

# NERVURE

## JOURNAL DE PSYCHIATRIE

www.nervure-psy.com

ISSN 0988-4068  
n° 7 - Tome XVII - Octobre 2004  
Tirage : 10 500 exemplaires

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  
Prix au numéro : 9,15 €  
E-mail : info@nervure-psy.com

### EDITORIAL

G. Massé

## S'adapter en gardant son identité

Les découpages sectoriels qui conduisent les habitants d'une même ville à relever de secteurs psychiatriques différents et de pratiques de soins diverses, limitent la déclinaison d'une politique de santé mentale.

Sans remettre en cause la logique sectorielle, le territoire pose la question de la taille discriminante (superficie et géo-démographie) pour appréhender les besoins en santé mentale, mettre en cohérence la santé mentale avec les soins somatiques et, de façon plus globale, assurer une adéquation avec les diverses politiques sociales (de la ville, de l'habitat, de lutte contre l'exclusion). Le territoire permet des regroupements de secteurs à géométrie variable en fonction des missions considérées, la taille variant en fonction des missions. L'expérience montre que les diverses fonctions de la psychiatrie ne peuvent être assurées avec un outil à taille unique : ainsi, les discussions avec le secteur social se font au niveau urbain ou départemental alors que la maille sectorielle prévaut pour l'extrahospitalier. Le rapport Cléry-Melin (Proposition II 14) préconise, une organisation fédérative : « encourager l'organisation fédérative à l'échelle du territoire de santé des secteurs correspondants de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile ».

Ce territoire partagé permettrait d'unifier la desserte entre psychiatrie générale et infanto-juvénile améliorant la lisibilité d'un dispositif où les interlocuteurs et les clientèles (adolescents, femmes isolées avec enfants, familles marginales et/ou pathogènes) sont souvent communs.

Si l'élargissement de la maille du secteur semble aller de soi, la segmentation d'activité qui pourrait en résulter pose d'autres questions : pourquoi amender, ainsi, l'option généraliste et, surtout, comment ? Quels en seraient les risques ?

(suite page 3 ➡)

## Troubles obsessionnels compulsifs à l'adolescence

### Variabilité clinique et enjeux thérapeutiques

#### Remarques générales

Il n'échappe désormais à personne, clinicien ou simple citoyen submergé par les médias, que l'appellation « *Troubles Obsessionnels Compulsifs* » est largement sortie de sa référence d'origine, le DSM IV.

Le démembrement dans les classifications actuelles de la classique et freudienne névrose obsessionnelle en *trouble obsessionnel-compulsif* et en *personnalité obsessionnelle-compulsive* a fait suite au constat que ces deux catégories diagnostiques s'observent et évoluent, pour une part indépendamment l'une de l'autre, contrairement aux hypothèses initiales (D. Marcelli, 1995).

Si l'on applique le balisage des classifications actuelles à l'adolescence, M. Flament et coll. (1998) montrent qu'il est rare d'observer une personnalité obsessionnelle-compulsive avant l'âge adulte (estimée à 0,3 % des sujets entre 12 et 21 ans) tandis que les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) chez l'adolescent

sont bien plus fréquents et de prévalence quasi égale à celle des adultes (1-3%).

Cette fréquence ne peut être, pourtant, liée à une conjoncture structurelle univoque. En effet, chacun sait la récurrence des interrogations sur la structure de personnalité que soulèvent les pathologies psychiatriques émergentes de l'adolescence. La symptomatologie obsessionnelle-compulsive est des plus concernées car apparaissant le plus souvent au premier plan de situations cliniques variées, comme nous allons le montrer à travers des exemples volontiers réduits à une sorte de typologie clinique concrète, destinée à servir notre propos didactique.

#### La consultation avec l'adolescent

Elle se fait, habituellement, à l'occasion d'un changement entravant l'efficacité habituelle des rituels ou devant l'étendue de l'inhibition intellectuelle.

(suite page 3 ➡)

## DES de Psychiatrie

### FORMATION INITIALE

E. Winter

Un patient arrive après une tentative de suicide. Il décrit les nombreuses récurrences et les essais de prise en charge thérapeutique. Il raconte ses difficultés, sa famille, comment il en est arrivé là, etc.

Une patiente « *fait une crise* » dans le service. Elle hurle, elle ne se contrôle plus, l'angoisse déborde. Son agressivité est une expression de son mal-être, mais il va falloir en comprendre plus pour pouvoir l'aider. La seule camisole chimique ne résoudrait d'ailleurs pas grand-chose, et surtout pas bien longtemps.

Un jeune schizophrène vous raconte que la police le suit partout, a placé des caméras pour le surveiller et que parfois, le soleil lui envoie des rayons comme signal.

Bienvenue en psychiatrie !

Il n'est pas nécessaire d'en avoir fait sa spécialité pour comprendre que la thérapeutique qui y est donnée n'a pas grand-chose à voir avec le reste de la médecine. L'abord même d'une éventuelle maladie physique

associée n'aura pas les mêmes objectifs, justement parce que toute la partie somatique est traitée ailleurs (et nous nous en tiendrons bien sûr informé, comme le généraliste s'informe du déroulement d'une opération chirurgicale).

#### Que font nos tutelles pour améliorer notre formation à cette médecine si particulière ?

Souvenez vous, en octobre 2001, de cette réforme des maquettes de DES qui touchait, notamment, la psychiatrie : sur les 8 semestres, 2 devenaient obligatoires en stage hors-filière (médecine, chirurgie...) ce qui veut dire 25 % de temps de formation en moins en psychiatrie, et 25 % d'internes en moins dans les services de psychiatrie. Aucune concertation alors ni avec les internes (mais ça n'étonne plus personne), ni avec les universitaires (qui ont pourtant une certaine autorité en la matière) n'avait été menée.

(suite page 7 ➡)

### AU SOMMAIRE

#### FMC

Troubles obsessionnels compulsifs à l'adolescence p.1

#### FORMATION INITIALE

DES de psychiatrie p.7

#### HUMEUR

Repenser l'homosexualité p.8

#### PÉDO-PSYCHIATRIE

Adoption et culture p.9

#### SITUATIONS D'URGENCE

Enquête naturaliste et prospective des traitements prescrits dans un service d'urgence psychiatrique p.12

#### MÉDICO-LÉGAL

A la recherche du tiers perdu p.16

#### THÉRAPEUTIQUE

De la continuité des soins à la rémission dans la psychose p.17

Actualisation de la notion de rémission dans le traitement des psychoses schizophréniques p.18

Forme galénique et observance p.20

ANNONCES PROFESSIONNELLES p.23

ANNONCES EN BREF p.23

### PÉDO-PSYCHIATRIE

Cl. Lorin

## Adoption et culture

Le sujet exact de notre propos est, plutôt, une interrogation sur les éventuelles particularités qui comporteraient des origines culturelles spécifiques dans l'adoption internationale, en l'occurrence les enfants d'origine colombienne.

C'est donc une question, car l'accès aux éventuelles particularités de l'adoption de ces enfants-là, n'est pas facilement dissociable de la particularité propre aux adoptions d'enfants étrangers. Dans un premier temps formulons cette question de la manière suivante : Qu'est-ce qui fait que des candidats à l'adoption s'orientent vers telle culture d'origine plutôt que vers une autre ?

L'accès aux particularités de telle ou telle origine culturelle des enfants adoptés est biaisé par de nombreux facteurs :

- en premier lieu, le contexte propre au pays d'accueil ; ici la législation française sur l'adoption et l'importance du nombre de candidats à l'adoption (en France environ 20 000 actuellement) à l'égard du nombre d'enfants adoptables d'origine française (environ 1000 adoptions par an). Selon un rapport

officiel<sup>(1)</sup> au moins « 35% des familles agréées ne se verront pas confier un enfant d'origine française » ;

- ensuite, le contexte international (la paix et la guerre, les conflits internationaux...) et l'évolution saccadée de la législation internationale sur l'adoption qui « oriente » de fait, les demandes d'adoption vers telle ou telle destination. La Convention de La Haye, en date du 29 mai 1993, qui encadre la pratique de l'adoption n'était ratifiée au 1<sup>er</sup> juillet 2000 que par 28 pays et 10 autres y avaient adhéré ;

- aussi le contexte du pays « donneur » d'enfants adoptables avec ses effets sur le plan législatif national, sur le plan culturel et surtout la réalité actuelle de chaque pays (situation économique, guerre civile, conflits internationaux, mouvements religieux, intégratifs ou culturels).

C'est-à-dire que tel enfant de telle origine culturelle est plus ou moins accessible (adoptable) en fonction d'autres critères que ceux qui seraient directement liés à sa propre culture.

(suite page 9 ➡)

# NERVURE

## JOURNAL DE PSYCHIATRIE

Vous pouvez consulter l'intégralité  
de nos éditions, vous abonner  
ou consulter nos archives sur notre site

[www.nervure-psy.com](http://www.nervure-psy.com)

# Troubles obsessionnels compulsifs à l'adolescence

## Variabilité clinique et enjeux thérapeutiques

À l'évidence, l'angoisse déborde l'appareil psychique qui doit compléter sa panoplie défensive. La symptomatologie obsessionnelle-compulsive doit être recherchée car elle est le plus souvent tenue secrète par l'adolescent, notamment vis-à-vis des parents, que ces conduites soient syntones au Moi ou qu'elles soient source de souffrance psychique. Les troubles obsessionnels à l'adolescence sont, à peu près, identiques à ceux des adultes et l'on est souvent frappé de constater combien l'invasion psychique de ces adolescents tranche avec leurs capacités d'introspection et leur maturité.

Lors de l'entretien avec les parents, on observe, fréquemment, des troubles obsessionnels ou une structure obsessionnelle chez les parents, lesquels sont sollicités par l'adolescent pour participer activement aux symptômes, à la mesure de l'intrication complexe des liens familiaux. L'enjeu de la prise en charge est aussi de les aider à se dégager de ce rôle qui favorise la pérennisation du symptôme. L'évaluation du développement psychomoteur dans la petite enfance doit retrouver les manifestations obsessionnelles normalement attendues qui signent la structuration nécessaire au développement de l'enfant, notamment au moment de l'apprentissage de la propreté ou lors du coucher. Leur absence manifeste ou, à l'inverse, leur précocité comme leur massivité ne sont pas de bon pronostic d'autant plus qu'elles débordent sur la période de latence, période des collections en tout genre. Leur caractère envahissant n'est jamais de bon pronostic et ce d'autant qu'il n'existe pas d'autre registre de fonctionnement psychique. A l'adolescence, G. Diatkine (1997) décrit :

- des manifestations obsessionnelles mineures : scrupules religieux, inquiétudes métaphysiques, sentiment de déjà vu, déjà vécu ;

- un caractère obsessionnel : l'adolescent est scrupuleux, ordonné, méticuleux avec, souvent, une peur des microbes et de la maladie (SIDA). Comme pour l'adulte, la décompen-

sation se fait davantage sur un mode dépressif que sous la forme d'une aggravation des symptômes obsessionnels. Notons que les obsessions d'ordre et de symétrie sont observées chez 17 % des enfants et des adolescents ;

- des symptômes obsessionnels lors des états psychotiques : les symptômes obsessionnels sur une structure psychotique ont valeur de tentative de névrotisation mais frappent par leur relative inefficacité. Ils envahissent la pensée et ne peuvent contenir l'angoisse, d'où l'aggravation des rituels toujours plus inefficaces. L'enfance est rarement exempte d'antécédents psychiatriques ;

- des névroses obsessionnelles : on retrouve, généralement, des antécédents de névrose d'angoisse et des phobies importantes dans l'enfance. Les compulsions de lavage sont les plus fréquentes en réponse aux obsessions de saleté ou de contamination. La thérapie varie donc en fonction de la structure sous-jacente.

