grisac, Laurent Vercueil, Serge Chassagnon, Philippe Gélisse, Anne Thiriaux, Karine Ostrowsky et Véronique Bourg, les lecteurs de la revue et les membres de la LFCE bénéficient d'une synthèse de ces travaux.

LIVRES

Stress, pathologies et immunité

Jean-Michel Thurin
Nicole Baumann
Médecine-Sciences
Flammarion

Cet ouvrage permet de mesurer l'ampleur du chemin parcouru par la psychoneuroimmunologie au cours des dernières années. Après être longtemps restée anecdotique - les premières données solides sur l'interaction entre systèmes nerveux et immunitaire ne datent que de 1979 -, cette nouvelle discipline a séduit parce qu'elle proposait un cadre à de nombreuses observations cliniques difficiles à relier entre elles.

Un grand nombre d'hormones, pas seulement celles de l'axe hypothalamo-hypophysaire, sont investies de la propriété de moduler les interactions entre systèmes nerveux et immunitaire. Selon qu'elles sont sécrétées ou administrées à faible ou à forte dose, leurs effets sont souvent opposés. Ils dépendent de « micro-environnements » qui traduisent une gestion relativement décentralisée des processus psychosomatiques, et orientent l'impact de certains stress sur des organes discrets, sans affecter les autres.

La mise à jour rassemblée dans ce volume permet de faire le point des avancées, de la science et de la clinique, en psycho-neuro-immunologie. Sa lecture introduit à une masse de connaissances nouvelles, dans un domaine de grande actualité pour les cliniciens et les chercheurs. Elle ne manquera pas de modifier leur représentation du stress et leur manière d'aborder les pathologies qui en découlent.

Urgences neurologiques
Urgences diagnostiques,
urgences thérapeutiques et
protocoles d'utilisation

Coordonné par Philippe Niclot et Pierre Amarenco
Do Te Be*

Le comité de rédaction de *La Lettre du Neurologue* a décidé, avec la collaboration de Philippe Niclot, d'éditer deux numéros spaciaux consacrés aux urgences diagnostiques et aux urgences thérapeutiques, en mars et avril 2001. Devant le succès de ces numéros, il a été décidé de publier un livre pour qu'il soit disponible au plus grand nombre, particulièrement à tous les praticiens hospitaliers ou libéraux, aux internes de toutes spécialités et aux généralistes qui, quotidiennement, font face à l'urgence. Ce livre a été conçu pour répondre aux questions que l'on se pose quand on reçoit un patient neurologique en urgence, à l'hôpital ou dans son cabinet de consultation. On trouve exposée la stratégie diagnostique devant les grands symptômes (céphalées, vertiges, troubles visuels, etc.) et les grands syndromes (paralysies des nerfs crâniens, coma, etc.), ainsi que devant certaines situations (des symptômes neurologiques de retour d'un pays étranger, etc.). Dans une deuxième partie, sont abordées les urgences thérapeutiques comme la myasthénie et le Guillain-Barré, l'infarctus cérébral et l'hémorragie méningée, l'état de mal épileptique... Enfin, certaines procédures utiles et pratiques sont exposées en fin d'ouvrage.

*62-64, rue Jean-Jaurès, 92800 Puteaux

D'Est en Ouest... la prise en charge des troubles bipolaires aujourd'hui

Forum international de Varsovie

Par notre envoyé spécial Philippe Carrière
CHS St Jean de Dieu, 22101 Dinan

Le Forum International sur les Troubles Bipolaires qui s'est tenu à Varsovie en avril 2002 a été présidé par le Pr J. Rybakowski (Département de Psychiatrie Adulte, Université de Sciences Médicales, Poznan, Pologne).

Dans son allocution introductive, le Pr Rybakowski souligne qu'une nouvelle ère s'est ouverte dans la prise en charge des troubles bipolaires.

De nombreux changements ont déjà eu lieu et d'autres sont en cours :

- des changements dans la façon de porter le diagnostic : une attention accrue est portée aux critères de diagnostic, notamment pour les formes dépressives avec hypomanie. Ce sera le thème développé par le Pr Pierre Thomas (France) ;

- des changements dans les traitements : une attente importante existe à l'égard des normothymiques, lithium et anticonvulsifs (valproate, topiramate et lamotrigine) ; le rôle des antipsychotiques est réévalué (clozapine, rispéridone et olanzapine) ;

- des changements dans la compréhension des mécanismes d'action des normothymiques : les recherches s'intéressent aux transporteurs ioniques transmembranaires et aux signaux intracellulaires ; ces dernières années, a été posée la question d'un rôle éventuel du valproate et du lithium sur la plasticité structurale et sur la résilience neuronale ; le Pr Nicoletta Brunello (Italie) évoquera même une réelle action neuroprotectrice.

Enfin, de chaque côté de l'Atlantique a-t-on la même approche clinique et thérapeutique des troubles bipolaires dans la prévention des récurrences des manies aiguës et des dépressions bipolaires, par exemple ? ou encore dans l'usage des normothymiques ou d'une association prudente en cas de non réponse aux traitements classiques ? Un débat entre Ch. Bowden (USA) et Sophia Frangou (Angleterre) conclura la session.

Les multiples formes de la manie : une classification nouvelle pour une ancienne maladie

D'après la communication du Pr P. Thomas*

Hippocrate au 5ème siècle avant JC avait déjà identifié la manie et la mélancolie, mais depuis Falret (1851) le concept de bipolarité a rapidement évolué. Kraepelin en 1896 avait tenté d'identifier une entité unique, la « folie maniaco-dépressive » ; mais c'est surtout avec Angst, Perris et Winokur (1966-1969) que la nosologie contemporaine a été précisée (distinction unipolaire/bipolaire), tandis que Dunner (1976) a décrit le trouble bipolaire de type II et Akiskal (1983) le spectre bipolaire.

L'état actuel des connaissances sur les troubles bipolaires peut être ainsi résumé :

- environ 1 % de la population est atteinte,

- c'est une maladie au long cours, avec une épisodicité imprévisible : 10 % des patients font un épisode unique (dont le diagnostic est difficile puisque l'aspect épisodique n'est donc pas visible), et jusqu'à 15 % d'entre eux font plus de 10 épisodes,

- l'écart entre l'âge de début (avant 25 ans) et l'âge du premier traitement reflète la difficulté du diagnostic, qui requiert souvent un délai de 5 ans et les consultations de 4 médecins différents,

- c'est une maladie chronique : 10 à 20 % des patients gardent des symptômes qui peuvent être une cause d'invalidité,

- le risque de mortalité est élevé (risque de tentative de suicide : 25 à 50 % ; suicide : 10 à 15 %), d'autant qu'il existe de nombreuses comorbidités,

- le coût économique est élevé, ce qui est lié à l'âge précoce de début, à l'importance des comorbidités, et aux nombreux diagnostics erronés.

La classification des troubles bipolaires utilisée habituellement comprend :

- les troubles de type I, les plus « académiques », constitués d'épisodes maniaques (ou mixtes) et dépressifs clairement séparés,

- les troubles de type II, avec dépression et hypomanie, sans les signes d'une manie typique ; ces troubles représentent 27 à 65 % de la maladie bipolaire, comme l'enquête EPIDEP l'a montré,

- les troubles bipolaires de type III (pseudo-unipolaires), où l'hypomanie paraît induite par les antidépresseurs ; le virage sous antidépresseur apparaît comme un indicateur de bipolarité ; il existe en outre des antécédents familiaux de bipolarité (troubles ou tempéraments).

Deux autres formes sont relevées dans la pratique clinique :

- les troubles faussement unipolaires : dépressions récurrentes avec apparition tardive de manie ou d'hypomanie ; le diagnostic est alors rétrospectif,

- le trouble bipolaire subsyndromique, plus controversé, ramené souvent à la notion de tempérament, caractérisé par des oscillations persistantes de l'humeur.

Telle est, actuellement, la conception largement établie de la bipolarité : les troubles bipolaires apparaissent comme un continuum de phénotypes qui vont de la dépression légère avec hypomanie brève jusqu'aux cycles rapides sévères, d'un côté, ou jusqu'aux troubles bipolaires avec traits psychotiques, d'un autre côté.

Il est important de préciser les différents types de manies, car c'est à partir d'eux que se décidera le traitement :

- la manie, définie comme humeur anormale persistante, expansive ou irritable ; elle peut être euphorique et grandiose (« pure ») ; elle peut être dysphorique, agressive, hostile, voire « furieuse » ; elle peut enfin s'accompagner de symptômes psychotiques,

conduisant à un diagnostic difficile avec les troubles schizo-affectifs ou la schizophrénie ;

- l'hypomanie où l'attente thymique n'est pas assez sévère pour gêner réellement le patient dans sa vie sociale ou professionnelle ; elle peut souvent n'être pas diagnostiquée ;

- la manie mixte (manie dépressive) où l'épisode maniaque et dépressif dure au moins une semaine.

Ces formes différentes de manies exposent au risque d'erreurs diagnostiques, car :

- des traits psychotiques existent chez 50 % des patients, surtout chez les sujets jeunes (le diagnostic différentiel avec les troubles schizo-affectifs se pose alors), ou chez les plus âgés (le diagnostic de confusion peut être évoqué et les éventuelles comorbidités compliquent la situation),

- des traits catatoniques sont relevés chez 20 à 30 % des patients ; ils sont rarement sévères mais peuvent être confondus avec une inhibition et être aggravés par les antipsychotiques,

- une détérioration cognitive peut poser la question d'une confusion chez le sujet âgé,

- outre le problème de l'usage de toxiques, les risques de suicide, de violence, de comportements de prises de risques ou sexuellement inadéquats... peuvent induire en erreur vers le diagnostic de trouble de la personnalité, surtout si la répétition des épisodes disparaît derrière un aspect chronique.

Certaines situations conduisent donc à un mauvais diagnostic : les manies mixtes, les cycles rapides, les comorbidités psychiatriques, les usages de drogues, l'âge de début, et les manies secondaires.

- Les manies mixtes (ou manies dépressives) sont connues depuis Kraepelin ; les différentes combinaisons possibles entre l'humeur (euphorique ou dépressive), l'activité psychomotrice (excitation ou inhibition), la fuite des idées ou l'inhibition de la pensée, conduisent à une gamme de formes cliniques, allant de la manie avec anxiété et symptômes dépressifs, à la dépression agitée, en passant par la manie inhibée ou stuporeuse⁽¹⁾. Environ 40 % des patients atteints de troubles bipolaires de type I ont de tels épisodes au cours de leur maladie. Ces manies débutent généralement dans l'enfance ou à l'adolescence ; le risque de suicide est élevé ; on retrouve fréquemment des antécédents de troubles de l'attention/hyperactivité, et la réponse aux traitements classiques est souvent insatisfaisante⁽²⁾.

- Les cycles rapides, caractérisés par au moins quatre épisodes par an, apparaissent au cours de l'évolution chez 15 à 50 % des patients bipolaires. Les cycles ultra rapides ont une symptomatologie qui oscille très fréquemment, sans intervalle d'humeur normale. Ils débutent leurs troubles souvent à l'adolescence, et sont plus fréquents chez les femmes atteintes de trouble bipolaire de type II. Ils prennent souvent le masque de la dépression et sont associés, fréquemment, aux usages de toxiques, aux troubles anxieux, aux personnalités borderline et à l'hypothyroïdisme. Ils peuvent être induits par les traitements antidépresseurs.

- Les comorbidités psychiatriques : deux tiers des patients ont, dans leur vie, un autre trouble psychiatrique de l'axe I.

Le plus souvent (50 % des troubles bipolaires) ce sont des troubles panique avec un début précoce, mais aussi des phobies sociales, des TOC et des troubles boulimiques. Parfois, il s'agit d'abus de drogues ou de dépendance, ou encore de trouble de l'attention/hyperactivité (dans lesquels le trouble bipolaire apparaît avant l'âge de 19 ans).

Enfin la question de l'association et du diagnostic différentiel avec les troubles de la personnalité reste, en Europe au moins, la plus controversée : personnalités histrionique, borderline, antisociale et évitante.

- L'association avec l'usage de produits psychotropes pose beaucoup de problèmes. On retrouve une prévalence sur la vie de 6 à 60 % d'usage de drogues ou d'alcool chez les troubles bipolaires de type I (14 à 46 % pour l'alcool) ; chez les bipolaires de type II, la prévalence est de 6 à 48 % (38 % pour l'alcool seul, 9 % pour les drogues, et 12 % pour l'association des deux). Les oscillations de l'humeur sont liées aux effets de toxiques et chacun des troubles aggrave l'autre. Le diagnostic devient plus difficile. Le trouble est plus sévère (cycles rapides et symptômes mixtes), l'évolution péjorative, sans négliger les risques accrus de tentatives de suicide, les hospitalisations plus fréquentes et l'absence de compliance au traitement^(3,4).

- L'attention doit être attirée sur l'importance de l'âge de début des troubles. La manie prépubertaire est caractérisée par l'irritabilité sévère (accès de colère), l'absence du caractère épisodique, la permanence de l'hyperactivité, les cycles rapides chroniques et les états mixtes. A l'âge adulte elle devient une manie mixte. La comorbidité avec le trouble déficit de l'attention/hyperactivité est élevée : 90 % des enfants, 60 % des adolescents. L'âge de début précoce correspond à une forme grave avec un risque élevé de comorbidité avec le déficit de l'attention⁽⁵⁾. Chez l'adolescent, l'expression du trouble est différente de celle de l'adulte ; les symptômes sont communs à bien d'autres états, tels que les schizophrénies ou les troubles de la personnalité. Il faut, en tout cas, éviter de mettre trop rapidement une étiquette psychiatrique péjorative. Lors de la grossesse, le post partum est une période à risque et il convient de différencier les manies atypiques des psychoses puerpérales. Chez la personne âgée, on retient la fréquence des manies secondaires, le rapprochement des épisodes, et le haut risque de suicide.

- Enfin, la manie secondaire, en général, débute tardivement et elle est caractérisée par une histoire moins chargée d'antécédents dysthymiques. Par contre, elle correspond à une association de divers facteurs, notamment toxiques (médicaments, tels que corticoïdes...), métaboliques (thyroïde...), ou neurologiques (traumatismes crâniens, épilepsies, infections telles que le VIH, immunodégénératives...).

En conclusion, les troubles bipolaires doivent être évoqués parmi les diagnostics différentiels des dépressions ; il faut prendre en considération l'approche diachronique et s'enquérir des épisodes maniaques ou hypomaniaques antérieurs, du fonctionnement psychosocial entre les épisodes de la maladie, et de la réponse aux traitements.

*École de Médecine, Université de Lille, France

Bibliographie

- (1) AZORIN JM et HANTOUCHE EG, Ann Med Psychol, 2001, 159 : 413-23.
- (2) MCELROY SL et al, Am J Psychiatry, 1992, 149 : 1633-1644.
- (3) REGIER DA et al, JAMA 1990, 264 : 2511-2518.
- (4) BRADY KT et LYDIARD RB, J Clin Psychopharmacol 1992, 12 : 17s-22s.
- (5) GELLER B et LUBY J, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997, 36 : 1168-1176.

Les thymorégulateurs : pour protéger l'humeur... protéger le cerveau !

D'après la communication du Pr N. Brunello*

Outre le lithium, plusieurs molécules sont aujourd'hui candidates au rôle de régulateur de l'humeur : la carbamazépine et le valproate (VPA), mais aussi la gabapentine, la lamotrigine, le topiramate et l'oxcarbazépine. Que sait-on aujourd'hui du mécanisme d'action des thymorégulateurs ? Les premières recherches portaient sur les modifications du fonctionnement présynaptique : synthèse des neuromédiateurs, libération, catabolisme et recapture. Les recherches récentes s'intéressent à la régulation postsynaptique et aux voies de transmission du signal. La constatation d'un effet au long cours du lithium, molécule qui n'est pourtant pas reconnue par le transporteur de sodium, a orienté les recherches actuelles vers la compréhension des mécanismes moléculaires et sur l'expression spécifique des gènes. C'est probablement au niveau de l'AMP cyclique, et surtout

des protéines G agissant sur la transduction du signal que les normothymiques jouent un rôle.

On a pu montrer que le VPA, bien que très différent structurellement du lithium, produit des effets sur les voies dépendant de la protéine kinase C, ce qui est, de façon frappante, semblable aux effets du lithium. Le VPA accroît le taux de GABA, inhibe son catabolisme, et potentialise la réponse postsynaptique à ce médiateur ; il bloque le canal sodique, exerce un effet direct de stabilisateur de membrane et diminue la réponse au glutamate. Les effets du lithium varient selon que le système est perturbé ou non ; c'est un modèle bimodal dans lequel le niveau d'AMP cyclique est augmenté lorsque le récepteur de l'adénylyclase est inhibé, alors que la formation d'AMP cyclique est atténuée lorsque le récepteur est activé.

Le lithium et le VPA semblent donc réguler le fonctionnement des protéines kinase C, et obtenir les mêmes effets par des mécanismes différents. Ces observations biochimiques sont cohérentes avec les observations cliniques selon lesquelles les patients ont une réponse préférentielle à l'un ou l'autre traitement, de même qu'ils peuvent ne réagir qu'à une association des deux agents.

De plus, il est devenu évident qu'aucun modèle biochimique pertinent proposé pour expliquer les effets des thymorégulateurs ne peut rendre compte de leur profil clinique temporel particulier. Notamment, on remarque que les effets thérapeutiques requièrent une certaine durée avant d'apparaître, et qu'ils ne sont pas immédiatement réversibles à l'arrêt du médicament. De tels schémas d'actions, exigeant une administration prolongée, suggèrent des modifications au niveau du génome. L'effet immédiat des traitements ne peut expliquer les effets thérapeutiques, qui sont liés à la modification de protéines qui induisent l'expression de la maladie. Les recherches sur la neurobiologie des troubles bipolaires ont d'abord porté sur le dysfonction-

nement des monoamines (noradrénaline, dopamine, sérotonine, acétylcholine...). Plus récemment elles ont porté sur les anomalies de la transduction. Actuellement, la diminution de volume de zones cérébrales précises, accompagnée de pertes cellulaires, retient l'intérêt en suggérant un processus neurodégénératif dans les troubles bipolaires⁽¹⁾. Des effets différents du lithium et du VPA sur les facteurs de transcription de l'ADN sont mis en évidence⁽²⁾, en particulier dans la famille AP-1. Pour explorer les effets supposés des régulateurs thymiques sur l'expression génique, leurs effets sur les gènes régulés par la famille de facteurs de transcription AP-1 ont été étudiés ; ces gènes contrôlent de nombreux neuropeptides, neurotrophines, récepteurs, facteurs de transcription, enzymes impliqués dans la synthèse des neurotransmetteurs, protéines liées à l'architecture cellulaire et à la protection cellulaire, telle que la protéine bcl-2. Il a été montré récemment que l'administration chronique de lithium ou de VPA, à des taux thérapeutiques, produisent des réarrangements de l'architecture neuronale, notamment par une élévation de la protéine bcl-2, aux effets antiapop-

totiques. Les mécanismes d'action de ces produits restent à expliciter mais il semble bien qu'ils impliquent des effets sur les protéines kinases C et A.

Ainsi, de nombreuses études confortent l'hypothèse selon laquelle le traitement au long cours par les normothymiques, en intervenant sur les facteurs de transcription, peut moduler l'expression de gènes et compenser les signaux aberrants qui sont associés à la physiopathologie du trouble bipolaire. Les voies nouvelles de la biologie moléculaire dans ce domaine consisteront donc à identifier les gènes spécifiques qui sont modifiés dans la maladie, puis à reconnaître les cascades de réactions en jeu.

*Professeur de Pharmacologie, Département des Sciences Pharmaceutiques, Université de Modène et Reggio Emilia, Italie.

Bibliographie

- (1) MANJI et al., Biol Psychiatry 2000, 48, 740-754.
- (2) ASGHARI et al., Mol Brain Res 1998, 58, 95-102.