### Typologie clinique

#### Situation clinique n°1 : la dépression atypique chez un adolescent de 16 ans

Il s'agit d'un adolescent hospitalisé en urgence pour une symptomatologie dépressive, souvent majeure, évoluant depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois. Il n'a pas d'antécédents psychiatriques personnels. La symptomatologie dépressive majeure (retrait, prostration dans sa chambre en écoutant parfois répétitivement une musique sombre et torturée, inhibition psychomotrice) montre des éléments d'atypicité en ce qui concerne l'idéation suicidaire : celle-ci, par son caractère envahissant, est évocatrice d'idées obsédantes que vient renforcer leur contenu, des images violentes de mort concernant lui-même ou son entourage. L'évolution est favorable avec, parfois, la seule efficacité de la prise de distance lors de l'hospitalisation et de l'élaboration des pro-

blématiques individuelle et familiale lors des entretiens en présence et en absence de la famille. L'investigation de l'environnement familial met, facilement, en exergue des liens identificatoires entre la mère et le fils (il s'agit le plus souvent d'un garçon) autour d'une fragilité psychique et de difficultés de séparation, le père étant souvent moins impliqué dans ces liens. Quant au patient, son bon contact, ses capacités d'introspection et la sédation, au moins partielle, des symptômes orientent vers une structure névrotique, diagnostic beaucoup plus rassurant que ceux qui avaient pu être évoqués initialement (mélancolie, mode d'entrée dans un processus schizophrénique ; parfois bien sûr effective). Assez habituellement, on voit alors poindre, à mesure que la symptomatologie dépressive s'amende, les marques obsessionnelles, qu'elles se situent dans l'ordre des traits de personnalité ou dans celui des conduites. La reprise des investissements extérieurs, dont la scolarité, et la poursuite des soins en ambulatoire (psychiatre consultant et/ou psychothérapie individuelle) ne posent pas de difficulté majeure. Le plus souvent, un traitement antidépresseur sérotoninergique à forte dose est prescrit, éventuellement associé à un antipsychotique à faible dose (effet désinhibiteur et anxiolytique, amélioration des troubles du cours de la pensée) si les idées obsédantes persistent.

blématiques individuelles et familiales lors des entretiens en présence et en absence de la famille. L'investigation de l'environnement familial met, facilement, en exergue des liens identificatoires entre la mère et le fils (il s'agit le plus souvent d'un garçon) autour d'une fragilité psychique et de difficultés de séparation, le père étant souvent moins impliqué dans ces liens. Quant au patient, son bon contact, ses capacités d'introspection et la sédation, au moins partielle, des symptômes orientent vers une structure névrotique, diagnostic beaucoup plus rassurant que ceux qui avaient pu être évoqués initialement (mélancolie, mode d'entrée dans un processus schizophrénique ; parfois bien sûr effective). Assez habituellement, on voit alors poindre, à mesure que la symptomatologie dépressive s'amende, les marques obsessionnelles, qu'elles se situent dans l'ordre des traits de personnalité ou dans celui des conduites. La reprise des investissements extérieurs, dont la scolarité, et la poursuite des soins en ambulatoire (psychiatre consultant et/ou psychothérapie individuelle) ne posent pas de difficulté majeure. Le plus souvent, un traitement antidépresseur sérotoninergique à forte dose est prescrit, éventuellement associé à un antipsychotique à faible dose (effet désinhibiteur et anxiolytique, amélioration des troubles du cours de la pensée) si les idées obsédantes persistent.

#### Situation clinique n°2 : Troubles obsessionnels compulsifs simples évoluant depuis la latence, s'aggravant à l'adolescence

Il s'agit, cette fois, plutôt d'une adolescente présentant des obsessions idéatives associées à des actes conjuratoires lors des repas, de la toilette ou des temps scolaires (manière de refermer son stylo, méthodologie organisée avec des cahiers soigneusement recopiés ou transcrits en fiches...) et à des pensées magiques. Cette symptomatologie obsessionnelle, relativement complète, évolue depuis la latence, et si jusque là,

elle paraissait bien tolérée, elle s'aggrave brutalement à la faveur d'un événement, habituellement de l'ordre de la perte (deuil, perte d'un petit copain ou d'une meilleure amie, baisse de l'efficacité scolaire...) et s'associe à une symptomatologie dépressive majeure (idées noires, tristesse, anhédonie, inhibition et asthénie plutôt qu'un ralentissement psychomoteur).

L'hospitalisation est, là encore, souvent proposée pour affiner l'observation et l'évaluation de la problématique au décours de la séparation d'avec l'environnement habituel. Comme dans le cas précédent, l'amélioration est souvent possible sans chimiothérapie et l'évolution favorable avec l'amendement de la symptomatologie dépressive et la réapparition des traits de personnalité obsessionnelle : maîtrise et perfectionnisme (particulièrement à l'œuvre dans les ateliers thérapeutiques) s'allie à un contact distancié et l'expression réduite ou nulle du contenu des idées angoissantes. Des troubles obsessionnels compulsifs sont le plus souvent associés (crainte de la saleté, rituels de lavage...).

L'histoire familiale apparaît, souvent, marquée par des décès et des séparations. Les parents tendent à exprimer difficilement leurs affects et présentent des antécédents obsessionnels similaires ou des antécédents dépressifs. On retrouve, fréquemment, dans le développement psychomoteur de l'adolescente des troubles du sommeil, parfois une angoisse de l'étranger non apparue mais celle-ci est plus difficile à repérer pour les parents.

Si des tests projectifs sont pratiqués, ils peuvent, parfois, montrer un fonctionnement limite avec des oscillations entre un niveau adaptatif comprenant des défenses d'allure névrotique et un niveau plus archaïque montrant un certain vide avec des réponses stéréotypées. En ambulatoire ou lors de l'hospitalisation, un traitement peut être proposé : antidépresseur sérotoninergique en première intention avec adaptation éventuelle de la posologie en fonction de l'évolution de la symptomatologie dépressive et obsessionnelle (augmentation des doses), adjonction éventuelle d'un anxiolytique. La psychothérapie individuelle ou le psychodrame sont indiqués. Une thérapie familiale peut être proposée. La scolarité doit parfois être reprise à temps partiel ; une indication de soins-études peut se discuter. L'évolution est habituellement favorable.

### LIVRES

#### L'enfant, chef de la famille

Daniel Marcelli

Albin Michel, 19 €

Dans un ouvrage foisonnant d'idées, de références, de théories, Daniel Marcelli décrit et tente d'expliquer les modifications observées depuis une cinquantaine d'années dans les liens entre parents et enfants.

C'est une entreprise difficile. On mesure à quel point l'individualisme et le souci en soi légitime d'épanouissement personnel, mais adossés sur une idéologie hédoniste vont à l'encontre d'un engagement dans une place de parent, et aussi de partenaire affectif. Car la question est plus générale et touche à l'évolution même de notre société. En fait, ces dérives actuelles dans lesquelles l'enfant, mis à cette place assignée de chef, doit combler les attentes narcissiques de ses parents, témoignent surtout de l'affaiblissement considérable de ce qui structurerait la famille classique : l'appel à une transcendance, c'est-à-dire une référence extérieure à la famille, mais justifiant son existence et garante de sa continuité. Privé de cette référence, chaque être humain doit élaborer ses propres normes, mais alors révisables, discutables, sources d'angoisse et d'inconfort. L'enfant occupant la place de chef de famille, les difficultés qui apparaissent témoignent en premier lieu de la mission impossible qui lui est imposée.

Alain Frottin

#### Les acteurs du système de soins français - Les instituts et organismes responsables de la politique de santé

Bruno Keller

Éditions Jean-Baptiste Baillière, 28 €

Cross, ARH, HCSP, FNCLCC, DHOS... Le système de santé français regorge d'organismes dont les appellations et les sigles sont plus obscurs les uns que les autres. Tant et si bien qu'il est, parfois, difficile de s'y retrouver. L'objectif de l'ouvrage de Bruno Keller est, précisément, de faire la lumière sur tous les intervenants dans ce domaine, et d'en faire un classement exhaustif. Il recense les organismes intervenant dans le fonctionnement et l'administration du système, et répond à la question : qui fait quoi dans le système de santé.

### S'adapter en gardant son identité

Si la logique de désinstitutionnalisation sectorielle s'est inscrite dans une démarche généraliste non discriminante, quarante ans plus tard, force est de constater que la cohabitation dans les unités d'hospitalisation, de sujets déprimés avec des patients lourdement déficitaires participe à l'image stigmatisante de la discipline.

La psychiatrie est, ainsi, amenée à redéfinir ses prises en charge. L'option généraliste ne peut prétendre répondre à tout et négliger l'apport des prises en charge spécialisées. Cependant, l'abord spécifique ne peut, lui non plus, sauf à perdre sa richesse clinique, faire l'impasse sur la dimension territoriale.

Le département ou la fédération (regroupement géographique) est susceptible de présenter une psychiatrie de compromis : ni complètement généraliste, ni complètement spécialisée réaffirmant une approche véritablement psychodynamique du sujet dans sa globalité et sa biographie et s'organisant à partir des capacités fonctionnelles du patient. Ce « juste milieu » concilie l'approche territoriale et personnalise les soins dans le cadre d'une organisation différenciée des capacités et structures au sein d'un bassin géodémographique pertinent.

La segmentation des capacités hospitalières entre plusieurs secteurs permet, aussi, une organisation thématique. Par exemple, le regroupement des admissions, une unité spécifique des patients sous

contraintes, des capacités particulières au profit de la réinsertion, une structure de réadaptation influent sur l'amont et l'aval de l'hospitalisation. L'accueil des admissions par des équipes spécialisées permet d'assurer, de façon plus active, l'aval des urgences. De la même façon, des unités spécifiques au profit de patients au long cours ou sous contrainte assurent l'indispensable continuité de soins et la personnalisation des prises en charge. Enfin, une unité de déchronicisation et une unité de soins relais participent, de façon dynamique, sans tout attendre du secteur médico-social tout en préparant un éventuel relais, à la réhabilitation et à la réinsertion des patients. Dans le contexte difficile de saturation du parc hospitalier psychiatrique français, ces modalités d'organisation sont de nature à fluidifier le dispositif et à soulager la pression sur les lits.

Ce type d'aménagement pourrait valoir pour certaines alternatives à l'hospitalisation, comme les hôpitaux de jour où une certaine spécialisation permettrait des prises en charge ciblées, facteur de lutte contre la chronicité, facilitant la fluidité du dispositif.

Plusieurs facteurs motivent cette intersectorialité : le développement de nouvelles techniques pour des prises en charge et populations particulières, la nécessité d'une taille critique pour dispenser des soins personnalisés, la liberté de choix dans le respect de la continuité des soins et l'hétérogénéité des moyens des secteurs qui conduit certaines équipes à se substituer à d'autres moins

bien dotées pour remplir des tâches d'intérêt général.

Mais plusieurs dérives limitent son intérêt : une trop grande hiérarchisation conduisant à rejeter des patients dont la prise en charge ne serait pas jugée gratifiante, une spécialisation de certaines équipes amenant à une segmentation des activités sans coordination, un effet « vitrine » qui néglige les besoins prioritaires, un « effet déflectologie » entraînant les autres secteurs à abandonner certains patients à un service particulier.

L'intersectorialité ne saurait constituer une conduite contre le secteur mais, bien au contraire, constituer une ressource qui nourrit et renforce sa démarche. Il ne s'agit, en aucune façon, de s'engager dans la dérive du réductionnisme biologique sous son vocable nouveau de neurosciences où l'approche symptomatologique remplacerait la richesse de l'approche psychopathologique européenne.

Si l'offre de proximité relève du secteur entendu stricto-sensu, on voit se dessiner trois territoires complémentaires : la ville ou plutôt la communauté urbaine, le département et, enfin, la région. Loin d'une seule approche sectorielle et/ou institutionnelle, la définition de politiques transversales d'établissement et inter-établissements, au sein d'une grande agglomération urbaine assurerait : - des prises en charge particulières telles que les urgences dans le cadre d'un SAU ou d'un UPA-TOU, la psychiatrie de liaison, les conduites addictives,

- les soins aux populations spécifiques comme les personnes âgées, la petite enfance, l'adolescence.

Au niveau départemental qui partage, avec l'Etat, les compétences et le financement du secteur médico-social, doit s'établir la définition d'une politique du handicap psychique.

Enfin, le niveau régional assumerait, par exemple, les centres ressources autisme, les UMD et la psychiatrie universitaire.

Ces divers regroupements, géographiques et fonctionnels, concrétiseraient la notion de pôle telle qu'elle apparaît dans le projet « hôpital 2007 » et au niveau inter-établissement, les groupements de coopération sanitaire.

Cette approche graduée des soins semble constituer une réelle opportunité pour la psychiatrie. Evitant le retranchement de la discipline sur son pré-carré dans « une conception cadastrale et douanière » du secteur où la France psychiatrique peinerait à reconnaître son image, elle permettrait à la psychiatrie, sans rien perdre de sa spécificité et de l'apport considérable du secteur, d'aborder d'autres territoires ainsi que d'autres populations, en se définissant, non pas contre mais avec, les autres acteurs du monde sanitaire, médico-social et social, réaffirmant résolument son identité.

La promotion d'une organisation cohérente, graduée, souple, ouverte, offre l'opportunité d'une mutualisation et d'une mise en synergie des moyens pour un soin plus accessible et plus adapté à toutes les populations qui le demandent. ■

**LIVRES****Habiter sa maison intérieure**

Valentina Supino-Viterbo  
Fayard, 15 €

Nombre de patients, suivis par cette psychiatre-psychanalyste, éprouvent un sentiment de vide intérieur, plainte originale à distinguer d'un état dépressif, psychotique ou de troubles psychosomatiques. Ils ne peuvent entrer en contact avec leur « maison intérieure » constituée par leur vécu, leurs projets, leurs rêves. S'appuyant sur les trois processus liés de Martin Heidegger : « *Bâtir, habiter, penser* », l'auteur utilise la « *maison intérieure* » comme une métaphore de la psyché humaine. Comment peut-on l'habiter, la faire vivre, se réconcilier avec soi, s'affranchir des obstacles ? C'est, bien sûr, l'objet d'une cure psychanalytique. Mais comment la réussir, se structurer dans une société où les références familiales, éducatives, sociales, politiques se dissolvent dans les « *méfaits de la vie moderne* » ? Les tentatives du Moi pour combler le manque sont alors assez désespérées. Le lecteur peut, avec intérêt, se retrouver dans les questionnements de ce livre bilan.

Ph. Lascar

**Difficultés et troubles à l'adolescence**

Philippe Mazet  
Masson 34 €

L'ouvrage resitue, tout d'abord, l'adolescent dans son contexte et décrit les réalités sociale, physiologique et psychologique auxquelles il est confronté. Les thèmes abordés décrivent ensuite les maladies somatiques, le handicap ou les troubles chroniques de l'enfance, ainsi que les conduites à risque (violence, tentatives de suicide, consommation de drogues, toxicomanies, etc.) ou les conduites addictives diverses. Les troubles des conduites alimentaires, les perturbations du sommeil, les confrontations douloureuses à la sexualité, les troubles anxieux et dépressifs et les décompensations psychotiques, qu'elles soient aiguës ou durables sont également développées.