L'Amérique et l'Europe : y a-t-il encore deux pôles séparés dans le traitement de la maladie bipolaire ?

D'après la communication des Dr Charles Bowden* et Sophia Frangou**

Au cours des années 90, l'apparition d'Internet et les avancées dans la compréhension de nombreux aspects de la maladie bipolaire ont conduit à un intérêt nouveau pour les méthodes de traitement de cette maladie dans les autres pays. Plus d'informations que jamais auparavant ont été présentées dans les congrès internationaux. D'aucuns prétendent alors que les USA ont développé beaucoup plus de guides de recommandations que l'Europe et que cela a conduit à des façons de faire différentes, voire meilleures. Est-ce exact ? Y a-t-il en fait beaucoup de différences dans la manière dont on traite la maladie bipolaire aux USA et en Europe ? Un débat stimulant a confronté le point de vue de C. Bowden (San Antonio, Texas) à celui de S. Frangou (Londres, Grande-Bretagne).

Selon le Dr C. Bowden, deux pôles semblent se dessiner : en Europe le lithium serait le traitement de prédilection ; aux USA, ce serait plutôt le divalproate (VPA). Les pratiques sont-elles réellement aussi schématiquement différentes ?

Aux USA, les troubles bipolaires sont presque tous traités d'abord par les psychiatres, et souvent par ceux qui sont spécialisés dans les troubles de l'humeur. Plus de 10 % des psychiatres américains sont affiliés à des départements universitaires de psychiatrie, accélérant ainsi la diffusion des nouvelles informations vers les cliniciens de première ligne. Par ailleurs, les études d'efficacité sont plus faciles à mener aux USA, et le financement des recherches y est plus conséquent. Les psychiatres et les autres professionnels de la santé mentale cultivent des relations étroites et cordiales avec les groupes locaux de patients de la *National Depressive and Manic Depressive Association*, qui participent au soutien à la recherche et à un meilleur accès aux traitements. Une attention importante est prêtée aux études randomisées contre placebo, et les manuels « basés sur les preuves » sont largement utilisés et tenus à jour. Il y a moins de barrières financières et réglementaires qu'en Europe quant à

l'accès aux nouveaux médicaments. Le traitement des troubles bipolaires est généralement organisé autour de l'utilisation de normothymiques, prescrits dans un contexte relationnel souvent psychothérapeutique. En 2001, les normothymiques les plus utilisés ont été le VPA (33,4 % de toutes les prescriptions), puis le gabapentine (11,1 %) et le lithium (8,8 %). Les autres traitements (antipsychotiques) étaient l'olanzapine (16,1 %), la rispéridone (11,3 %) et la quetiapine (8,5 %) ; enfin viennent la lamotrigine (3,6 %), le topiramate (3,6 %), la carbamazépine et l'oxcarbazépine (3,6 %).

De nouvelles recommandations⁽¹⁾ pour le traitement des troubles bipolaires ont vu le jour en 2002, sous l'égide de l'*American Psychiatric Association*. Le but est, non seulement d'éviter les rechutes, mais aussi de contrôler les sous-symptômes pour diminuer le risque de suicide.

Dans les manies aiguës, les traitements de première intention recommandés sont les normothymiques, parfois associés à une benzodiazépine. En deuxième intention une association de médicaments est fréquente : souvent deux normothymiques, ou un normothymique et un antipsychotique, association dans laquelle un atypique est préféré à un neuroleptique classique. En troisième intention, les benzodiazépines peuvent être utilisées seules. Les dépressions légères doivent être initialement traitées par un normothymique en monothérapie, alors que les dépressions sévères bénéficieront dès le début d'un antidépresseur avec un normothymique.

Manie ou dépression avec des cycles rapides doivent être traitées d'emblée par un normothymique seul, le VPA étant préféré. Après un épisode maniaque il est recommandé de poursuivre au long cours le traitement qui a été efficace sur la phase aiguë : VPA, lithium ou l'association des deux. S'il y a des antécédents marqués de dépression on ajoutera au VPA du lithium ou on utilisera le lithium seul. Enfin, un support psychosocial individuel ou groupal est recommandé.

A côté des différences, il existe aussi

des similitudes entre les USA et l'Europe. Ainsi, les approches diagnostique et épidémiologique sont tout à fait semblables. La formation et le niveau des experts sont équivalents. Il reste que, malgré les procédures qui améliorent la précision des évaluations, un diagnostic manqué ou erroné et, par conséquent, un traitement inapproprié est fréquent, surtout pour les dépressions.

Pour le Dr S. Frangou, la comparaison entre les USA et l'Europe quant au traitement du trouble bipolaire doit être examinée à deux niveaux :

- y a-t-il des différences dans l'approche théorique du traitement ? Il convient de regarder alors du côté des « *guidelines* » officiels...

- y a-t-il des différences dans la pratique clinique actuelle ? Il convient d'examiner les enquêtes sur les modèles de prescription des psychotropes... Un nombre considérable de recommandations pratiques et d'avis d'experts en provenance des USA plaident pour l'utilisation des normothymiques comme traitement de premier choix dans le trouble bipolaire, tant à la phase aiguë qu'en prophylaxie, tant dans les manies que dans les dépressions. Ces recommandations mettent, aussi, en garde contre l'utilisation des antidépresseurs (sauf dans les cas sévères) et elles proposent de limiter l'usage des antipsychotiques autrement que comme appoint dans le traitement de la manie aiguë. Le problème est que, même aux USA, un patient sur six seulement est traité conformément aux recommandations publiées !

En Europe, il existe également un certain nombre de recommandations et de consensus, surtout au niveau national ou régional, qui sont loin d'être aussi connus et qui font écho aux façons de voir américaines. En dépit des similitudes entre ces « *guidelines* », l'idée que le traitement du trouble bipolaire serait nettement différent aux USA et en Europe est une croyance très répandue. Certes dans la manie, les psychiatres américains utilisent théoriquement en premier lieu les normothymiques alors que les européens utilisent les neuroleptiques. Mais en pratique, selon les études de Semyak (1994), Chou (1996) Zarate et Tohen (1999), les antipsychotiques sont utilisés dans 86 % des cas aux USA (chiffre équivalent en Europe). Dans la dépression, en théorie, les psychiatres américains font un usage limité des antidépresseurs, que les européens utilisent plus librement. Mais en pratique, selon les études

de Harrow (1990)⁽²⁾, Keck (1998)⁽³⁾ et Ghaemi (1999), les antidépresseurs sont utilisés dans près de 20 % des cas, comme en Europe. Dans le traitement préventif, en théorie, les normothymiques sont le produit de choix des psychiatres américains, alors que les européens ont des modèles de prescription plus variés. Mais, en pratique, Harrow, Keck et Tohen (1996) montrent des usages qui ne sont pas différents de ceux des européens.

Quel est le normothymique de référence ? En théorie les psychiatres américains utilisent principalement le valproate, et les européens le lithium. Mais en pratique, Tohen (1996)⁽⁴⁾ montre des données peu différentes de celles de Frangou (2002) en Grande Bretagne (39,6 % lithium / 12,1 % valproate).

Donc, l'idée d'une différence nette entre les pratiques américaines et européennes n'est pas étayée par les études qui s'intéressent aux modèles de prescription. Bien que les preuves soient loin d'être complètes, le tableau qui se dessine est celui d'une pratique clinique ordinaire presque semblable de chaque côté de l'Atlantique. L'usage des antipsychotiques et des antidépresseurs chez les patients bipolaires

reste important et les recommandations publiées sont rarement suivies. Il reste que notre but est le même : la plupart des patients bipolaires ont la capacité de mener des vies normales et de s'intégrer à la société ; un traitement optimal est la clé de la question. Un traitement inadéquat contribue à la morbidité du trouble. Il est nécessaire de compenser les éventuels effets iatrogènes par les avantages du traitement. Il nous manque, donc, encore un modèle clair et utile pour aller au devant des besoins des patients.

*Chef du département de Psychiatrie, Université du Texas Health Science Center, San Antonio, USA

**Section de Neurobiologie et Psychoses, Londres, Angleterre

Bibliographie

- (1) HIRSCHFELD et al., Am J Psychiatr., 4, S: 1-50, 2002
- (2) HARROW M et al., Arch Gen Psychiatry 1990, 47 : 665-671.
- (3) KECK PE et al., Am J Psychiatry 1998, 155 : 646-652.
- (4) TOHEN M et al., Psychiatr Annals 1996, 26 (July suppl) : S444-S448.

Schizophrénie : les neuroleptiques atypiques encore trop peu prescrits au Royaume-Uni, selon une association

De nombreux patients schizophrènes, au Royaume-Uni, semblent encore avoir un accès limité aux antipsychotiques atypiques alors que le *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) a recommandé leur usage en 2002, selon une étude menée par une association caritative en santé mentale.

L'analyse de 3.462 appels reçus entre juillet 2001 et mai 2003 à la permanence téléphonique de SANE montre que le nombre de patients traités a augmenté depuis la publication des recommandations du NICE, mais que la proportion des appelants déclarant prendre des neuroleptiques atypiques était seulement de 10%. Des neuroleptiques classiques continuent à être prescrits à presque des deux tiers des appelants schizophrènes sous traitement malgré leurs effets indésirables « *pénibles et irréversibles* », déplore l'association dans un communiqué. Ces médicaments entraînent notamment des effets secondaires extrapyramidaux (dyskinésies précoces et tardives), une prise de poids importante et des troubles sexuels.

Les antipsychotiques atypiques ont été développés pour limiter en particulier le développement de ces effets indésirables moteurs. La directrice de SANE, Marjorie Wallace, a jugé « *inacceptable* » que, un an après les recommandations du NICE, les nouveaux médicaments soient encore refusés aux patients. Ils sont obligés d'endurer « *les stigmates* » des effets secondaires de médicaments développés il y a 60 ans, alors que des traitements plus faciles à supporter sont disponibles depuis une dizaine d'années. Marjorie Wallace a ajouté qu'aux Etats-Unis, environ 90% des patients schizophrènes qui suivent un traitement se voient prescrire des antipsychotiques atypiques.

L'association demande qu'une enquête soit lancée pour expliquer l'échec des autorités sanitaires et des médecins à appliquer les recommandations du NICE. ■

P.C.

L'évolution la plus marquante de la dernière décennie a été l'introduction des antipsychotiques atypiques (par opposition aux neuroleptiques conventionnels). L'utilisation de cette nouvelle génération de psychotropes s'est rapidement et largement diffusée, offrant efficacité et tolérance. Vécus et parcours des patients en ont été modifiés.

Les antipsychotiques atypiques offrent un spectre d'action plus large que les neuroleptiques traditionnels. Outre leur efficacité sur la symptomatologie positive de la schizophrénie, ils améliorent la symptomatologie négative et les troubles cognitifs. Leur action sur les dimensions anxieuse et thymique (maniaque, dysphorique ou dépressive) fait l'objet de recherches, aussi bien dans les pathologies schizophréniques que dans les troubles bipolaires. S'ouvrent de nouvelles perspectives de prise en charge dans un nombre croissant d'indications et de dimensions cliniques, au-delà du champ de la schizophrénie et des troubles psychotiques apparentés.

La moindre propension à induire des effets neurologiques, qui définit l'atypicité, a accru le confort du patient mais n'a pas permis de résoudre totalement le problème de l'observance du traitement. Entre autres facteurs, on peut incriminer la présence de certains effets secondaires (prise de poids, sédation, hyperprolactinémie, hypotension orthostatique, effets anticholinergiques).

L'étude de la tolérance des antipsychotiques atypiques a fait l'objet de nombreuses communications lors du 156^{ème} congrès annuel de l'American Psychiatric Association qui s'est tenu en mai 2003 à San Francisco. L'accent a été mis sur les effets métaboliques des nouveaux antipsychotiques. Des données récentes sur l'utilisation de l'aripiprazole, molécule aux propriétés originales, ont été rapportées comme prometteuses.

La pharmacologie distincte de l'aripiprazole

L'aripiprazole est une nouvelle molécule antipsychotique dont l'indication dans le traitement des troubles schizophréniques a été acceptée par la FDA (Food and Drug Administration) en novembre 2002. Ce médicament est prescrit depuis aux Etats-Unis sous le nom ABILIFY. Il est en cours d'évaluation par l'EMA européenne.

Il se différencie des autres antipsychotiques atypiques par sa structure physico-chimique et par ses propriétés pharmacologiques. Le profil fonctionnel de l'aripiprazole présente des propriétés d'agonisme partiel sur certains récepteurs centraux⁽¹⁾, associées à une plus grande affinité pour les récepteurs dopaminergiques D2 (plus de 90% d'occupation)⁽²⁾.

Son activité antagoniste des récepteurs D2 se révèle dans un environnement hyperdopaminergique et agit ainsi sur la symptomatologie psychotique positive.

Son activité agoniste des récepteurs D2 s'affirme dans un environnement hypodopaminergique avec une préservation voire une amélioration de la transmission dopaminergique, ce qui semble améliorer les facultés cognitives et la symptomatologie négative.

L'aripiprazole ajuste son action en fonction des diverses concentrations de dopamine dans différentes régions du cerveau.

Ce profil d'agonisme partiel des récepteurs dopaminergiques D2 (recherché depuis les années 1980) permet une stabilisation, plutôt qu'un blocage, des voies dopaminergiques et module de façon fine l'hypo ou l'hyperdopaminergie centrale.

L'aripiprazole se comporte en agoniste partiel des récepteurs sérotoninergiques 5HT-1A (de même que la ziprazidone)

Efficacité antipsychotique et tolérance métabolique : l'aripiprazole module l'activité dopaminergique

APA San Francisco, mai 2003, Symposia du 18 au 21 mai 2003*

et antagonise les récepteurs sérotoninergiques 5HT-2A⁽³⁾. L'action sur le système sérotoninergique expliquerait la faible incidence des effets extra-pyramidaux, ainsi que l'amélioration des symptômes négatifs et dépressifs.

L'efficacité et la tolérance de l'aripiprazole paraît liée à un équilibre dopamine-sérotinine, équilibre modulé du fait des agonismes partiels.

Son affinité modérée pour les récepteurs histaminiques H1 entraîne peu de sédation. Les récepteurs alpha-1 adrénergiques sont peu concernés, ce qui minimise le risque d'hypotension orthostatique. L'aripiprazole n'a pas d'affinité pour les récepteurs muscariniques.

L'efficacité de l'aripiprazole

Il convient de rappeler que l'efficacité de l'aripiprazole dans le traitement de la schizophrénie a été évaluée à l'aide de cinq études contrôlées à court terme (4 et 6 semaines), versus placebo, haloperidol et risperidone, chez plus de 1600 patients en rechute schizophrénique aiguë^(10, 11). L'aripiprazole (15 à 20 mg/j) est aussi efficace que l'haloperidol (10 mg/j) et la risperidone (6 mg/j) sur les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie.

Une étude, en cours, étudie l'aripiprazole comme traitement du premier épisode psychotique.

L'efficacité de l'aripiprazole à long terme a été démontrée par trois études :

- chez des patients schizophrènes cliniquement stables (26 semaines, aripiprazole 15 mg/j versus placebo) dans le cadre d'une prévention de rechute⁽¹²⁾;
- la deuxième versus olanzapine (cf. ci-dessus) ;
- la troisième sur le maintien de l'efficacité après traitement d'une exacerbation aiguë (861 patients recevant de l'aripiprazole 30 mg/j versus 433 recevant de l'haloperidol 10 mg/j), pendant 52 semaines⁽¹³⁾. L'aripiprazole se montre équivalent à l'haloperidol pour réduire la symptomatologie positive (PANSS) avec un meilleur effet sur la symptomatologie négative (PANSS) et sur l'amélioration du score à la MADRS.

Ce résultat a encouragé la réalisation de deux autres études sur le traitement de la manie aiguë par l'aripiprazole chez des sujets bipolaires qui ont été présentés au congrès de l'A.P.A. Dans le cadre d'une étude multicentrique, randomisée, en double-aveugle, 262 sujets présentant une manie aiguë ont reçu soit un placebo, soit de l'aripiprazole (30mg/j). La différence d'efficacité (mesurée par l'échelle Young Mania Rating Scale) en faveur de l'aripiprazole se remarque dès le quatrième jour (-8,17 vs -5,37 ; p < 0,002) et augmente ensuite jusqu'à la fin de l'étude, au bout de trois semaines.

Une étude pendant 12 semaines a comparé l'aripiprazole (15 mg/j) à l'haloperidol (10mg/j) chez 347 patients présentant un trouble bipolaire de type I décompensé sur un mode maniaque ou mixte. La réponse au traitement (définie par une diminution de plus de 50% sur la Y-MRS) était à la fin de l'étude de 50% pour l'aripiprazole (22mg/j en moyenne) contre 28% pour l'haloperidol (11 mg/j en moyenne). L'aripiprazole était mieux toléré, notamment en ce qui concerne les symptômes extra-pyramidaux (rapportés chez 36% des patients sous haloperidol contre 9% des patients sous aripiprazole)⁽¹⁴⁾.

John Kane, dont on connaît l'intérêt pour le traitement des schizophrénies résistantes a conduit une étude multicentrique, en double-aveugle, comparant l'aripiprazole à la perphenazine⁽¹⁵⁾. La randomisation se faisait après 4 à 6 mois d'un traitement soit par olanzapine, soit par risperidone, qui en cas d'échec confirmait la résistance. L'étude durait ensuite 6 semaines : 154 sujets sous aripiprazole (15 ou 30 mg/j) et 146 sujets sous perphenazine (8 - 64 mg/j). Les résultats sont similaires pour les deux molécules en regard de la PANSS (score total et sous-scores positif et négatif) et de la CGI-I. Le taux

psychotiques de deuxième génération, notamment en ce qui concerne leurs effets indésirables à prévoir et à prévenir. Les effets indésirables neurologiques, centraux et périphériques (syndrome parkinsonien, dystonie, akathisie et dyskinésie tardives), ne sont pas éradiqués mais apparaissent moins fréquents aux doses thérapeutiques par rapport aux neuroleptiques traditionnels. La sédation et l'hyperprolactinémie et des complications métaboliques et cardiovasculaires sont relevées.

Les troubles métaboliques liés aux antipsychotiques atypiques ont fait l'objet d'une trentaine de communications

Les liens de causalité entre les symptômes du syndrome métabolique entre eux, entre ces symptômes et les troubles psychotiques, ainsi qu'avec un traitement antipsychotique, sont encore peu clairs. Quelques données peuvent néanmoins être évoquées.

La prévalence d'un diabète de type II apparaît deux à quatre fois plus importante chez les patients présentant une schizophrénie que dans la population générale ce qui pourrait être lié à la prise de poids induite par certains antipsychotiques atypiques⁽⁵⁾. Cette hypothèse reste toutefois controversée.

Les antipsychotiques atypiques peuvent provoquer des hyperglycémies (non dose-dépendantes et parfois réversibles à l'arrêt du traitement) et des diabètes non insulino-dépendants. Straker et al. retrouve, chez les patients traités par antipsychotiques atypiques, que le symptôme hyperglycémie possède la meilleure valeur prédictive positive de présence d'un syndrome métabolique⁽⁶⁾. L'obésité est le symptôme ayant la meilleure sensibilité. Cette étude indique que le syndrome métabolique n'est pas corrélé avec une histoire familiale de diabète, d'obésité, d'hypertension artérielle, de coronaropathie ou d'accidents vasculaires cérébraux. Le surpoids et l'obésité secondaires au traitement pourraient être liés à des facteurs génétiques (polymorphisme du gène du récepteur 5-HT2c)⁽⁷⁾, variant génétique dans la région promotrice du gène de la leptine) ou à des modifications du métabolisme du glucose et/ou de l'insuline.