Une grande place est, par ailleurs, consacrée à la thérapeutique : la relation thérapeutique, les éventuelles prescriptions médicamenteuses, les réponses institutionnelles, l'hospitalisation. La scolarité, les études et l'orientation sont, enfin, traitées avant de préciser les éléments du cadre juridique concerné.

Avec la collaboration de D. Périssé, J. Afchain, M.-J. Afchain-Degon, J.-M. Baleyte, T. Baubet, D. Cohen, H. Deysson, N. Duplant, Y. Edel, C. Folières, P. Gérardin, O. Guilbaud, J.-C. Haddad, V. Halley des Fontaines, P. Huerre, A. Lemoigne, J. des Ligneris, E. Louët, M. Martin, F. Mourot, M. Noblins, E. Olivry, G. Porché, C. Thompson, I. Vitry, J. Xavier.

**Vrai et faux dans la grande guerre**

Sous la direction de Christophe Prochasson et Anne Rasmussen  
La Découverte 25 €

Cet ouvrage collectif propose une relecture de la Première Guerre mondiale, à la lumière des catégories de « *vrai* » et de « *faux* », ébranlées par l'état de guerre. Les auteurs montrent que le nouveau mode d'établissement de la vérité se poursuit après guerre : les controverses, autour du bon ou du mauvais témoignage, rejoignent les polémiques politiques lancées par les pacifistes. Les États se sont affrontés sur les responsabilités de la guerre autour d'une querelle sur des faits toujours difficiles à étayer. De l'incertitude vécue durant les hostilités aux mémoires contestées par la suite, le négationnisme historique sut se nourrir de ce brouillage après la Seconde Guerre mondiale.

Deux chapitres retiendront plus particulièrement notre attention. Sophie Delaporte en abordant les liens entre « *Discours médical et simulation* » montre que la prudence, voire l'indulgence des médecins à l'endroit des maladies provoquées, est demeurée finalement gouvernée par l'éthique médicale, très prégnante sur ce type de question entre 1914 et 1918.

Quant à Stéphane Dupouy, son texte consacré à Georges Dumas au front montre que, contrairement à une idée reçue, l'orientation psychodynamique n'a pas eu le monopole de l'humanisme

pendant la Grande Guerre. L'opposition souvent tenue pour acquise entre l'attitude décrite comme exemplaire des psychanalystes et le comportement des psychiatres mérite d'être nuancée. Parce que l'historiographie des troubles traumatiques de la Première Guerre mondiale s'est concentrée massivement sur le cas britannique, elle associe, trop souvent, la possibilité d'une approche favorable des troubles mentaux de guerre à la reconnaissance de leur origine psychogène. De même, elle tend à lier, généralement, la transformation des valeurs morales traditionnelles opérée par

la guerre - le brouillage des notions de courage et de maladie - à la montée en puissance de la psychanalyse. L'exemple de Dumas illustre que ces repères culturels ont pu vaciller, et les troubles des soldats susciter une approche où dominaient la sympathie et la bienveillance, sans que ceci ait entraîné la répudiation des conceptions étiologiques traditionnelles. La conception psycho-organique de l'émotion, héritée de Charcot et, plus généralement, de la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, pouvait constituer chez un homme tel que Dumas un arsenal théorique suffisant pour étayer

des positions favorables aux névrosés de guerre. A l'inverse, son cas aide à comprendre comment le contexte de la guerre, d'une importance capitale pour la pénétration de la psychanalyse dans les milieux médicaux d'autres pays d'Europe, n'a manifestement pas joué ce rôle en France, où la réception de Freud demeurera, comme on le sait, assez limitée pendant l'entre-deux-guerres.

Ont contribué à cet ouvrage : Annette Becker, Jean-Jacques Becker, Bruno Cabanes, Olivier Cosson, Sophie Delaporte, Renaud Dulong, Stéphanie Dupouy, Olivier Forcade, John Home, Jean-Marie Linsolas, André Loez, Jean-Baptiste Péretié, Leonard V. Smith.

## UN ÉLÈVE DE CM2 SUR CINQ EST EN SURPOIDS OU OBÈSE

La Direction de la recherche des études et de l'évaluation et des statistiques (DREES) montre qu'un élève de CM2 sur cinq est en surpoids ou obèse en France, l'obésité uniquement touchant 4% d'entre eux, selon une étude menée au cours de l'année scolaire 2001-2002.

Cette étude s'inscrit dans le cadre du cycle triennal d'enquêtes sur la santé des enfants scolarisés organisées par les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale ainsi que l'Institut de veille sanitaire (InVS). Les données sur cette classe d'âge des enfants de CM2 sont les premières du genre.

Le milieu social (profession des parents et situation vis-à-vis de l'emploi ou scolarisation en zones d'éducation prioritaire ou ZEP) semble être un déterminant, de même que les facteurs liés aux habitudes de vie. La profession du père représente « *le facteur le plus discriminant* ». Il y a presque deux fois plus d'élèves en surpoids parmi les enfants d'ouvriers que parmi les enfants de cadres. L'écart est encore plus élevé pour l'obésité : 7,3% d'enfants d'ouvriers non qualifiés sont obèses contre 1,3% des enfants de cadres. L'analyse des autres facteurs explicatifs du surpoids modéré (hors obésité) met en évidence des relations entre le sexe, la scolarisation en ZEP et les habitudes alimentaires et sportives de l'enfant, « *qui semblent jouer de façon complexe* ».

Les facteurs caractérisant un enfant en situation d'obésité sont, en revanche, « *plus homogènes* ». En dehors de l'influence toujours prédominante de la profession des parents, l'inactivité physique et le nombre élevé d'heures passées devant un écran jouent cette fois-ci sur la probabilité d'être obèse, aussi bien chez les filles que chez les garçons. Indépendamment de la profession du père et de la scolarisation en ZEP, les enfants de la région Nord-Pas-de-Calais ont un risque d'obésité nettement plus élevé que les enfants des autres régions.

Les auteurs de l'étude se sont, enfin, penchés sur l'influence du petit déjeuner. Les enfants qui en prennent un régulièrement sont moins souvent en surpoids (18%) que ceux qui en prennent moins de 4 fois par semaine (26%). Cette différence « *reflète d'abord un effet de la structure sociale de la famille* » mais elle ne dépend pas des caractéristiques sociales de la famille lorsqu'on ne prend en compte que les enfants obèses.

### 29% des enfants on un problème de vue

L'enquête montre que la santé bucco-dentaire est, également, moins bonne dans les catégories sociales les plus défavorisées. Cependant, quels que soient leur milieu social et leurs habitudes alimentaires, les enfants déjeunant régulièrement à la cantine ont moins de problèmes dentaires que ceux qui n'y mangent pas.

En ce qui concerne la vue, 29% des élèves de CM2 examinés par les médecins scolaires déclarent un problème de vue, avec une prédominance pour la myopie (11%). L'enquête a estimé à 12% la proportion d'enfants pouvant avoir une acuité visuelle de loin anormale, et donc à corriger, ou à mieux corriger quand elle l'est déjà.

Enfin, le taux de vaccination contre la rougeole est globalement de 95%. Il est plus fort au nord de la France et dans les Départements d'Outre-Mer, moins fort au sud. La couverture vaccinale contre la rougeole ne dépend, en revanche, pas significativement du niveau social, ni de la scolarisation en ZEP. ■

\*DREES, *Études et résultats* n°313, *La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002*, 12 pages.

### Situation clinique n°3 : Troubles obsessionnels compulsifs graves, évoluant depuis l'enfance, s'aggravant à l'adolescence

Il s'agit, à nouveau, d'un adolescent de 15-16 ans, présentant des troubles obsessionnels invalidants depuis plusieurs années, qui s'aggravent à la faveur d'un événement parfois repérable, de l'ordre de la perte et/ou de la blessure narcissique. Cliniquement, les rituels sont très envahissants, particulièrement le soir où ils accompagnent des difficultés majeures d'endormissement. Ce sont des rituels conjuratoires souvent de lavage (peur d'une contamination microbienne, jusqu'à la crainte pré-délirante d'avoir le SIDA). L'adolescent est réticent à évoquer sa symptomatologie obsessionnelle (« *je ne suis pas fou* ») et renforce ses attitudes de prestance à la mesure de son narcissisme fragilisé dont la précarité latente apparaît. C'est un adolescent qui tend à nier ses grandes difficultés scolaires et dénigre ses camarades de classe au profit de préoccupations intellectuelles ou sportives qu'il tente de valoriser.

C'est la situation type d'indication d'une hospitalisation en psychiatrie, si possible en unité de psychiatrie pour adolescents. Toute symptomatologie obsessionnelle atypique présente dès la latence, s'aggravant à l'adolescence, devrait faire l'objet d'une hospitalisation pour évaluation. Le pronostic n'est pas bon, comme chaque fois qu'une symptomatologie bruyante vient bouleverser le classique et nécessaire silen-

ce de la période de latence, et qu'un renforcement défensif, à mesure que se déploie la puberté, vient témoigner d'une atteinte psychique grave que le Moi s'efforce de contenir.

L'environnement familial montre, souvent, des troubles obsessionnels ou des traits de personnalité obsessionnelle chez l'un des parents, et la valorisation d'un secteur en apparence performant de l'adolescent, véritable investissement narcissique plus que libidinal comme c'est le cas dans les deux premières situations cliniques, d'un des parents tandis que l'autre s'efface. L'évocation du développement psychomoteur met, souvent, en exergue un enfant plutôt fermé, précoce sur le plan des acquisitions et... surstimulé dans ce champ ou au profit d'une seule activité et de la compétition qu'elle impose. L'environnement relationnel des pairs à la latence est restreint à ce champ.

L'adolescent se trouve ainsi brutalement en échec dans ce secteur d'investissement privilégié ; le renforcement des conduites obsessionnelles et l'accroissement de l'angoisse conduisent à une consultation spécialisée. Une prise en charge ambulatoire peut être tentée avec une chimiothérapie anti-obsessionnelle mais l'amélioration est insuffisante. L'hospitalisation s'impose. L'adolescent s'y intègre difficilement et tolère mal la séparation qui exacerbe son angoisse et ses rituels. Il supporte mal les limites, peut s'agiter ou transgresser les règles du service (fugue pour retourner chez ses parents). Les entretiens sont difficiles car l'évocation du passé est douloureuse et blessante,

entraînant une altération du contact, voire des troubles du cours de la pensée. La crainte de la perte des apprentissages scolaires est au premier plan ; parfois celle d'une contamination microbienne se dévoile. Un traitement est nécessaire : antidépresseurs sérotoninergiques à dose adaptée et neuroleptique sédatif ou antipsychotique à faible dose, benzodiazépine à demi-vie courte pour les recrudescences anxieuses. Les tests projectifs mettent en évidence des signes de dispersion avec des modes de fonctionnement variables, névrotiques ou psychotiques en faveur d'une dysharmonie évolutive de l'enfance, d'un état-limite, voire d'un enfoncement dans la psychose. A la sortie de l'hospitalisation, la seule prise en charge psychiatrique ne suffit pas et doit être étoffée d'un temps de soins institutionnel à temps partiel ou à temps complet, par exemple dans le cadre d'un établissement soins-études, permettant la reprise scolaire. Une psychothérapie peut être proposée dans un deuxième temps.

## Compréhension psychodynamique et approche psychothérapeutique

Malgré la contribution majeure de la psychanalyse à la compréhension des phénomènes obsessionnels, cette pathologie s'est révélée, le plus souvent, résistante à la cure psychanalytique classique, ce qui a conduit différents auteurs à adapter cette approche. De plus, de nouvelles modalités thérapeutiques telles que la thérapie cognitive-comportementale et les traitements médicamenteux se sont montrés efficaces et sont, maintenant, considérés comme des traitements de première intention. L'orientation thérapeutique se pose à partir de la compréhension psychodynamique des troubles obsessionnels-compulsifs à l'adolescence. Dans l'approche psychodynamique, la symptomatologie obsessionnelle-compulsive traduit un état de l'économie psychique d'un sujet en échec psychique face à ses conflits. Les obsessions et les compulsions peuvent être perçues comme des stratégies de contrôle et de maîtrise sur des expériences intérieures ou extérieures que l'adolescent estime, de façon réelle ou imaginaire, lui échapper. Ces stratégies permettent, en outre, de limiter l'hyperactivation émotionnelle et anxieuse. L'adolescence est, par essence, emblématique de la confrontation à des situations incontrôlables : puberté biologique, expériences liées à la perte, aux désirs sexuels ou à l'agressivité. Ph. Jeammet (1985) a bien décrit le paradoxe imposé à l'adolescent : la perspective de la séparation et de l'auto-

nomisation met à l'épreuve les ressources internes de l'adolescent, placé sous la double contrainte de s'assurer les investissements narcissiques nécessaires à son individualité et la quête objectale qui vient la nourrir mais du même coup la menace. Dans cette situation paradoxale, d'autant plus dangereuse que les bases identitaires sont fragiles, le recours aux conduites agies, dont les conduites obsessionnelles peuvent être rapprochées, répond à une stratégie qui permet, au sujet, d'éviter le travail d'élaboration psychique nécessaire par un contrôle total des échanges relationnels.

Tout comme l'adulte, l'adolescent, à travers les idées obsédantes et les compulsions, fait valoir des mécanismes psychiques d'isolation et d'annulation pour lutter contre l'érotisme anal ; cet érotisme anal représentant lui-même une fixation régressive à une pulsion partielle pré-génitale face à la menace de la résurgence pulsionnelle œdipienne. L'utilisation de ces mécanismes défensifs privilégiés, c'est-à-dire l'émergence de la symptomatologie obsessionnelle, qu'elle apparaisse ou se renforce à l'adolescence, cherche toujours à contrer (tout en en assouvissant une partie) les désirs incestueux et/ou fusionnels pour la mère, et les désirs agressifs et meurtriers à l'égard du père, les premiers venant renforcer les seconds et vice-versa. Cette fonction de compromis névrotique entre pulsion et défense permet, de manière parfois caricaturale, de mettre à distance un parent et de se rapprocher de l'autre sans que les mouvements pulsionnels n'apparaissent dans leur authenticité crue.

Cette modalité défensive névrotique ne correspond, pourtant, qu'à une partie des conduites dites obsessionnelles. L'autre renvoie à des mécanismes beaucoup plus archaïques, notamment lorsque les investissements obsessionnels se limitent à certains secteurs. Ils renvoient alors à une tentative d'encryptement d'une inclusion mélancolique ou d'enkystement d'une position psychotique marquée par les menaces diverses de dissociation et d'éclatement, bien plus qu'une défense contre les pulsions génitales. C'est le maintien d'un sentiment d'individualité qui prime, face à ce qui apparaît souvent évident cliniquement, par exemple la lutte face à l'emprise de l'objet maternel.

Lorsque les troubles obsessionnels sont anciens et laissent présupposer une pseudo-structuration œdipienne à l'abord de la latence dans le contexte d'une fragilité narcissique soit parce que l'enfant a été investi comme objet narcissique réparateur d'une faille parentale (situation clinique n°3) soit parce qu'il n'a pu être séparé de sa mère pour des raisons diverses et que le père n'a pu exercer sa fonction de

## LIVRES

### L'école n'est pas une entreprise

**Le néo-libéralisme à l'assaut de l'enseignement public**

Christian Laval

*La Découverte / Poche, 11,50 €*

L'école est soumise à des pressions pour qu'elle se conforme aux nouveaux commandements du néo-libéralisme auxquels toute institution doit se soumettre. Le système éducatif n'y échappe pas : dans ce nouveau modèle, il est menacé de se réduire à la formation du « *capital humain* » nécessaire aux entreprises. En s'appuyant sur une enquête, Christian Laval montre comment les « *recommandations* » des experts de l'OCDE, de la Banque mondiale, de l'OMC et de l'Union européenne ont été appliquées par les différents gouvernements français depuis les années 1980. Elles se sont traduites par une réorganisation managériale des établissements scolaires, mis en concurrence entre eux pour assurer la liberté de choix des « *consommateurs d'école* », par une « *professionnalisation* » toujours plus poussée des études, par une décentralisation qui n'a rien à voir avec la démocratie promise. Les enseignants sont sommés de participer, activement, à cette métamorphose de l'école publique, qui ouvre la voie à une marchandisation générale des savoirs et des apprentissages et à un renforcement des inégalités.

Mais la réalisation intégrale de l'école néo-libérale n'a rien de fatal pour l'auteur. Résistances sourdes, luttes collectives, prise de conscience des dangers de cette mutation imposée par la globalisation du capitalisme : les acteurs de l'école doivent affronter un débat crucial qui engage, aussi, le modèle de civilisation que nous voulons.

### Esthétique et schizophrénie

**A partir de *Zabriskie Point* de M. Antonioni, *Au hasard***

***Balthazar* de R. Bresson et *Family viewing* d'A. Egoyan**

Clotilde Simond

*L'Harmattan 25,50 €*

L'esthétique vise, dans ce livre, la question du sensible. Quant à la schizophrénie, elle est un concept critique plus que clinique et fait office de paradigme nécessaire à la promotion d'une singulière théorie du sensible. L'auteur se réfère au modèle de la psychanalyse, et à son anti-modèle pensé sous l'égide de Deleuze et Guattari. L'ouvrage développe trois analyses filmiques : *Zabriskie Point* de Michelangelo Antonioni (1970), *Au hasard* Balthazar de Robert Bresson (1966) et *Family viewing* d'Atom Egoyan (1987).

Modèle critique d'approche des œuvres d'art, la schizophrénie n'est pas l'occasion d'une théorie renouvelée sur l'art, au sens où l'esthétique est entendue comme discours sur l'art. Mais elle est davantage l'occasion d'une théorie du sensible. Cette problématique prend des formes plurielles, interrogeant la perception, le régime métaphorique et le statut du récit. L'ouvrage se constitue de deux volets, dont le premier consiste à s'installer auprès des films, les prenant comme autant d'expériences et de propositions offertes au questionnement. Avec ces trois films, il ne s'agit pas tant de trouver le même sous la diversité que de reposer, certes, la même question mais qui s'avère sans cesse reformulée.

Le second volet consiste à exploiter, de nouveau, la pulvérisation de la médiation représentative expérimentée lors des analyses de films, en parcourant la philosophie deleuzienne à travers la notion de réel.

## ECOLE DE PSYCHANALYSE FORUMS DU CHAMP LACANIEN

### «Les traumatismes : causes et suites»

Journées des 4 et 5 décembre 2004

*Traductions simultanées en espagnol et italien*

\*\*\*

Cité des Sciences et de l'Industrie

Centre des Congrès

30 avenue Corentin Cariou - 75019 Paris

\*\*\*

Renseignements et inscriptions : 01 56 24 22 56 ou

[www.champ-lacaien.org](http://www.champ-lacaien.org)

Inscriptions : 120 €. Etudiants avec justificatif : 60 €.

Formation permanente (n°11753361275) : 250 €.

A l'ordre de FCL-Journées, 118 rue d'Assas, 75006 Paris

## LIVRES

## Lire et critiquer un article médical

## Principes de lecture critique et exercices pratiques corrigés

Jean-François Bergmann, Olivier Chassany, Jean-Pierre Fauvel, Patrice Queneau

Expansion Scientifique Française  
40 €

Le constat est simple : « la science médicale s'exprime et progresse par la littérature scientifique, au sein de laquelle il est difficile de distinguer le bon grain de l'ivraie : la vérité 'vraie' solidement démontrée (...) à la différence de conclusions hâtives basées sur des données insuffisamment démontrées ». D'une formule de bon sens, les auteurs justifient la nécessité, pour tout praticien et a fortiori tout futur praticien, d'acquiescer une « formation à la lecture critique d'un article médical ». Écrit à l'initiative de l'Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique (APNET), cet ouvrage se veut un guide complet de décryptage des publications médicales.

tiers différenciateur, l'ancrage archaïque des défenses obsessionnelles domine et son renforcement névrotique potentiel à l'adolescence est d'autant plus limité. L'obsessionnalisation œuvre laborieusement, comme en témoignent le peu de refoulement, la présence de l'angoisse, la massivité des identifications et, avec elle, le risque d'appauvrissement psychique. Il est donc tout à fait impératif, en vue d'établir un diagnostic structurel, de ne pas se limiter à un repérage sémiologique de ces symptômes mais d'évaluer leur poids économique et dynamique dans la structure de l'adolescent en cours de remaniement, afin d'offrir le dispositif thérapeutique le plus adapté, pouvant prétendre à la reprise des processus propres de l'adolescence, le redéploiement de la problématique œdipienne et l'accès à ses possible issues structurantes. Sachant que le risque redouté est celui de l'organisation obsessionnelle, c'est-à-dire la déconnexion des conduites obsessionnelles de leurs liens génétiques au profit de la constitution d'une pseudo-identité comme pôle organisateur de la personnalité, l'enjeu de l'approche thérapeutique des troubles obsessionnels compulsifs à l'adolescence est d'éviter la réorganisation de la personnalité et des modalités relationnelles. Un tel enjeu ne peut être atteint que

par la conjugaison systématique d'un double objectif : veiller à rechercher le sens du symptôme dans l'organisation globale de la personnalité et dans la dynamique familiale (une thérapie familiale peut être proposée si celle-ci paraît déterminante dans la genèse des symptômes) et réduire par des stratégies multiples l'importance des symptômes. Si ceux-ci paraissent trop déconnectés du réseau associatif, il peut être nécessaire, en parallèle à une psychothérapie, d'intervenir de manière spécifique par les thérapies cognitivo-comportementales et/ou les traitements médicamenteux qui ont montré leur efficacité dans les TOC de l'adolescent. Les premières sont, comme chez l'adulte, basées sur le principe de l'exposition et de la prévention à la réponse. Pour J.L. Rapoport et coll., il s'agit, fondamentalement, d'un processus d'extinction ou de réapprentissage qui permet, grâce à une exposition répétée aux situations sources d'angoisse, de produire un phénomène d'habituation et une réduction progressive de l'anxiété. Les thérapies cognitivo-comportementales trouvent leur indication d'élection dans les situations où l'on retrouve des compulsions comportementales accessibles en réponse à des obsessions, alors qu'elles sont moins efficaces devant des obsessions isolées ou des compulsions mentales.

En ce qui concerne les traitements, seuls les antidépresseurs sérotoninergiques et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ont montré leur efficacité dans le traitement des TOC tant chez l'adulte que chez l'enfant et l'adolescent. L'effet anti-obsessionnel de ces traitements serait distinct de leur effet antidépresseur. La réponse thérapeutique maximale peut demander six à huit semaines pour apparaître. On observe une grande variabilité individuelle dans l'amplitude de la réponse thérapeutique mais il s'agit, le plus souvent, d'une réduction plus que d'une disparition complète des symptômes. L'arrêt du traitement s'accompagne, souvent, d'une rechute. En conclusion, actuellement, un traitement cognitivo-comportemental ou pharmacologique, l'association des deux ou leur succession, est le traitement de première intention pour réduire la symptomatologie obsessionnelle-compulsive chez l'adolescent. Elle doit, néanmoins, s'accompagner d'une prise en compte du contexte psychologique et familial au vu de l'importance des réaménagements familiaux induits par l'adolescent souffrant de TOC. Une guidance familiale, et une information sur le TOC à l'adolescence, permet d'améliorer le fréquent sentiment de honte et d'aider la famille à différencier les comportements liés aux TOC de

ceux qui ne le sont pas et de favoriser la prise de distance au profit de modalités relationnelles plus adaptées. Dans les cas les plus graves, un traitement institutionnel (hospitalisation) et/ou une séparation du milieu familial peut se révéler nécessaire. ■

Emmanuelle Sabouret\*

\*Pédo-psychiatre, Clinique Dupré, 30 av. Franklin Roosevelt, 92330 Sceaux.

## Bibliographie

- (1) DIATKINE G., *Obsessions et névrose obsessionnelle*, in Lebovici S., Soulé M., Diatkine R., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF 1997, 2, 66, 1131-1157.
- (2) FLAMENT M., WHITAKER A., RAPOPORT J.L., *Obsessive compulsive disorder In adolescence: an epidemiologic study*, J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 1998, 27, 764-771.
- (3) JEAMMET P., *Eros et folie dans la névrose obsessionnelle*, Neuropsychiatrie de l'enfance 1985, 33, 11-2, pp. 457-467.
- (4) MARCELLI D., BRACONNIER A., *Adolescence et psychopathologie*, Paris, Masson 1995.
- (5) OLIVRY E., *Les troubles obsessionnels compulsifs à l'adolescence*, Perspectives Psychiatriques 2000, 39, 5, 366-371.
- (6) RAPOPORT J.L., INOFF-GERMAIN G., *Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents*, J Child Psychol Psychiatry 2000, 41, 4, pp. 419-431.

### Conséquences des maltraitances sexuelles : reconnaître, soigner, prévenir

Ed John Libbey Eurotext 58 €

La Fédération française de psychiatrie publie les conclusions de la conférence de consensus qu'elle a organisée, en novembre 2003, sur le thème des maltraitances sexuelles et ses conséquences. Les experts font le point sur les éléments et les outils permettant de reconnaître une maltraitance sexuelle récente ou ancienne, avec ses spécificités chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte et la personne âgée. Ils expliquent, également, comment aborder et traiter les conséquences associées à une maltraitance sexuelle et comment prendre en compte le rôle de la famille dans cette prise en charge.

### Soins sous contrainte en psychiatrie

Les guides de l'AP-HP  
Ed. Doin/Lamarre 25 €

Juriste spécialiste en droit de la santé, Marc Dupont (université René-Descartes, Paris V) publie, en collaboration avec l'AP-HP et l'EPS Maison-Blanche, un ouvrage exposant les dispositions légales et la jurisprudence dans le domaine de la santé mentale avec, notamment, l'application des procédures légales dans les situations d'urgence, l'acheminement à l'hôpital de patients refusant l'hospitalisation, la communication du dossier médical, les visites de la famille...