Les hyperlipidémies sont des complications silencieuses possibles d'un traitement par antipsychotique atypique. L'étude de Correll et al. montre que les antipsychotiques atypiques ont un potentiel d'effet secondaire sur les taux sanguins de lipides chez les enfants et adolescents : l'apparition d'une hyperlipidémie se retrouve chez 29,6% des sujets sous olanzapine et 45,5% des sujets sous risperidone⁽⁸⁾. Les hyperlipidémies étaient, par ailleurs, associées à une augmentation de la prolactinémie.

La pharmacologie de l'aripiprazole permet de conclure sur la faible incidence de certains effets indésirables. L'action sur les récepteurs sérotoninergiques explique la bonne tolérance neurologique commune à la classe des antipsychotiques atypiques. La faible sédation induite est liée, au moins pour partie, à la faible activité antihistaminique. Cette dernière, ainsi que l'affinité modérée pour les récepteurs alpha-1 adrénergiques, semble expliquer la faible propension à la prise de poids. L'hyperprolactinémie est rare et pourrait témoigner de la modulation dopaminergique. L'absence d'affinité pour les récepteurs muscariniques correspond à l'absence d'effets cliniques anticholinergiques et participe à l'action peu sédatrice de l'aripiprazole. Sur le plan des effets métaboliques, plusieurs études ont montré sa quasi innocuité.

Selon les diverses études réalisées, l'aripiprazole apparaît être bien toléré, avec une fréquence d'effets secondaires

Figure 1 : Effets secondaires de l'aripiprazole

Effets secondaires	Aripiprazole (%)	Placebo (%)
Céphalées	32	25
Asthénie	7	5
Nausées	14	10
Vomissement	12	7
Anxiété	25	24
Insomnie	24	19
Somnolence	11	8
Akathisie	10	7
Tremblement	3	2
EPS	6	6
Hyperprolactinémie	1,8	6,9
Crise d'épilepsie		
Gain de poids (étude à court terme)	+ 0,68 kg	- 0,05 kg

de réponse (défini par un score à la CGI-I de 1 ou 2, ou une diminution de plus de 30% sur la PANSS) était de 27% pour l'aripiprazole et de 25% pour la perphenazine. On retrouve moins de symptômes extra-pyramidaux, d'anomalies ECG et d'élévation de la prolactinémie dans le groupe sous aripiprazole. L'auteur conclue que les deux molécules permettent une amélioration significative chez les patients schizophrènes résistants à l'olanzapine ou à la risperidone.

Le profil d'action, couplé à la tolérance qui ressort de l'ensemble des études, permet d'envisager l'aripiprazole comme un candidat à l'extension future de son indication, au même titre que les autres antipsychotiques atypiques. On ne peut que s'intéresser ultérieurement à son utilisation dans la prévention des rechutes chez les sujets bipolaires, dans le traitement adjuvant des dépressions résistantes, dans les troubles psychotiques de la personne âgée.

L'aripiprazole face à la menace métabolique

Le recul maintenant obtenu permet une meilleure connaissance des anti-

lors du 156^{ème} congrès annuel de l'American Psychiatric Association. Il s'agit d'un thème associant soins psychiatriques et somatiques, dans une vision médicale unifiée correspondant aux options de l'A.P.A.

Le « syndrome métabolique » correspond à la présence d'au moins trois des cinq symptômes suivants :

- obésité abdominale,
- hypertriglycéridémie,
- faible taux de HDL cholestérol,
- élévation de la tension artérielle,
- hyperglycémie.

Alors que sa prévalence chez l'adulte est approximativement de 22 %, il altère la qualité de vie et est associé à un risque accru de développement d'un diabète non insulino-dépendant et/ou d'une coronaropathie.

L'obésité, l'hyperglycémie et l'hypertriglycéridémie sont retrouvées fréquemment chez les sujets traités par antipsychotiques. Cela suggère que ces derniers présentent un risque plus important de développer un syndrome métabolique, ainsi que ses complications.

Sa recherche, dans le cadre d'une prévention primaire, s'impose comme indispensable⁽⁴⁾.

Figure 2 : Effets secondaires des antipsychotiques atypiques (d'après les communications de Marder SR et Tandon R, A.P.A. 2003)

Effets secondaires	clozapine	risperidone	olanzapine	ziprazidone	aripiprazole
Syndrome extra-pyramidaux	+/-	+/- à +	+/- à +	+/- à +	+/- à +
Dyskinésie tardive	+/-	+/- à +	+/- (?)	+/-	+/- (?)
Somnolence, sédation	+++	+/-	+	+/-	+/-
Elévation de la prolactine	+/-	+++	+/-	+/-	+/-
Gain de poids	+++	+	+++	+/-	+/-
Dyslipidémies	+++	+	+++	+/-	+/-
Allongement du QTc	++	+	+	++	+/-
Hypotension	+++	++	+	+/-	+/-
Effets anticholinergiques	+++	+/-	+	+/-	+/-
Augmentation ASAT- ALAT	+	+/-	+	+/-	+/-
Agranulocytose	++	+/-	+/-	+/-	+/-

En comparaison avec le placebo :
+/- : nul ou minime + : léger ++ : modéré +++ : marqué

similaire au placebo, notamment en ce qui concerne les modifications du QTC, la glycémie, les taux de LDLc, de HDLc et de triglycérides. (cf. figure 1 et 2).

Une nouvelle étude présentée au congrès de l'American Psychiatric Association compare l'aripiprazole à l'olanzapine, en termes de tolérance et d'efficacité sur les rechutes aiguës de schizophrénie (9). Cette étude multicentrique concernait 317 patients, en double-aveugle, pendant 26 semaines. Les sujets étaient randomisés en un groupe traité par aripiprazole (15 à 30 mg/j, en moyenne 25,1 mg/j) et un groupe traité par olanzapine (10 à 20 mg/j, en moyenne 16,5 mg/j). L'efficacité des deux molécules, appréciée par le score PANSS total et la CGI-I, est équivalente pendant la durée de l'étude. La différence se place en terme de tolérance métabolique. A la 26^{ème} semaine, on observe, en moyenne, une augmentation de poids de 4,23 kg sous olanzapine et un amaigrissement de 1,37 kg sous aripiprazole. Les différences de changement de poids moyen s'observent dès la première semaine. Une meilleure tolérance en faveur de l'aripiprazole est aussi constatée en ce qui concerne le taux de cholestérol total, le LDLc et les triglycérides. On note que les événements indésirables pour lesquels s'observe une différence supérieure à 5% entre les deux médicaments sont la somnolence (8% pour l'aripiprazole, 23% pour l'olanzapine) et les céphalées (23% pour l'aripiprazole, 32% pour l'olanzapine). Le ratio bénéfice-risque apparaît dans cette étude en faveur de l'aripiprazole du fait d'un profil métabolique à long terme plus avantageux pour une efficacité identique.

Conclusion

L'aripiprazole, de part son mécanisme d'action pharmacologique, semble inaugurer une nouvelle génération d'antipsychotiques. Il présente une double atypicité : tolérance neurologique et tolérance métabolique, à court et long terme. Ce profil, en termes d'effets secondaires, permet d'espérer l'amélioration de l'observance des sujets présentant un trouble du registre psychotique. « La nouvelle génération d'antipsychotiques pourrait avoir le potentiel pour devenir le traitement de choix des premiers épisodes et des recrudescences aiguës de schizophrénies » a précisé le Pr. Glick. ■

Laurent Masclat**

*Bristol-Myers Squibb, Division Douleurs-Neurosciences
**CH Sainte-Anne, Service Dr Caroli, Paris

Bibliographie

(1) BURRIS KD, MOLSKI TF, XU C et al., *Aripiprazole, a novel antipsychotic, is a high affinity partial agonist at human dopamine D2*

receptors, J Pharmacol Exp Ther 2002, 302, 381-389.

(2) YOKOIF, GRUNDER G, BIZIERE K et al., *Dopamine D2 and D3 receptor occupancy in normal humans treated with the antipsychotic drug aripiprazole (OPC 14597): a study using positron emission tomography and [11C]raclopride*, Neuropsychopharmacology, 2002 Aug, 27, 2, 248-259.

(3) JORDAN S, KOPRIVICA V, CHEN R et al., *The antipsychotic aripiprazole is a potent, partial agonist at the human 5-HT1A receptor*, Eur J Pharmacol, 2002, 441, 137-140.

(4) *Expert Panel on detection and treatment of high blood cholesterol in adults: Summary of the NCEP adult treatment panel III report*, JAMA, 2001, 285, 2486-2497.

(5) SERNYAK MJ, LESLIE DL, ALARCON RD et al., *Association of diabetes mellitus with use of atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenia*, Am J Psychiatry, 2002, 59, 4, 561-566.

(6) STRAKER DA, RUBENS E, KOSHY F et al., *The prevalence of the metabolic syndrome among patients treated with atypical antipsychotic drugs*, Poster présenté au 156^{ème} meeting annuel de l'American Psychiatric Association, San Francisco, mai 2003.

(7) REYNOLDS GP, ZHANG ZJ, ZHANG XB, *Association of antipsychotic drug-induced weight gain with a 5-HT2C receptor gene polymorphism*, Lancet 2002, 359, 2086-2087.

(8) CORRELL CU, PARIK UH, KANE JM, *Novel antipsychotic-induced hyperlipidemia in children and adolescents with psychotic and aggressive disorders*, Poster présenté au 156^{ème} meeting annuel de l'American Psychiatric Association, San Francisco, mai 2003.

(9) MCQUADE RD, JODY D, KUJAWA MJ, CARSON WH et al., *Long-term weight effects of aripiprazole versus olanzapine*, Poster présenté au 156^{ème} meeting annuel de l'American Psychiatric Association, San Francisco, mai 2003.

(10) KANE JM, CARSON WH, SAHA AR, MCQUADE RD et al., *Efficacy and safety of aripiprazole and haloperidol versus placebo in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder*, J Clin Psychiatry, 2002, 63, 763-771.

(11) POTKIN et al., Arch Gen Psychiatry, 2003, sous presse.

(12) CARSON WH, PIGOTT TA, SAHA AR et al., *Aripiprazole vs. placebo in the treatment of chronic schizophrenia (abstract)*, Int J Neuropsychopharmacol. 2002, 5 (suppl 1), S 187.