### Les jeunes suicidants à l'hôpital

Marie Choquet et Virginie Granboulan  
Préface de Philippe Jeammet  
Postface de Patrice Huerre  
Editions médicales et scientifiques,  
21 €

Le suicide constitue la deuxième cause de décès pour les 15-24 ans, et ce malgré une diminution des taux de suicide d'environ 15% depuis 1985. Actuellement, les jeunes meurent plus par suicide en France qu'en Italie ou en Grèce, aux Pays-Bas, au Portugal ou au Royaume-Uni. Quant à la morbidité suicidaire (tentative de suicide non suivie de décès), le problème persiste et s'aggrave. Là encore, la France n'est pas en bonne position. Une enquête européenne a montré qu'entre 1989 et 1992 l'incidence a diminué en moyenne de 18% pour les garçons et de 11% pour les

filles de 15 à 24 ans, sauf en France où elle a augmenté.

Si les facteurs de risque de tentative de suicide sont mieux connus, le mode de prise en charge hospitalière et le devenir des suicidants hospitalisés restent peu explorés. La Fondation de France a pris l'initiative, en 1997, de lancer l'enquête *Jeunes Suicidants à l'Hôpital*. Réalisée sous la direction de Marie Choquet, épidémiologiste, directeur de recherche à l'Inserm, et Virginie Granboulan, pédo-psychiatre, praticien hospitalier au Centre hospitalier intercommunal de Créteil, l'enquête a été organisée, entre 1997 et 1999, dans neuf centres hospitaliers, auprès de 582 jeunes, hospitalisés après une tentative de suicide, et de leur famille. Elle visait à explorer les questions suivantes : Qui sont ces jeunes suicidants hospitalisés ? Quelles sont leurs caractéristiques sociales, familiales et psychologiques ? Comment

vivent-ils au quotidien ? Comment sont-ils pris en charge à l'hôpital pour leur tentative de suicide ? Que pensent les jeunes et leurs parents de cette prise en charge ? Que sont devenus ces jeunes un an plus tard ? Quelles différences y a-t-il selon le sexe et l'âge ? Autant de thèmes, analysés à partir de cette enquête, qui permettent de mieux connaître ces jeunes « en mal de vivre » et surtout de bousculer bien des idées reçues les concernant...

### A quoi sert la sociologie ?

Sous la direction de Bernard Lahire  
La Découverte / Poche, 7,50 €

Si la sociologie doit avoir une quelconque utilité, quelle doit en être la nature : politique (sociologue-expert, sociologue-conseiller du prince, sociologue au service des luttes des dominés), thérapeutique (la sociologie comme socio-

analyse et moyen de diminuer les souffrances grâce à la compréhension du monde social), cognitive (la sociologie comme savoir n'ayant d'autre objectif que d'être le plus scientifique possible) ? A l'heure où les politiques sont parfois tentés de dénoncer le « sociologisme », notamment en matière de sécurité, l'actualité rappelle que la sociologie est une discipline académiquement moins « légitime » que d'autres, une science particulièrement exposée aux demandes de justification ou aux remises en question de ses résultats. Mais si la situation (sociale, académique et cognitive) singulière de la sociologie la met dans une situation, inconfortable, dans le même temps, cette demande de réflexivité peut se révéler productive.

Ont collaboré à cet ouvrage Robert Castel, Philippe Corcuff, Claude Dubar, Claude Grignon, Samuel Joshua, Danilo Martuccelli, Louis Quéré, François de Singly.

### Abdelaziz, Moumouni, Petru, Trung, Pierre, et les autres... ou Une certaine vision de la médecine et de la santé dans le monde francophone

André Gouazé

Expansion Scientifique Française

André Gouazé, Professeur d'Anatomie et Neurochirurgien des Hôpitaux, membre du Haut conseil de la francophonie de 1985 à 2002, a consacré déjà plusieurs ouvrages à la médecine. Mais cette fois-ci, il délaisse les arcanes scientifiques pour évoquer, dans un récit, sa vision du monde francophone de la santé. Il livre dans cet ouvrage son attachement à cette « francophonie médicale » qu'il a côtoyée tout au long de sa carrière, au fil des voyages et des rencontres.

### La vision de Dieu aux multiples formes

Guiral Ot

Librairie Philosophique J. Vrin 33 €

Guiral Ot, né vers 1285 à Camboulit, près de Figeac est mort en 1349. *Doctor Moralis*, son œuvre éthique exerça une influence jusqu'à la Renaissance. Mais il est aussi l'auteur d'importants traités de physique et de logique, ainsi que de plusieurs commentaires scripturaires. Entré jeune dans l'ordre des frères Mineurs, il y enseigne et est élu à sa tête en 1329. Nommé Patriarche d'Antioche en 1342, et archevêque de Catane, il meurt de la peste dans cette ville et est enterré dans sa Cathédrale. Le *Traité sur La vision de Dieu aux multiples formes* rapporte une dispute tenue à Paris en décembre 1333 alors que la querelle de la vision béatifique est à son paroxysme. Pour Guiral Ot, la vision définitive atteinte par les bienheureux lors du jugement dernier ne saurait résulter d'une intensification de celle dont jouissent déjà les âmes séparées des saints. Le roi obtiendra une rétractation de ce partisan de la thèse de Jean XXII, en présence des principaux théologiens de sa capitale. Mais c'est en fait à la position de Jacques Fournier qui deviendra l'année suivante le pape Benoît XII que s'oppose Guiral Ot. Son texte met en relation plusieurs questions brûlantes de l'époque : la vision béatifique, l'intensification et le relâchement des formes, le temps et l'éternité, la dimension spéculative ou la pratique de la théologie.

## COLLEGE CLINIQUE DE PARIS

### Formations cliniques du Champ Lacanien

118, rue d'Assas - 75006 Paris - Association Loi 1901

*Le Collège clinique de Paris, créé en 1998, a pris une option dans la psychanalyse : celle de suivre l'œuvre de Lacan et les principes selon lesquels il avait fondé la Section clinique à Paris en 1976*

Le thème pour l'année 2004-2005 est :

### «Que faisons-nous des symptômes»

Début des activités : **Octobre 2004**

Les enseignements proposés se répartissent ainsi :

- des Unités cliniques se déroulant dans des services de psychiatrie,
- des études de textes, des études de cas,
- des séminaires de théorie psychanalytique,
- des Journées du Collège.

Première Journée : **samedi 16 octobre 2004**

Montant de l'inscription :

Individuelle : 230 € • Etudiant : 150 €

Formation permanente : 600 €

Formation médicale continue : 350 €

### Stages 2004/2005

#### Adolescences

26, 27 et 28 janvier 2005

#### L'emprise des objets : addiction et abstinence

22, 23 et 24 juin 2005

#### Normes et perversions

19, 20 et 21 octobre 2005

Montant de l'inscription :

Formation continue : 450 €

Renseignements (plaquette envoyée sur demande)

Secrétariat - Tél. : 01 56 24 14 66 - Fax : 01 56 24 22 37 • e-mail : collegeclinique-paris@wanadoo.fr

Bref, surprise totale pour tous, d'autant plus que cette réforme modifiait, au passage, les conditions de l'internat pour la promotion de 2001 qui avait fait son choix de filière et de ville 2 mois auparavant : donc un décret rétroactif. Plusieurs points nous choquent :

1/ 25 % de temps de formation pratique en moins (2 semestres sur 8).

2/ Inutilité de ces stages hors filière : après un an de stage hors filière (dans les conditions de choix de stage que l'on sait), nous ne serons pas de meilleurs psychiatres, nous n'aiderons pas mieux nos patients. Nous sommes déjà tout à fait sensibilisés aux problèmes de diagnostic différentiel et ne confondons plus une hypoglycémie avec une hallucination psychotique, ni une crise d'angoisse avec une embolie pulmonaire. De plus, les quelques connaissances acquises en médecine ne seront suivies d'aucune FMC, et seront donc caduques rapidement. La médecine est un art complexe. Nous ne pouvons, déontologiquement, pas être les généralistes de nos patients. Le manque d'internes dans les services de médecine, programmé depuis quelques années, ne peut être comblé par des spécialistes en psychiatrie. C'est un choix politique qu'il faut oser prendre. Le vieux rêve de « spécialistes omniscients » aiderait sûrement nos ministres à réorganiser les soins : il n'est pas réaliste.

3/ Inutilité pour les services accueillants : l'interne de psychiatrie dans un service de médecine ne peut remplacer un interne de la spécialité pour le fonctionnement du service. Il est exigeant en formation de base et n'apporte pas beaucoup.

4/ Cette réforme amène donc de nouvelles difficultés... mais ne répond à aucun besoin, à aucune demande. Elle s'intègre dans une réforme globale où on demande aux néphrologues de passer en réanimation, ou aux dermatologues d'aller, eux aussi, hors-filière.

Nos dirigeants ne se sont-ils pas aperçus

## DES de Psychiatrie : ne confondons pas amélioration de la formation et gestion de la pénurie programmée d'Internes\*

que ce type de stage pour les psychiatres est d'une nature différente ?

### Où en sommes nous depuis 2001 ?

Nous devons, tout d'abord, remercier les universitaires réunis au sein du CNUP<sup>(1)</sup>, qui ont rapidement posé un moratoire sur l'application de cette réforme.

Un rapide sondage national concernant cette réforme, auprès des internes en psychiatrie révélait sans surprise, par ordre de préférence :

1/ Retour à l'ancienne maquette sans stage hors-filière.

2/ Si, et seulement si, impossibilité de cette première solution : passer à 5 ans, pour garder un minimum de formation en psychiatrie. Notons que les recommandations européennes proposent également 5 ans d'internat pour la psychiatrie, mais en réunissant, sous une même durée, des internes de pays où les conditions sont peu comparables en contenu de formation, en horaires de travail, en salaire, en responsabilité, etc. Il est vrai que la durée est un critère plus facile à harmoniser !

Le pire serait un post-internat obligatoire. Option que nous refusons « *parce qu'il semble fondamental de préserver la liberté du choix d'un poste d'assistant ou de CCA à l'issue de l'internat. Le caractère obligatoire est toujours une menace pour la liberté individuelle...* ». On note aussi que dans de nombreuses régions, ces postes sont très peu nombreux, et que les besoins en PH sont énormes (et que le secteur 2 n'intéresse personne - vu le faible coût de l'immobilier et la clientèle locale).

L'AFFEP<sup>(2)</sup> et l'ISNIH<sup>(3)</sup> sont donc allés rencontrer les conseillers des précédents ministres de la santé (Dr Thibaut, urologue) et de l'Education Nationale (Dr Desnos, cardiologue) le 19 février 2003. Nous avons été écoutés, certes... mais pas compris ! Il était difficile de discuter et d'argumenter, quand on entendait d'une membre du ministère de l'Education Nationale : « *en tant que future utilisatrice potentielle, je voudrais que mon psychiatre soit formé, par exemple, en cancérologie* ». Nous nous étonnons bien sûr qu'elle n'ait pas la préoccupation que son psychiatre ait, avant tout, une bonne formation de psychiatre ce qui témoigne de sa connaissance très superficielle du dossier. A moins de se lancer dans des interprétations sur son désir de voir un psychiatre, ou sur son intérêt (personnel, familial ?) pour la cancérologie, il était difficile de dialoguer. Et effectivement, de dialogue, il n'y en a pas eu. Les conseillers des ministres, insensibles aux arguments relatifs à la complexité de la psychiatrie, semblaient penser que la pratique clinique d'un psychiatre est autant liée à celle d'un pneumologue que peut l'être celle d'un cardiologue. L'AFFEP a alors cherché à contacter les syndicats de psychiatres.

### Une étape clé : les Etats Généraux de la Psychiatrie

En juin 2003, plus de 2000 professionnels de la psychiatrie se sont réunis à Montpellier (en pleine période de grève des transports). L'AFFEP y a été très impliquée, dès l'organisation. Parmi les 22 mesures d'urgence pour la psychiatrie, on trouvait celle-ci : « *annulation de l'obligation des stages hors-filière* ». Au-delà, ce grand mouvement a permis à tous les syndicats de psychiatres de se réunir en une grande confédération, pour une raison simple : nous ne sommes pas d'accord avec la façon qu'ont nos tutelles de gérer la psychiatrie. Les visions administratives, comptables, qui se développent ne servent plus à faciliter l'exercice de nos métiers mais représentent de plus en plus des obstacles. Finalement, le malaise général s'est résumé ainsi « *j'aime mon métier, mais je n'aime pas la manière dont on me demande de le faire aujourd'hui* ».

Notre ministre de la santé recevant la délégation des Etats Généraux a confirmé notre inquiétude : « *la psychiatrie, c'est particulier : c'est de la médecine avec du social* » a-t-il dit. Nous verrait-il comme des médecins des difficultés psychiques d'origine sociale ?

### Accumulation de nouvelles obligations pour résoudre les difficultés : l'augmentation du nombre de stages à effectuer en CHU.

Nous ne sommes pas encore au bout de nos peines. Le débat a été relancé, et s'est compliqué. Lors d'une réunion du 2 décembre 2003, les universitaires psychiatres (CNUP) et les Doyens des facultés acceptaient « *unanimentement* » nos stages hors-filière obligatoires, relançaient l'idée d'un post-internat obligatoire ou d'un allongement de l'internat d'un an, et ajoutaient leur nouveau cheval de bataille : leurs services étant désertés par les internes, ils demandent tout simplement de rendre obligatoire plus de stages en CHU<sup>(4)</sup> (quadrupler !). L'association (AFFEP) et le syndicat (SIHP) des internes n'ont pas vu d'un bon œil cette façon de nous convaincre de l'intérêt de la formation apportée en CHU. L'argumentation

des universitaires est basée sur l'idée que nous cherchons des services où la charge de travail est moins lourde. Disons-le nettement, beaucoup d'internes cherchent des services où la charge de travail *hors psychiatrie* est effectivement moins lourde : ils s'étonnent d'avoir à être psychiatre, généraliste, secrétaire, informaticien du PMSI, et d'autres tâches encore, parfois seuls dans ces services de CHU, sans bien comprendre pourquoi ils sont si peu encadrés, et en quoi les patients bénéficient de toute cette agitation quand ils sont si rapidement sortis du service. Ces internes ont d'ailleurs peut-être tort, mais je doute que doubler ou quadrupler le temps obligatoire à passer en CHU pendant l'internat améliore cette image.

D'ailleurs, on remarque parmi les internes qui disent avoir une vocation à travailler en CHU, beaucoup sont en première année, et ne sont pas encore passés ailleurs. En fin d'internat, les avis changent ! Et finalement, on trouve aujourd'hui des postes de Chef de Clinique-Assistant en CHU au cœur de Paris, sans avoir à réserver longtemps à l'avance.

Il est donc, effectivement, urgent de redorer le blason de la psychiatrie universitaire... J'aurais pensé plus intéressant de le faire avec les internes, que dans un bras de fer contre eux.

### Nos besoins réels

Dans tout ça, depuis 2 ans, personne ne se préoccupe du contenu de notre formation (mais seulement du contenant, chacun essayant de tirer la couverture à soi en période de pénurie annoncée de médecins). Alors que l'on veut nous imposer un internat plus long d'un an, ou un post-internat obligatoire de deux ans, ou encore plus de stages en CHU, aucun débat n'a lieu en ce qui concerne la formation, par exemple, aux psychothérapies ! Pourtant, c'est bien là qu'est le vrai problème des internes en psychiatrie. Dans deux sondages auprès des internes réalisés par l'AFFEP en 1998 et 2000, c'était la première préoccupation pour 80 % des internes. Aucune évolution depuis.

La vraie lacune du DES de psychiatrie, ce n'est pas la durée, ou un éventuel complément de formation en médecine générale, mais le cœur même de la psychiatrie. Il se trouve qu'en 4 ans, il n'est pas obligatoire d'avoir même une initiation aux psychothérapies pour un futur psychiatre ! et notre gouvernement se préoccupe de notre formation en médecine pendant que nos universitaires veulent nous imposer de remplir leurs services. Nos patients viennent, pourtant, nous voir en tant que spécialistes du fonctionnement psychique. Puisque nous avons choisi cette voie, la plupart d'entre nous comblent d'eux-même, fort heureusement, cette sérieuse lacune. Nos tutelles ne se trompent-elles pas de réforme ? Croiraient-elles que le traitement de nos déprimés se résume à une ordonnance de Prozac ?

Les modifications, aujourd'hui, nécessaires à la maquette du DES de psychiatrie sont donc :

- l'annulation de l'obligation de stages hors-filière qui doivent rester possibles mais facultatifs ;

- le maintien de la liberté de choix des stages. Un seul stage obligatoire en CHU, c'est déjà beaucoup puisqu'il n'y a pas ce type d'obligation pour les autres structures. En psychiatrie, le CHU est souvent (inégalité régionale oblige) une vision très partielle de notre activité (recherche, orientation neuroscientifique). Nous cherchons, avant tout, à acquérir le savoir nécessaire à la pratique de notre spécialité, ce qui nécessite d'aborder la psychiatrie de secteur, mais aussi des services où sont pratiqués les thérapies familiales, comportementales ou psychanalytiques, ou encore la psychiatrie pénitentiaire, ou

## LIVRES ET REVUES

### Education et utopie

Anne-Marie Drouin-Hans

Librairie Philosophique J. Vrin 28 €

Parler d'utopie à propos d'éducation, c'est tantôt dénoncer des propos illusoire, tantôt appeler le rêve ou l'invention. Or, avant d'être la source de tels jugements contradictoires, l'utopie fut d'abord une île et raconta le roman de la perfection, rendue possible en pensée. L'auteur propose, tour à tour, une épistémologie de l'imaginaire utopique, une analyse des projets éducatifs portés par les grands récits utopiques, enfin une éthique de l'imaginaire utopique. Des premières utopies du XVI<sup>e</sup> siècle aux contre-utopies, sa réflexion réunit Thomas More, Campanella, Bacon, Foigny, Veirasse, Fontenelle, Cabot, Morris, Skinner... étudiant ces constructions rationnelles qui sont des rêves. Car la représentation même de la perfection a ses faiblesses ; et, pour éviter le pire par le meilleur, il faut encore espérer et toujours inventer.

### Outils et méthodes statistiques pour les politiques de santé et de protection sociale

Dossiers solidarité et santé n°1

La Documentation française 11,20 €

La Direction de la recherche et des études de l'évaluation des statistiques (DREES) propose le premier numéro d'une série, « *Dossiers solidarité et santé* ». Publié par la Documentation française, le premier numéro est consacré aux « *Outils et méthodes statistiques pour les politiques de santé et de protection sociale* ». « *Peut-on estimer les dépenses sociales liées à la perte d'autonomie ?* », de Julien Bechtel et Laurent Caussat, « *Peut-on quantifier les besoins de santé* », de Chantal Cases et Dominique Baubeau, « *Quelles problématiques et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité* » de Frédéric Bousquet, font, notamment, partie des contributions à ce dossier.

### Les années-collège

#### Quatre ans pour se construire

Nicole Catheline et Véronique

Bedin

Albin Michel

Nicole Catheline, qui s'intéresse au registre scolaire, ce qui l'a fait connaître dans les milieux professionnels, dirige une structure pilote pour adolescents en échec scolaire (Mosaïque) au Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers. Elle a publié *Psychopathologie de la scolarité, de la maternelle à l'université* (Editions Masson, coll « *Les âges de la vie* », 2003). Dans ce livre, plus particulièrement destiné au grand public, elle montre qu'il est possible d'utiliser certains changements, en particulier le développement de la pensée abstraite chez les adolescents pour limiter, voire transformer positivement, les effets des autres bouleversements, corporels, psychologiques. Par ailleurs, elle propose d'aider les parents à repérer les signes de malaise ou de difficultés chez l'adolescent et de leur apporter les réponses pertinentes.

Au-delà de ces préoccupations concrètes des parents, Nicole Catheline plaide pour que le collège s'adapte aux transformations du grand enfant sans les accélérer. Le jeune devrait, en effet, pouvoir tirer profit de son passage au collège et les adultes l'accompagner au mieux dans ces années qui le mèneront à sa vie d'adulte. Passer de l'individu à l'équipe, c'est permettre à l'adolescent de se structurer lui-même tout en apprenant les logiques de l'autre. Quatre ans pour se construire : c'est une vraie chance qui est donnée aux jeunes ados.



## PROGRAMME 2004-2005

19<sup>e</sup>me Journée d'études, samedi 20 octobre 2004 : 9h/17h

animée par Gérard BONNET :

### L'AUTOANALYSE l'enfant caché de la psychanalyse

avec Jean François CHIANTARETTO ; Alain DE MIJOLLA, Geneviève DELAISI de PARSEVAL ; Anne LANNEGRACE

#### • JOURNÉES FORMATION : mardis 9h/17h

19 oct. 2004 : *L'homosexualité*, Gérard BONNET

16 nov. 2004 : *L'institution est-elle thérapeutique*, Benjamin ABDESSADOK

07 déc. 2004 : *Dépression et mélancolie*, Paul-Laurent ASSOUN

25 jan. 2005 : *Les psychothérapies*, Bernard BRUSSET

15 fév. 2005 : *Le jeu chez l'enfant et l'adolescent*, Christian FLAVIGNY

22 mars 2005 : *Désir et jouissance*, Paul-Laurent ASSOUN

19 avril 2005 : *Clinique de recompositions familiales*, Odile BOURGUIGNON

24 mai 2005 : *Famille et symptôme*, Paul-Laurent ASSOUN

21 juin 2005 : *Le regard dans la vie psychique*, Gérard BONNET

#### • CYCLE D'INTRODUCTION À LA PSYCHANALYSE : cours des lundis soirs du 4 novembre 2004 au 23 juin 2005.

19h30/20h30 : *L'inconscient dans la vie quotidienne*, Gérard BONNET

20h30/22h : un lundi sur deux, en alternance :

(a) *Les grandes entités cliniques*, Benjamin ABDESSADOK

(b) *Les étapes du développement psychique*, Thierry BRACONNIER

#### • Les LIEUX - Cours les lundis soirs : 95 rue de Reuilly, Journées Formation : 3 place Maurice de Fontenay, 75012 Paris.

E.P.C.I. Tél : 0143 07 89 26, C.C.P. Paris, 22 200 92 Z - N° d'organisme formateur 1175 10 10175. Inscriptions au siège social : E.P.C.I. 1 rue Pierre Bourdan, 75012 Paris

**Directeur fondateur** : Gérard Bonnet, Docteur en Psychologie-psychanalyse, Psychanalyste à l'(A.P.F.) Association Psychanalytique de France.

**Conseil d'Administration** : B. Abdessadok, Psychanalyste (S.P.F.) ; A. Bernard, Formatrice ; C. Flavigny, Psychiatre, Psychanalyste (A.P.F.) ; P. Lacroix, Psychiatre ; J.-P. Maïdani-Gérard, Dr en Psychanalyse (S.P.F.) ; M.-F. Patti, Psychologue-Psychothérapeute ; N. Roux, Chef d'entreprise ; M. Zard, Dr en Psychologie, Psychanalyste (S.P.P.).

**Comité de Patronage** : J. Gagey, J. Guyotat, B. Jolivet, J. Kristeva, J. Lesourme, C. Louis-Combet, M. Milner, M. Neyraud, J. Postel, G. Rosolato, F. Roustang.

## REVUES

## Transmission

*Confrontations Psychiatriques n°44*

En pleine interrogation sur elle-même, la psychiatrie souffrirait-elle, comme le laisse entendre dans ce numéro Jean Guyotat, d'un malaise de la transmission ? Que devient la relation triangulaire maître-élève-patient sur laquelle se fondait naguère l'enseignement individuel ou groupal de la clinique ? Hélène Chaigneau en rappelle la richesse en évoquant tradition et remémoration. C'est aussi sur ces lieux de mémoire qu'insiste Serge Tisseron, avec leur poids de secrets et de non-dits qui peuvent parasiter les conditions affectives de la transmission. Michel Marie-Cardine décrit l'enseignement de la psychiatrie, dans les Facultés de médecine, en distinguant entre psychiatrie proprement dite, psychologie médicale, médecine psychosomatique, et en regrettant l'insuffisance de la formation psychothérapique. Marc Bourgeois redoute une absence de transmission des travaux psychiatriques français, et espère que la pédagogie médicale finira par un mariage de raison entre EBM et groupes Balint.

Laurent Schmitt, Philippe Birmes et Michel Escande font part de leur réflexion sur les diverses modalités de la transmission en psychiatrie, transmission d'un savoir, d'un savoir être et d'un savoir-faire, ainsi que sur les différentes techniques pédagogiques qui permettent cette triple transmission.

D. Pringuey et ses collaborateurs défendent une méthodologie groupale différente, en rupture avec la tradition balintienne.

S.-J. Darmoni, F. Thibaut et J. Weber proposent une université médicale virtuelle où l'enseignement serait basé sur la relation de l'étudiant avec son ordinateur.

Cyrille Koupernik plaide pour un « dualisme opérationnel » entre le corps et l'esprit, les médicaments et la psychothérapie, J.-D. Gueffi et M.-A. Crocq ramènent le DSM, souvent diabolisé, à sa juste mesure. Ils en rappellent les principes, en montrent l'intérêt, mais aussi les possibles mésusages. On est à cent lieues, évidemment, de la tradition psychiatrique française, telle que la représente l'œuvre de Henry Ey. Jean Garrabé rappelle les grandes lignes de cette œuvre magistrale, à laquelle s'est abreuvée toute une génération. Pierre Fedida défend la référence psychopathologique.

D'autres articles étudient les modalités de la transmission dans trois champs spécifiques de la pratique psychiatrique. Pierre Lambert et Paul Broussolle racontent l'aventure des médicaments psychotropes à partir de leur expérience au sein du Comité lyonnais de recherche en thérapeutique psychiatrique, Jacques Pellet et François Lang dans des « livres-propos », invitent au dépassement des modèles monolithiques comme celui du secteur.

Silla Consoli montre que la psychiatrie de liaison est elle-même liaison, c'est-à-dire transmission, et illustre son texte d'exemples tirés du cinéma. Jacques Hochmann, se basant sur une enquête informelle réalisée auprès de ses collègues universitaires, marque la place importante conquise par la pédopsychiatrie dans l'enseignement médical.

Jouant sur le double sens du mot « transmission » (transmission de connaissance mais aussi transmission génétique), Jean Daléry fait le point sur les conceptions actuelles des rapports constitution-environnement, en développant la notion de vulnérabilité qu'il rapproche du modèle de la dégénérescence.

l'activité libérale (comme pour les médecins généralistes) etc. Selon les régions, nous acquerrons cette expérience en CHU ou non. L'obligation de stages supplémentaires en CHU n'apportera donc pas une meilleure formation initiale aux internes mais un simple remplissage arithmétique de ces postes (et une pénurie aggravée ailleurs !).