(13) KUJAWA M, SAHA AR, INCENITO G et al., *Aripiprazole for long-term maintenance treatment of schizophrenia (abstract)*, Int J Neuropsychopharmacol 2002, 5, suppl 1, S 186.

(14) BOURIN M, AUBY P, MARCUS RN et al., *Aripiprazole versus haloperidol for maintained treatment effect in acute mania*, Poster présenté au 156^{ème} meeting annuel de l'American Psychiatric Association, San Francisco, mai 2003.

(15) KANE JM, CARSON WH, KUJAWA M, STRINGFELLOW J et al., *Aripiprazole versus perphenazine in treatment-resistant schizophrenia*, Poster présenté au 156^{ème} meeting annuel de l'American Psychiatric Association, San Francisco, mai 2003.

ANNONCES EN BREF

20 septembre 2003. Chambéry. XVI^{ème} Journée de Chambéry organisée par le Cercle d'Etudes Psychanalytiques des Savoies, le Groupe Lyonnais de la société Psychanalytique de Paris sur le thème : *Les conduites à risque*. Renseignements : CEPSP-SPP@netcourrier.com. Répondeur-fax : 04 50 51 17 35. Fax : 04 79 85 34 11.

27 et 28 septembre 2003. Bordeaux. Journées scientifiques du Quatrième Groupe Organisation psychanalytique sur le thème : *L'acte et le temps*. Secrétariat du IV^e Groupe, 19 bd Montmartre, 75002 Paris. Tél./Fax : 01 55 04 75 27. E-mail : quatrieme-groupe@wanadoo.fr.

2 au 4 octobre 2003. Lille. XXXII^{èmes} Journées annuelles de thérapie psychomotrice sur le thème : *Corps et cultures*. Renseignements : SNUP, JA 2003, 24 bd Paul Vaillant-Couturier, 94200 Ivry-sur-Seine. Tél. : 01 56 20 02 91. Fax : 01 56 20 14 70. Internet : http://www.snup.fr. E-mail : info@snup.fr. Permanence téléphonique mardi et jeudi de 9h30 à 13h30.

3 et 4 octobre 2003. Paris. 1^{er} Congrès Franco-Algérien de Psychiatrie sur le thème : *Souffrance et Mémoires*. Inscriptions : Agence MTV, Martine Thiébaud Valette, Attention : Noria Yagoub-Gacem, 9 rue Alexandre Maistrasse, 92500 Rueil Malmaison. Tél. : 01 41 39 88 88. Fax : 01 47 51 30 01. E-mail : sfap@intra-mtv.com.

3 au 5 octobre 2003. Lyon. Congrès National de Psychanalyse Groupale et Familiale sur le thème : *Le ludique et le familial*. Inscriptions : Le Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale, Institut National de Formation, Association Loi 1901, 23 rue Sainte Croix de la Bretonnerie, 75004 Paris. Tél. : 01 48 04 05 95. Fax : 01 48 04 79 82. Internet : http://www.psychafamille.com. E-mail : col.psychanalyse@wanadoo.fr

6 octobre 2003. Paris. Colloque organisé par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du nord-est de Paris, le laboratoire de recherche de l'EPS Maison-Blanche sur le thème : *L'évaluation de la prévention des problèmes psychiatriques de la petite enfance*. Renseignements : Tim Greacen, Directeur du Laboratoire de Recherche de l'EPS Maison-Blanche, 6-10 rue Pierre Bayle, 75020 Paris. Tél. : 01 55 25 35 54. Fax : 01 55 25 35 61. E-mail : dgranger@ch-maison-blanche.fr.

7 au 10 octobre 2003. Paris. 7^e Réunion francophone sur *La maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés*. Réunion de la société française de Gériatrie et Gérontologie. Renseignements : Alliance Médicale et Scientifique, 11 bd Henri IV, 34000 Montpellier. Tél. : 04 67 61 94 14. Fax : 04 67 63 43 95. E-mail : mail@ams.fr. Internet : www.ams.fr.

9 au 11 octobre 2003. Marseille. 18^e Congrès National de l'Association Française des Psychologues Scolaires (AFPS)

sur le thème : *L'enfant à la croisée des liens*. AFPS/13, 110 Traversée de la Penne, 13011 Marseille. Tél./Fax (rép.) : 04 42 28 74 10 ou 06 71 14 44 84. E-mail : afps13@fr.st. Site internet : www.afps13.fr.st.

9 et 10 octobre 2003. Montpellier. Journées Montpelliéraines de Psychiatrie de l'Enfant et des Professions Associées sur le thème : *Le travail avec les familles, alliances et mésalliances*. Renseignements : MPEA, Hôpital St-Eloi, 34295 Montpellier Cedex 5. Tél. : 04 67 33 60 09.

11 octobre 2003. Paris. Colloque organisé par l'Association Libres Cahiers pour la Psychanalyse sur le thème : *Usages et usure des concepts*. Renseignements : LCPP, 2 ter rue du Pr Calmette, 69008 Lyon. Tél. : 04 78 75 08 43. E-mail : libres-cahiers@wanadoo.fr.

11 au 14 octobre 2003. Athènes. XVII^e Congrès International de Psychopathologie de l'Expression et d'Art-Thérapie de la SIPE sur le thème : *Soma et Psyché*. Renseignements : fax : 00 30 210 612 51 97. Aris25@ote-net.gr.

16, 17, 23 et 24 octobre 2003. Maugebe. Journées de formation organisées par la Revue d'action juridique et sociale et le service Droit des Jeunes de la Sauvegarde du Nord. Renseignements : Revue d'action juridique et sociale/Service Droit des Jeunes, 16 passage Gatbois, 75012 Paris. Tél. : 01 40 37 40 08. Fax : 01 40 37 41 25. E-mail : rajs.dj@wanadoo.fr.

17 octobre 2003. Chatellerault. Colloque organisé par Enfances & Psy et FIREA sur le thème : *Actualité de l'autorité*. Renseignements : FIREA. Tél. : 05 49 44 57 57. Fax : 05 49 44 547 51. E-mail : reserbat@interpc.fr.

18 et 19 octobre 2003. Paris. Colloque organisé par l'Evolution Psychiatrique sur le thème : *Psychanalyse, Psychiatrie : objets perdus, objets présents*. Inscriptions : Dr Marcel, Institut M. Rivière, 78320 La Verrière. Entrée : 150 euros. Etudiants : 60 euros.

21 et 22 octobre 2003. Paris. II^{ème} Forum pour une politique citoyenne en santé mentale sur le thème : *De la personne accompagnée à l'accompagnement des professionnels*, organisé par Advocacy-France et un collectif d'associations. Renseignements et inscriptions : 01 45 32 22 35 - 06 13 10 93 97.

23 et 24 octobre 2003. Vannes. Colloque organisé par l'Association Franco-Maghrébine de Psychiatrie sur le thème : *L'ambulatoire : actualités et perspectives*. Renseignements : Vannes Congrès, 1 rue Thiers, cp 23921, 56039 Vannes Cedex. Tél. : 02 97 68 21 20. E-mail : vannes.congres@wanadoo.fr.

24 et 25 octobre 2003. Paris. XXVIII^e Congrès annuel de la Société Française de Sexologie Clinique sur le thème : *Sexologie au quotidien : entre écoute et action*. Renseignements : SFSC, 32 avenue Carnot, 75017 Paris. Tél. : 01 45 72 67 62. Fax : 01 45 72 67 63.

E-mail : sfscexo@aol.com.

25 et 26 octobre 2003. Rabat. Congrès organisé par l'Association Franco-Maghrébine et la Société Marocaine de psychiatrie sur le thème : *La psychiatrie face à la globalisation*. Renseignements : Pr M. Paes, Hôpital Arrazi, Salé, Maroc. Tél. : 212 37 86 19 57. Fax : 212 37 86 39 08. E-mail : mpaes@iam.net.ma

25 et 26 octobre 2003. Paris. Journées d'études organisée par l'Ecole de la Cause freudienne sur le thème : *Une séance courte : une pomme de discorde pour la psychanalyse*. Renseignements : ECF, 1 rue Huysmans, 75006 Paris. Tél. : 01 45 49 02 68. Fax : 01 42 84 29 76. E-mail : ecf@causefreudienne.org.

30 octobre au 2 novembre 2003. Londres. 2^e Festival du film psychanalytique européen. Renseignements : Institute of Psychoanalysis, 11 2a Shirland road, London W9 2EQ. Tél. : (44+) 20 7563 5017. E-mail : EventsBPAS@compuserve.com.

14 au 16 novembre 2003. Marly-le-Roi. Journées organisées par les revues *Psychiatrie de l'Enfant et Psychiatrie Française* sur le thème : *Ces enfants qui entrent en latence en psychothérapie*. Renseignements : Yves Manela, Vice-président AFP, 147 rue Saint-Martin, 75003 Paris. Tél. : 01 42 17 41 11. Fax : 01 42 71 36 60. E-mail : psy-sp-fafp@wanadoo.fr.

17 novembre 2003. Paris. Soirée Clinique du Rêve-Eveillé. Intervention de Paul Fuks sur le thème : *Quand le sommeil saisit l'analyste...* Renseignements : GIREP, 80 rue de Vaugirard, 75006 Paris. Tél./Fax : 01 42 22 75 14. E-mail : girep@girep.com. Site : www.girep.com.

20 au 22 novembre 2003. Paris. Rencontres Nationales vidéo en santé mentale organisées par l'EPS Maison-Blanche, l'Eliat Retrouvé, les CEMEA, en partenariat avec la Cité de la Santé. Renseignements : EPS Maison-Blanche, Service Communication, 6-10 rue Pierre Bayle, 75020 Paris. Daniel Simonnet : 06 10 08 31 88. Philippe Laly : 06 82 30 98 00. Tél. : 01 55 25 35 94. Fax : 01 55 25 35 90. E-mail : cweber@ch-maison-blanche.fr.

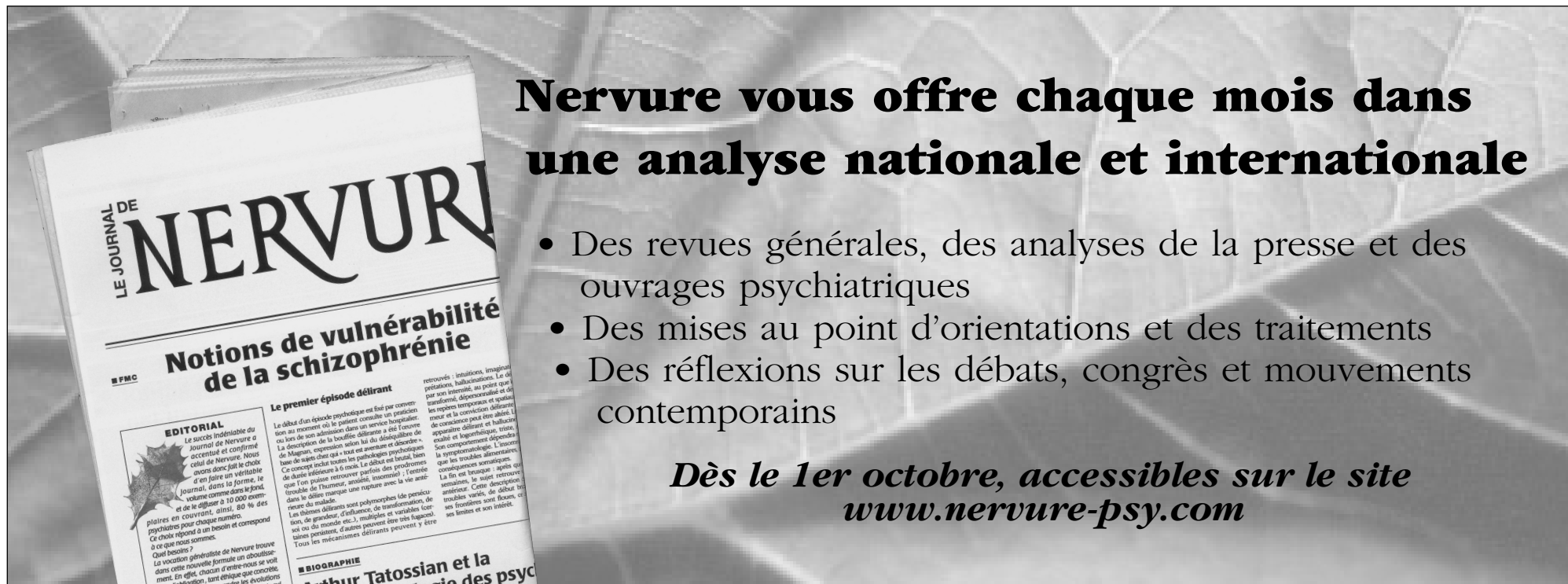
21 novembre 2003. Paris. 24^{ème} Journée Nationale de l'Association nationale pour la Formation continue du Personnel Médical des Hôpitaux publics en Administration et gestion sur le thème : *Quelle organisation médicale hospitalière pour 2007 ?* Renseignements et inscriptions : AFMHA, Hôtel-Dieu, 1 place du Parvis Notre-Dame, 75181 Paris cedex 04. Tél. : 01 40 46 79 40. Fax : 01 40 46 79 46. E-mail : afmha@dub-internet.fr. www.afmha.asso.fr.

21 et 22 novembre 2003. Marseille. Journée sur le thème : *La psychiatrie et la norme*. Inscription : SB Organisation, 36 rue Jacques Kellner, 75017 Paris. Tél. : 01 58 60 25 35. Fax : 01 58 60 25 40. E-mail : sborg@wanadoo.fr.

Nervure vous offre chaque mois dans une analyse nationale et internationale

- Des revues générales, des analyses de la presse et des ouvrages psychiatriques
- Des mises au point d'orientations et des traitements
- Des réflexions sur les débats, congrès et mouvements contemporains

Dès le 1er octobre, accessibles sur le site www.nervure-psy.com



LIVRES**Pour une clinique de la relation éducative**

Marie-Claude Baïetto, Annie Barthélémy, Ludovic Gadeau
L'Harmattan

Les auteurs décrivent une pratique de formation qui se déroule depuis 10 ans à l'I.U.F.M de Grenoble sous l'appellation de Séminaire Clinique d'Analyse des Pratiques Educatives (SCAPE). Cet ouvrage décrit le domaine théorique dans lequel une clinique de l'analyse des pratiques éducatives peut se conce-

voir à circonscrire l'objet du travail d'analyse, à formaliser ce qui ici est nommé la « *position clinique* » et qui traduit les fondements de la posture et les ressorts du travail de moniteur de groupes cliniques d'analyse des pratiques.

**La folie privée
Psychanalyse des cas-limites**

André Green
Folio essais 424

Les onze études présentées traitent des rapports entre les névroses, fondement de la psychanalyse dite classique, et ce qu'on a appelé les « *cas-limites* ». A l'ori-

gine, les cas-limites désignaient une frange mal connue d'états « *pseudo-névrotiques* » par quoi on entendait soit des psychoses camouflées ou des psychoses latentes, soit des états aux frontières de la psychose, en fait une schizophrénie. On sait l'intérêt qu'ont suscité les études de la psychanalyse contemporaine sur ces formes cliniques découvertes dans le transfert et non préalablement à l'indication d'analyse. Cet ouvrage comprend des exposés généraux qui cherchent à dépasser la perspective purement clinique pour tenter de construire la théorie de cette catégorie de patients. D'autres études abor-

dent des points plus limités, mettant en lumière certains aspects que l'on découvre dans des constellations plus singulières.

Enfin, les dernières contributions traitent des problèmes techniques soulevés par l'analyse de telles structures. L'ensemble se clôt par un questionnaire sur le mal, car la destructivité est au cœur de ces organisations. Dans son avant-propos, André Green précise que le propos de ce livre est d'être aux cas-limites ce qu'un ouvrage précédent, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort* (Ed. de Minuit, 1983), était aux structures narcissiques.

L'écriture de Freud, traversée traumatique et traduction

Janine Altounian
*Bibliothèque de psychanalyse
PUF*

Le cadeau d'une pédagogue et technicienne du langage. Indispensable pour ceux qui ne confondent pas communication et transmission et se souviennent que « *la psychanalyse s'est pensée et écrite en langue allemande* ». Au-delà de la dimension idéologique, la richesse poétique de l'héritage freudien nous est proposée par une co-traductrice des *Oeuvres Complètes* de Freud. Rigoureux et subtil, le « *manuel* » éveille à la multiréférentialité des mots et exerce au foisonnement imprévisible d'une pensée d'atelier. Cet ouvrage, en nous donnant enfin accès aux signifiants freudiens et à leurs constellations, nous initie aux disciplines contemporaines convoquées par la nécessité de traduire.

L'émergence de ces concepts donnent les moyens d'une réflexion personnelle sur la langue et le corps textuel, sur l'inscription des traumatismes et leur théorisations.

I. Delage

Créativité et art-thérapie en psychiatrie

P. Moron, J.-L. Sudres, G. Roux
Masson

Il s'agit du Rapport de Thérapeutique du dernier Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue Française.

Les auteurs ont voulu synthétiser les grandes données cliniques ainsi que la mise en place pratique de l'art-thérapie, en fonction tout d'abord de l'âge du patient (enfant, adulte, sujet âgé) puis des modalités d'art-thérapie choisies. Une partie historique et un aperçu des perspectives possibles de l'art-thérapie complètent cet ensemble.

Avec la collaboration de M. Barberis-Bianchi, M. Barreil-Guerin, A. Boyer, M. Delage, R. Gaetner, F. Granier, P. Hermans, C. Larcanché, J.-Y. Le Fourn, R. Pandelon, G. Perriot, G. Quitaud, J.-P. Royol, H. Scharbach, A. Stammler, P. Tzaut-Sciarini, J.-P. Vaillant, S. Vigneau.

Le syndrome d'Asperger et l'autisme de haut niveau

Comprendre et intervenir efficacement

Tony Attwood
Préface de Bernadette Rogé
Dunod

Les premières descriptions d'un groupe d'enfants présentant des caractéristiques inhabituelles ont été livrées, il y a plus d'une cinquantaine d'années, dans les travaux d'Asperger, clinicien autrichien et pédopsychiatre. Ces travaux ont été réactualisés pour définir le Syndrome d'Asperger et aboutir à une reconnaissance récente par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les personnes présentant ce syndrome ont une perception atypique de l'environnement, un mode de raisonnement logique, mais dépourvu du « *sens commun* », ce qui les rend vulnérables socialement. Il est indispensable de connaître et de reconnaître cette « *manière d'être* » différente, souvent qualifiée par l'entourage de bizarre, décalée, excentrique, naïve, solitaire.

Le lecteur trouvera dans cet ouvrage une description détaillée, des explications concrètes, étayées d'exemples et de témoignages de personnes directement concernées. Il appréciera les suggestions pratiques qu'il pourra mettre en œuvre pour intervenir afin d'aider les personnes atteintes du Syndrome d'Asperger, leur permettre de compenser leurs difficultés et de dévoiler pleinement leurs potentialités.



Pour vos annonces professionnelles
contactez Madame Susie Caron au
01 45 50 23 08
ou par e-mail
nervure.psy@wanadoo.fr

**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 :
Centre Hospitalier Direction des Affaires Médicales
BP 97237 - 29672 Morlaix Cédex

Renseignements auprès du Président de CME : 02 98 62 60 70,
de la direction des affaires médicales : 02 98 62 69 11,
ou des chefs de services de psychiatrie par l'intermédiaire du
standard : 02 98 62 61 60.