Finalement, il s'agit donc de la maquette du DES avant la réforme de 2001. Il ne faut pas à tous prix changer la structure de la formation pratique, mais plutôt réfléchir à améliorer les orientations de la formation théorique. Surtout, il est temps de cesser d'invoquer l'amélioration de la formation des internes pour justifier un allongement de la durée de l'internat, un post-internat obligatoire, ou encore pour obliger les internes à aller dans les stages non choisis : il s'agit de choix politiques. Halte aux faux-semblants !

### Le lien avec les universitaires renoué

Une rencontre (6) de clarification s'est déroulée le 13 mars 2004 entre les internes de l'AFFEP (7) et du SIHP (8), une représentante des assistants en psychiatrie (9), et les représentants universitaires (10). Les arguments de chacun ont été développés. Les représentants universitaires entendant notre opposition à l'augmentation du nombre de stages hors filières nous ont proposé d'abandonner cette idée pour travailler plutôt sur les critères d'agrément des services accueillant des internes (espérant en cela favoriser les CHU).

Cette proposition, plus constructive, nous a paru intéressante et moins agressive.

En ce qui concerne les stages hors filière, et l'allongement de la durée de l'internat, il n'y a pas eu de franche opposition : nos chers professeurs souhaitant manifestement calmer la situation nous ont expliqué que les projets d'allongement de maquette viennent, en fait, des Doyens des facultés.

Nous avons donc pu constater que ces questions sont l'enjeu et l'outil de pressions quasipolitiques, qui font parfois oublier l'importance (pour nous prépondérante) de la qualité de la formation. Nous avons finalement convenu que les internes seraient invités aux futurs débats sur la maquette du DES... notamment au ministère.

## Conclusion

Avec la collaboration du SIHP et de l'ISNIH, nous maintiendrons nos efforts dans le sens de l'amélioration de notre formation.

Avec le soutien des associations et des syndicats de psychiatres, nous continuerons à tenter de faire comprendre en quoi la psychiatrie est une spécialité un peu particulière.

De notre côté, nous serons vigilants pour maintenir un niveau de qualité de formation essentiel à la pratique de notre spécialité.

Le 13 mai 2004, les universitaires étaient reçus au ministère (11) (sans internes !) et ont transmis nos positions, et notre demande de participation aux discussions. Un accord a été posé sur une formation minimum de 4 ans en psychiatrie, mais toujours aucune précision sur un allongement éventuel. Les conseillers des ministres évoquaient de nouveaux enjeux : modalité de validation du DES, évaluation continue des connaissances, etc. Ils ont précisé qu'ils ne peuvent envoyer un courrier aux DRASS demandant de ne pas appliquer la législation actuelle en matière d'obligation de stages hors-filière... mais que si les DRASS leur téléphonent, leur réponse sera de ne pas imposer ces stages aux internes.

Nous avançons donc pas à pas... sur un chemin difficile où de nouveaux obstacles apparaissent constamment, mais sont discutables. La vigilance reste indispensable. Le travail en commun entre l'AFFEP, le SIHP et l'ISNIH nous permettra-t-il de faire entendre que la formation doit être la base de toute réforme de la maquette du DES ? ■

Elie Winter\*\*

\* Version mise à jour d'un article publié dans *La Lettre de l'Internat* (n°55, juin 2004).

\*\* Président de l'AFFEP ([www.affep.com](http://www.affep.com)) et forum de discussion [www.affep.com/forum](http://www.affep.com/forum)

## Notes

(1) Collège National des Universitaires en Psychiatrie.

(2) Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie qui est l'association à caractère national des Internes en psychiatrie. Elie Winter, Mélanie Ferren et Claire Büchschütz en étaient les représentants lors de cette réunion.

(3) InterSyndicat National des Internes des Hôpitaux des villes de faculté, représenté par

## Repenser l'homosexualité

■ HUMEUR

Borait-on tant de bière si l'écume en était verte ou bleue ? Les champions des vingt quatre heures du Mans s'aspergeraient-ils à tels flots de champagne si la mousse en était jaune ou rouge ? Certes pas, ainsi faut-il que la mousse ou l'écume restent blanche pour nous mettre en appétit. Ce jaillissement profus fait penser à celui d'un torrent, d'une source et, pourquoi ne pas l'avouer, à celui du phallus.

Il existait chez les Indiens Tainos des gourdes en forme de phallus. On rencontre des objets semblables chez les Indiens Moches du Pérou. Dans un documentaire télévisé on rapportait l'existence d'un rite indien particulier, qui consistait à boire une potion spéciale dans des récipients phalliques. Ainsi espérait-on en tirer un surcroît de vitalité dans la résistance aux maladies et, qui sait, pour l'allongement de l'existence.

Nos modernes « homosexuels » pourraient ne rien faire d'autre que perpétuer cette tradition si fortement ancrée dans l'inconscient collectif. Plus intéressant, toute la société occidentale semble leur emboîter les pas. En effet, la promotion publicitaire y tourne de plus en plus autour du corps des mâles les plus beaux. Nul doute qu'ils ne fassent eux-mêmes l'objet du désir. Pourtant c'est sur leur slip qu'il faudra se reporter. De fil en aiguille tous les objets produits en viennent à prendre place sur le paradigme des ersatz de leur jouissance. On suscite le désir d'acheter les articles en en faisant des substituts du sperme des étalons les plus attrayants.

Naturellement, cette voie ne débouche que sur la souffrance. On désire le beau rugbyman, on n'a que son slip à se mettre sous la dent. Pire encore, plus on échoue à trouver l'objet original de son désir, plus il devient inaccessible. Mais cette inaccessibilité, par une effroyable alchimie, devient celle de la vie/vit à quoi l'on aspire. Ainsi plus on désire, plus on est rebuté, plus on est convaincu de la puissance de l'objet.

C'est un piège à deux. L'objet aimé se doit de rester inaccessible pour mieux sauvegarder l'illusion de sa toute puissance vivificatrice. Céderait-il aux instances de son amant, l'illusion aussitôt se dissiperait obligeant à chercher ailleurs. En fait, ce désir nous cache la mortalité de notre monde. L'amant s'en charge totalement pour en dispenser tout à fait la personne de son bien-aimé. Certes il ne l'en dispense qu'à ses propres yeux, mais c'est déjà beaucoup. C'est ainsi que lorsque je croise un beau garçon, je combats la souffrance que me cause son dédain en me disant : « deux impuissants se croisent ». De même si je vois deux beaux garçons se parler, dis-je : « deux impuissants se parlent, écoutés d'un troisième ». ■

Jean-Pierre Chabenet

Florent Perrin-Dureau.

(4) Contrairement à la situation des autres spécialités médicales, il n'y a dans la maquette du DES de psychiatrie qu'un seul stage obligatoire à effectuer en CHU, sans autre obligation de stage fléché. Les CHU sont souvent des services de recherche, offrant une formation de qualité. Mais l'exercice de la psychiatrie y est très particulier : peu de suivi à long terme des patients lourds, sélection des patients, orientation souvent très biologique ou vers les neurosciences. Il est important que l'internat puisse donner accès à des stages de psychiatrie « de secteur » qui représentent beaucoup plus la psychiatrie au quotidien et de terrain, ainsi qu'à des stages plus spécifiques permettant d'aborder une pratique différente (donc majoritairement des stages hors CHU).

(5) L'obligation à une formation aux psychothérapies amène des débats plus animés et n'a jamais vraiment existé.

Les psychiatres n'en sont pas moins souvent compétents. Cela ne doit pas empêcher de donner aux internes une initiation large, permettant, par la suite, de faire des choix. Actuellement, ces formations coûtent environ 1500 € par an, pendant 2 à 4 ans, sans parler du coût d'une éventuelle psychanalyse personnelle.

(6) L'intégralité du compte-rendu est disponible sur le forum internet de l'AFFEP [www.affep.com/forum](http://www.affep.com/forum)

(7) Représentés par Elie Winter et Charlotte Tribou.

(8) Représentés par Mélanie Ferreri, Claire Büchschütz-Demichelis et Clotilde Mahaut.

(9) Dr Cécile Hanon.

(10) Pr Charles Aussilloux pour le CNUP ; et Pr Daniel Sechter pour le SUP.

(11) L'intégralité du compte-rendu est disponible sur le forum internet de l'AFFEP [www.affep.com/forum](http://www.affep.com/forum)

## Conférence de Consensus

## LIBERTÉ D'ALLER ET VENIR DANS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX, ET OBLIGATION DE SOINS ET DE SÉCURITÉ

24 & 25 novembre 2004

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale - 8 avenue de Ségur, Paris 7ème, Salle Pierre Laroque

Au quotidien, dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux, les patients, résidents et leurs proches ainsi que les professionnels et les institutions sont confrontés à un dilemme délicat :

- d'une part le respect du principe fondamental de la liberté d'aller et venir des usagers qui ne s'arrête pas aux portes des établissements sanitaires et médico-sociaux ;
- d'autre part les obligations professionnelles, déontologiques et organisationnelles qui peuvent impliquer des exceptions ou des restrictions à ce principe.

Cette problématique est d'autant plus aiguë qu'elle porte sur des situations :

- associant des publics vulnérables comme les personnes en situation de handicap de tous âges et les personnes souffrant de troubles psychiques ;
- pour lesquelles, la recherche d'une pleine adhésion libre et éclairée au projet de prise en charge est parfois problématique et peut constituer un des objectifs à part entière de la démarche de soins et d'accompagnement ;
- dans un contexte de prises en charge qui peuvent être brèves pour des soins en court séjour hospitalier, mais qui s'inscrivent le plus souvent dans des durées longues, les institutions d'accueil de la gé-

rontologie et du handicap se situant, alors, dans le double registre du lieu de soin et du lieu de vie.

Face à ces situations contrastées, la demande de l'entourage et de la communauté sociale s'exerce souvent plus volontiers dans le registre de la protection des personnes vulnérables. De même, l'obligation de surveillance hospitalière ou médico-sociale fait peser sur les professionnels une crainte plus vive de la judiciarisation potentielle de pratiques professionnelles ouvertes ou intégratives, respectant pleinement le droit au risque des patients et résidents.

C'est dans ce contexte que cette conférence de consensus est organisée avec pour objectifs :

- d'établir des recommandations sur les modalités d'appréciation et de mise en application, dans l'exercice professionnel au quotidien, des droits de la personne accueillie dans un établissement sanitaire ou médico-social, en considérant la liberté d'aller et venir, et de sortir des structures, comme une des formes d'expression du droit d'accepter ou de refuser des soins, du droit d'être accompagné et de négocier son projet de vie ;
- d'examiner le lien entre vulnérabilité des personnes accueillies et risque de surprotection institutionnelle ;

- d'envisager les conséquences juridiques éventuelles d'une liberté d'aller et venir employée ou restreinte à mauvais escient, pour les usagers, les professionnels et les établissements d'accueil ;
- d'explorer les conditions dans lesquelles des dispositifs architecturaux, organisationnels et techniques spécifiques (nouvelles technologies le cas échéant) peuvent participer à la résolution de cette problématique ;
- d'analyser les conditions de réponse aux attentes des proches des patients et des résidents, comme de leur environnement social.

Un large débat avec le public viendra enrichir les exposés des experts, sachant qu'il n'est pas de famille ou de cercle amical qui ne soit directement concerné par ces questions. ■

F.C.

Président : David Causse, Adjoint au Délégué Général, Fédération Hospitalière de France, Fédération Hospitalière de France, 33 avenue d'Italie, 75013 Paris. Tél. : 01 44 06 84 43. Fax : 01 44 06 84 58. [d.causse@Fhf.fr](mailto:d.causse@Fhf.fr)

Commissariat général (enseignements et inscriptions) : COMM Santé, Jenny Trupin, 51 route du Port-de-l'Homme, BP 33, 33360 Latresne-Bordeaux. Tél. 05 57 97 19 19. Fax : 05 57 97 19 15. [conferecedeconsensus@comm-sante.com](mailto:conferecedeconsensus@comm-sante.com)

Par ailleurs, certaines incertitudes, d'ordre quantitatif et d'ordre qualitatif, relatives à l'adoption internationale, attirent l'attention.

Sur le plan quantitatif, selon les informations transmises par des sources différentes (notamment des journaux spécialisés dans le droit social comme A.S.H. ou *Le journal de l'Action sociale*) le nombre d'enfants adoptés, annuellement, en France oscillerait entre 4 000 et 5 000 : dans le premier cas 3/4 de ces enfants sont d'origine étrangère, dans le second cas, 2/3.

La France a tissé des liens relatifs à l'adoption avec, environ, une soixantaine de pays. 62% des adoptions internationales seraient menées individuellement sans l'intermédiaire d'un organisme agréé pour l'adoption (O.A.A.). En ce qui concerne la Colombie, en 2001, 392 enfants ont été adoptés par des français. Ce chiffre fait de la Colombie le premier pays quant au nombre d'enfants d'origine étrangère adoptés en France pour cette année-là. Selon nos sources (la *Lettre-info de l'APAEC* il y a une stabilité de l'adoption en Colombie depuis une vingtaine d'années, avec une moyenne de 247 enfants adoptés par an.

Sur le plan qualitatif nous ne pouvons pas omettre la question relative à la manière est perçue l'adoption internationale par les différents acteurs concernés.