Médecins Sans Frontières recrute :

**DES PSYCHIATRES ET
DES PSYCHOLOGUES CLINIENS
POUR SES MISSIONS À L'ÉTRANGER**

Expérience professionnelle indispensable

Envoyer CV et lettre de motivation à :
M.S.F.
Bonnie Tickridge
8 rue Saint-Sabin
75544 Paris Cedex 11
e-mail : bonnie.tickridge@paris.msf.org

L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ DÉPARTEMENTAL DE LA MARNE



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

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

Recrute
POUR LE SERVICE INFANTO-JUVÉNILÉ MARNE SUD

1 psychiatre temps plein (poste à pourvoir dès août 2003)

Les candidatures, avec curriculum vitae, sont à adresser à :
Monsieur le Directeur des Ressources Humaines, 56 avenue du Général Sarraill
51022 Châlons-en-Champagne Cedex
Renseignements au 03 26 70 37 74

AVIS DE VACANCE DE POSTE



**Le Centre Hospitalier
Edouard Toulouse à Marseille**
recrute

UN ASSISTANT SPÉCIALISTE au 1/10/2003

Poste de travail :
Temps complet dans un hôpital de jour situé dans le centre ville de Marseille

Adresser vos candidatures à M.H. Mattera, Directeur
Centre Hospitalier Edouard Toulouse - 118 Chemin Mimet - 13917 Marseille Cedex 15
Contact : Jean-Pierre Baucheron, Chef de Service
Tél. : 04 91 96 98 90 • Fax : 04 91 96 98 91
E-mail : jp.baucheron@ch-edouard-toulouse.fr



**CENTRE HOSPITALIER
PAUL GUIRAUD VILLEJUIF**

Recherche psychiatre temps partiel
Secteur 92G13 (Saint-Cloud, Garches)

Joindre le Dr Lascar Tél. : 01 42 11 70 95

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.

LIVRES**Les dix ans qui ont changé****La folie, la dépression et l'angoisse**

Jean Thuillier

Erès

La réédition du livre de Jean Thuillier* est une excellente nouvelle pour ceux qui ne l'ont pas lu. Il raconte, de façon particulièrement vivante, une partie de l'histoire de sa vie professionnelle, au cours de laquelle furent découverts les premiers médicaments efficaces dans le traitement des maladies mentales : les neuroleptiques, les antidépresseurs

et les tranquillisants. C'est entre 1952 et 1964 que, grâce à la découverte des *médicaments psychotropes*, une nouvelle branche de la médecine, la psychopharmacologie, est née.

En dix ans, une véritable révolution a transformé la psychiatrie. Une nouvelle thérapeutique médicamenteuse associée aux diverses psychothérapies (comportementale, cognitive, psychanalytique) a redonné à la psychiatrie sa place parmi les disciplines médicales dont elle avait été souvent exclue. Non seulement, on a vu disparaître les cures de Sakel, les interventions psychochirurgicales, et un grand nombre des appli-

cations de l'électrochoc. Les séjours hospitaliers ont été considérablement abrégés et un grand nombre de patients ont été rendus à la vie active. Aujourd'hui encore, à part quelques molécules nouvelles, ce sont les séries découvertes il y a cinquante ans qui sont prescrites le plus souvent.

L'ouvrage est passionnant parce qu'il est émaillé de récits vécus et d'anecdotes alors que le style est alerte. Les anglais ne s'y sont pas trompés (traduction Martin Dunitz Ltd, 1999).

*La première édition est parue en 1980 aux Editions Robert Laffont sous le titre *Les dix ans qui ont changé la folie*.

La Schizophrénie**Un siècle pour comprendre**

Jean Garrabé

Les Empêcheurs de penser en rond

La réédition de cette histoire de la schizophrénie* est une excellente initiative. Ce livre remarquable qui est, enfin, facilement accessible, montre que le concept de schizophrénie, introduit dans la littérature psychiatrique en 1911 par Eugen Bleuler, a évolué en fonction d'un contexte culturel, médical et scientifique, mais aussi philosophique, sociopolitique, religieux et artistique, marqué au

cours du XX^e siècle par de profondes mutations. Seule, cette approche historico-conceptuelle permet de comprendre comment se posent, de nos jours, les questions de la définition nosologique de ce groupe de psychoses, des théories actuellement proposées pour expliquer leur genèse, des thérapeutiques utilisées, de leurs résultats et de leur coût, des attitudes sociales vis-à-vis des sujets qui souffrent de tels troubles... Ces questions naguère réservées aux seuls spécialistes intéressent maintenant, fort heureusement, dans un nombre croissant de pays, les malades eux-mêmes et leurs familles mais aussi les responsables socio-sanitaires, les autorités judiciaires, politiques, etc. Le succès de ce livre, auprès de nombreux lecteurs spécialistes et non spécialistes, a justifié cette nouvelle édition en français. Le texte de la première édition, corrigé des errata, tel qu'il a été traduit ou est en voie de l'être dans une demi-douzaine de langues, a été gardé, mais sont ajoutées une post-face ainsi qu'une bibliographie complémentaire actualisée pour répondre à des remarques ou à des demandes de précision adressées par les lecteurs ou par les traducteurs.

*La première édition de cet ouvrage a paru aux Editions Seghers en 1992 sous le titre *Histoire de la schizophrénie*.

Les troubles bipolaires**Livret à l'usage des patients et de leur famille**

Frederic Kochman et Jean Albert

Meynard

Préface de Kareen et Hagop

Akiskal

Sanofi-Synthélabo

Ce livret est un excellent outil d'information des patients et de leurs proches. Il présente la description clinique du trouble bipolaire, c'est-à-dire les symptômes caractéristiques qui doivent faire évoquer cette maladie ainsi que leurs conséquences. Ensuite, est expliqué comment se protéger du stress et bénéficier des traitements ayant prouvé leur efficacité. Les différentes aides disponibles afin de pouvoir s'aider soi-même et d'être aidé, épaulé par son entourage, sont abordées. En annexes, on trouve les ouvrages et sites internet de référence, un glossaire, l'échelle de dépression de Beek, le questionnaire d'hypomanie de Anhst, le questionnaire de tempérament cyclothymique.

Dictionnaire d'éducation comparée

Dominique Groux (dir.), Soledad

Perez, Louis Porcher, Val D. Rust,

Noritomo Tasaki

L'Harmattan

Ce *Dictionnaire d'éducation comparée* propose une centaine d'entrées, classées par ordre alphabétique et choisies par un collectif d'auteurs d'origines nationales diverses. Il ne prétend pas à l'exhaustivité mais vise à donner des informations et des éclairages différents sur les grandes questions de l'éducation. La pluralité de points de vue, condition essentielle de l'éducation comparée, est privilégiée. C'est la raison pour laquelle il a été choisi, soit de donner aux différents articles une dimension comparative, soit de laisser s'exprimer deux chercheurs d'horizons différents sur le même thème ou, encore, de façon générale, de donner la parole à des spécialistes du monde entier dans le but de diversifier les points de vue. Ce *Dictionnaire* s'inscrit dans trois aires géographiques différentes : l'Europe, l'Amérique du Nord et le Japon.

LIVRES

Médecine et technique

Sous la direction du Professeur
Daniel-Nicolas Laurent
L'Harmattan

La réflexion présentée remet en débat sinon en cause, les modalités du raisonnement médical. Il est apparu aussi nécessaire, du fait même de l'amplification des coûts pour la société, d'évaluer les conséquences socio-économiques des mutations, liées à une demande accrue de soins et de techniques, pour des motifs qui ne sont pas seulement le fait des évolutions démographiques, notamment du vieillissement de la population.

En amont des progrès que permettent les techniques nouvelles, une approche « intégrative » des désordres survenant dans les fonctions physiologiques, leurs régulations et leurs modes de contrôle, reste à bâtir, à partir d'un raisonnement théorique qui devra subir l'épreuve de la validation. Les auteurs pensent nécessaire de considérer les fondements de la médecine, afin de mettre en valeur les principes essentiels de la démarche du clinicien, conjuguant à la fois observation, raisonnement, expérience et recherche d'efficacité. Il s'agit de faire reposer des techniques sous-tendues par une attitude d'investigation et de critique, donc par des gestes précis et conscients sur un socle le plus rationnel possible.

Les toxicomanes et leurs familles

Pierre et Sylvie Angel
Armand Colin

Les deux auteurs font part ici de leur déjà longue expérience de thérapeutes familiaux systémiques au Centre Mon-

ceau avec des patients toxicomanes et leurs familles.

Outre les rappels conceptuels des différentes approches systémiques, l'intérêt de l'ouvrage réside dans l'exposé d'un grand nombre de cas cliniques relatés de façon claire et détaillée. C'est à partir de la clinique qu'un certain nombre d'élaborations sont proposées, permettant une compréhension plus profonde de la dynamique familiale : la mort imprègne souvent les interactions (mort réelle, mort voilée). Les parents sont souvent incapables de se situer en tant que parents ayant eux-mêmes subi

des carences affectives dans leur enfance et l'enfant, instrumentalisé, devient le « héros », celui qui transgresse les normes familiales ou sociales habituelles. Le symptôme doit être lu comme une tentative d'autonomisation en même temps qu'un compromis qui maintient la dépendance familiale sans jamais interroger la nature des liens... En annexe, l'historique du Centre Monceau (et du travail de Claude Olievenstein), les 101 premiers dossiers du Centre, et le traitement des toxicomanes dans les pays d'Europe du Sud, complètent l'ouvrage.

M. Goutal

Psychanalyse du lien tyrannique

Albert Ciccone et al.
Dunod

Ce livre explore les logiques et les enjeux du lien tyrannique. Albert Ciccone étudie le contexte des enfants qui « poussent à bout », et met en évidence les processus de genèse et de développement du lien tyrannique. Salomon Resnik explore la tyrannie des objets internes, en particulier dans la psychose. René Kaës décrit la tyrannie de l'idéologie et développe la notion de « posi-

tion-idéologique ».

Yolanda Gampel évoque le contexte de la violence sociale et envisage les destins des expériences traumatiques qu'elle génère. Gilles Catoire examine les phénomènes de provocation. Donald Meltzer, dans un texte fondateur, explore les processus de tyrannie interne ainsi que leur transposition dans le social et dégage les angoisses et les fantasmes que traitent de tels liens. Albert Ciccone prolonge ces réflexions en présentant l'évolution de la pensée de Meltzer sur la tyrannie-et-soumission.

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-Salim 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), Aubut 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

SUPPORTER

médical
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

Edité 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