Pour le gouvernement français l'adoption internationale c'est « une nécessité » à moderniser, faciliter, sécuriser. Ce sont les axes principaux du projet de réforme « *L'accompagnement de l'adoption* », présenté par la ministre déléguée à la Famille et à l'Enfance voici quelque temps. On peut ajouter aussi que dans le cadre juridique français, une fois terminée la procédure d'adoption plénière, la famille adoptive devient une famille comme les autres.

La plupart des organismes agréés pour

## Adoption et Culture. Le cas des enfants adoptés d'origine colombienne

l'adoption (O.A.A.) et les associations de familles adoptives avancent le côté naturel, voire humanitaire de l'adoption, c'est d'une certaine manière l'aspect non problématique, la réduction du risque.

Du côté de la recherche clinique, malgré son caractère aléatoire, on penche plutôt, devant nombre de constats, pour la prise en compte des difficultés et la réalité des crises chez les adoptés et chez les familles adoptantes<sup>(2)</sup>.

La différence de leurs positions peut parfois tourner à des prises de position opposées et contraires à l'intérêt d'une clinique de l'adoption (pas obligatoirement une pathologie de l'adoption) et à la mise en place d'actions et projets de suivi et de soutien des enfants et des familles vivant l'expérience de l'adoption<sup>(3)</sup>.

Pour mieux expliciter la nature de ces différends, nous allons évoquer un point sur le plan pratique de l'adoption qui a attiré notre attention. Cette question oppose davantage des candidats à l'adoption, le gouvernement et certaines O.A.A. et consiste en ce qui a été dénommé la « deuxième sélection » ou le « second tri ».

Lorsque des candidats à l'adoption en possession de leur agrément du conseil général, ont recours à des O.A.A., ils doivent subir à nouveau une deuxième sélection (souvent sous forme d'entretiens). La position de ces derniers soutient que l'adoption d'un enfant étranger n'entraîne pas les mêmes difficultés que celle d'un pupille de l'Etat. Leurs arguments majeurs font référence à la

différence de la couleur de la peau de l'enfant et celle des futurs parents et à leurs positionnement vis-à-vis de sa culture d'origine. Ces deux arguments constituent les premiers vecteurs de notre réflexion et de notre questionnement que nous allons essayer de développer.

Mais avant d'y procéder restons, encore un moment, sur le plan pratique de l'adoption afin d'évoquer quelques points importants.

Tout le monde semble s'accorder sur le principe de base, qui a été rappelé dans le rapport officiel cité plus haut, comme quoi il s'agit avant tout d'« accompagner le mieux possible les futurs parents sur le chemin qui mène de l'enfant imaginaire à l'enfant réel ». Cependant il y est aussi indiqué que dans les pratiques départementales en matière d'agrément, seulement une partie réduite de départements (en fait 15 départements sur 74 qui ont répondu à une enquête portant sur un échantillon de 100 au départ), aborderaient les aspects psychologiques et (12 départements) les problèmes culturels.

Un mot sur le profil actuel des candidats à l'adoption : ils ont en moyenne 38 ans (avec une fourchette de 22 à 71 ans). Dans 79% des cas, il s'agit de couples mariés, les autres étant des couples de fait ou des célibataires.

Enfin, dans le cadre de l'adoption nationale la durée d'attente est de 4 ans, sauf pour l'adoption d'un enfant âgé ou atteint d'un grave handicap, voire une fratrie, en plus des délais nécessaires pour la procédure d'agrément. Dans celui de l'adoption internationale ce délai tombe à 2 ans.

En ce qui concerne la Colombie, la *Lettre-info de l'APAEC* du mois de juillet 2001 nous apprenait que le délai pour l'adoption d'enfants colombiens était raccourci à 16-18 mois à partir de la mise sur liste d'attente à l'organisme d'Etat (I.C.B.F.) contre 24 mois précédemment.

Nous sommes donc amenés à nous interroger sur l'incidence réelle, car fort aléatoire, de telle ou telle particularité de la culture d'origine des enfants adoptables, qui permettrait ou orienterait définitivement les candidats à l'adoption vers un choix réel précis.

N'oublions pas, non plus, que la plupart des candidats à l'adoption connaissent peu ces cultures d'origine : souvent ils les découvrent au moment où les démarches pratiques et la réalité l'adoption les amènent d'abord vers l'adoption internationale, puis vers tel ou tel pays.

Pour terminer, disons qu'il y a peut-être quelques cas de figure qui nous démentiraient et/ou nous feraient comprendre autrement cette question.

Le premier cas de figure qui nous est venu à l'esprit est celui des futurs parents avant résidé longtemps dans le pays d'origine de l'enfant et qui, en connaissance directe de la culture, décident d'une adoption. Ou, à l'inverse, le cas de couples mixtes constitués dans le futur pays d'accueil et qui décident d'embrée d'une adoption dans le pays d'origine de l'un de conjoints.

Le deuxième cas de figure est celui des adoptions postérieures à une première adoption dans une famille qui chercherait un autre enfant d'origine identique au premier. Leurs motivations seraient renforcées fortement.

Enfin le cas de candidats en contact régulier avec des familles adoptives ou avec des associations de parents adoptifs de telle origine culturelle et qui feraient un choix d'adoption dans la même culture, s'appuyant sur cette référence directe. Ils peuvent penser

que leur choix, mieux soupesé, serait plutôt indépendant des biais évoqués mais, en fait, leurs modèles portent déjà, à leur insu, la marque de l'aléatoire.

Nous sommes, maintenant, devant une certaine manière de constater que des particularités de telle ou telle culture d'origine culturelle ne peuvent se saisir, dans le meilleur des cas, que dans l'après coup. C'est plutôt une clinique de l'après coup de l'adoption qui doit être envisagée, car elle ne peut saisir que l'enfant réel de l'adoption qui serait lui-même l'après coup de l'enfant imaginaire, de l'enfant mythique de l'adoption.

Mais cette clinique tout comme l'enfant réel de l'adoption ne pourra jamais se dépendre du mythe ; la dimension mythique sera ici chargée des complexités existantes dans la culture d'accueil et dans la culture d'origine. Mais surtout, elle sera chargée de leur confrontation voire de leur combinaison. Aussi de l'inconnu.

Elle sera soutenue par divers processus, entre autres des mécanismes de déplacement et la permanence de l'inquiétante étrangeté.

Voilà deux facteurs, encore, qui soutiennent notre réflexion : l'après coup et la dimension mythique, plus incontournable dans l'adoption qu'ailleurs. Elle y est même nécessaire.

### L'adoption interraciale ou interethnique

Sur cette question essentielle, le travail de Françoise Maury sur l'adoption interraciale nous a apporté beaucoup d'éléments intéressants et nous a servi, en même temps, des limites quant à la recherche d'« une spécificité spécifique » de l'appartenance culturelle de l'enfant adopté. Et pourtant, il nous reste encore une question quant à la particularité de la Colombie, relative à la variété ethnique existant dans sa population. En effet, la population colombienne présente un fort degré de métissage entre plusieurs groupes ethniques, notamment des populations blanches (principalement espagnole), noires (plusieurs ethnies africaines) et une diversité de peuples indiens, sans compter l'apport successif de libanais et d'autres origines dans des proportions moins fortes. Le métissage lui-même est présent dans des nuances qui vont du plus léger au plus fort. C'est dire que les phénotypes présents dans la population sont fortement variés et parfois inimaginables...

Au départ, c'est surtout cette question qui avait attiré notre attention, à savoir la construction de l'enfant imaginaire dans l'esprit des candidats à l'adoption et le risque de surprise phénotypique. Mais le fait de mieux comprendre, à présent, que beaucoup de choses dans l'adoption se jouent dans l'après coup nous a permis de relativiser nos angoisses face à l'inconnu et à nos questions. Dans l'état actuel de notre recherche, nous ne nous engageons pas aujourd'hui à répondre à cette question. Peut-être arriverons-nous à avancer quelques éléments de réponse.

Des époques et des milieux culturels ont considéré, avec plus ou moins de conviction, la stérilité plus comme un handicap humiliant que comme une souffrance affective. On a même cherché à sélectionner les futurs enfants adoptifs en fonction de la ressemblance physique avec les candidats à l'adoption. L'adoption pouvait ou devait rester un secret de famille qui était souvent dissimulé à l'adopté lui-même. On ne le divulguait pas à des tiers.

L'adoption interraciale non seulement est différente mais elle contraste avec l'adoption traditionnelle et introduit des questions telles que : l'autre culture, les autres cultures notamment à travers la différence de l'autre. Car elle est visible et impossible à dissimuler.

### LIVRES

#### Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie

Sous la direction de Sylvie

Séguret

Erès 20 €

Parler de consentement aux soins en périnatalité et en pédiatrie pose la question de la relation entre un sujet supposé savoir - le médecin - et un sujet supposé ignorer - la future mère, le futur père, l'enfant. La pratique quotidienne de somaticiens ou de psys engagés dans cette relation témoigne d'une complexité bien autre. Les articles recueillis dans cet ouvrage, pour la plupart initiés lors d'une journée de réflexion d'éthique clinique à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Paris en juin 2002, ont été rédigés par des médecins, obstétriciens, échographiste, pédiatres, réanimateurs, qui évoquent davantage la qualité de la relation établie que le contenu du message d'information. Le « comment dire » l'emporte sur le dire.

Il s'agit d'une rencontre unique, dans laquelle l'expérience clinique et l'humanisme du soignant sont déterminants. Mais aussi son écoute. Informer n'est pas asséner un discours unilatéral, c'est aussi accepter d'être « informé » par l'autre, le soigné. Il s'agirait alors d'un véritable « consentement mutuellement éclairé » (Luc Gourand). Sur quelle histoire, sur quel héritage transgénérationnel vont résonner, parfois violemment, nos « informations », si nous n'avons pas, au préalable, noué une alliance et établi une relation de confiance avec notre « patient ». Le fait qu'il soit un enfant rend, peut-être, cette nécessité encore plus indispensable.

Administratif hospitalier chargé des droits du malade, association de parents, juriste, philosophe et psychanalystes travaillant en étroite collaboration avec les soignants, offrent un éclairage transversal, mais mettent eux aussi l'accent sur le risque, peut-être le vrai risque médico-légal, d'un déficit de paroles et de communication (plutôt que d'information). Ne pourrait-on dès lors parler de « consentement à la rencontre » (Véronique Lemaître) ? Ou « d'entremèlement des histoires » (Marc Grassin) ? Et s'il est prudent, le médecin qui « informe » ne sera jamais celui qui brise « les raisons d'espérer » (Georges David), car ce sont celles-là mêmes qui portent le malade.

Avec la participation de : Chantal Aubert-Fourmy, Jean Badoual, Nathalie Boige, Marie-Christine Clément, Georges David, Marc Dupont, Dominique Favreau, Luc Gourand, Marc Grassin, Catherine Huon et les équipes de réanimation pédiatrique de Saint-Vincent-de-Paul et de Necker-Enfants-Malades, Véronique Lemaître, Fanny Lewin, Marie-France Mazars, Sylvain Missonnier, Mostafa Mokhtari, Catherine Vergely.

#### Soigner par l'hypnose

Gérard Salem, Eric Bonvin

3ème édition

Masson, 29 €

Cet ouvrage qui met l'accent sur l'intérêt thérapeutique de l'hypnose, en n'omettant pas d'en exposer ses fondements, se compose de trois parties. La première expose les principes théoriques de la pratique de l'hypnothérapie (historique, techniques, atouts, limites). La deuxième partie est une « boîte à outils » thérapeutique (inductions, suggestions, stratégies) illustrée par de nombreux exemples. Enfin, les champs de signification de l'hypnose sont élargis, dans la troisième partie, à la psychothérapie et la sophrologie. Cette troisième édition, mise à jour, est enrichie d'un nouveau chapitre illustrant le procédé de la technique conversationnelle en hypnose, pratique clinique en plein développement.

### APPEL A COMMUNICATION

L'Association Clermontoise de Recherche d'Enseignement et de Formation en Psychiatrie et Psychologie  
Centre Hospitalier Interdépartemental de Clermont-de-l'Oise

Organise sa 14<sup>ème</sup> Journée Scientifique

le JEUDI 17 MARS 2005

A la Salle Polyvalente André Pommeroy à Clermont-de-l'Oise  
sur le thème :

### L'INCONSCIENT Politiquement correct ?

Le discours ambiant qui émane des différentes classifications, évaluations et politiques de santé en tout genre, laisse transparaître un phénomène nouveau. Ce discours façonne les notions de vie psychique et semble la réduire à un simple état de trouble. Les notions vivantes de libido, inconscient, fantasme ou pulsions ont complètement déserté le vocabulaire spécialisé.

Or parallèlement, les attentes et demandes sociales ne cessent d'augmenter. Le vocabulaire populaire véhicule de plus en plus des notions en lien avec la vie psychique et ses difficultés. Et la souffrance psychique est aujourd'hui, devenue, une réalité, rentrée dans l'agenda politique.

Alors comment expliquer le décalage entre les discours officiels des spécialistes et ceux des patients en souffrance? Soignants et patients parlent-ils encore de la même chose?

Au-delà du discours, l'ACREFFP au cours de sa 14<sup>ème</sup> journée, se propose d'engager le débat sur la place et le statut actuel de la souffrance psychique en lien avec l'avenir de la psychiatrie ainsi que sur le sens de ces vocables nouveaux qui remplacent les classiques organisateurs de la pensée psychiatrique.

Différents thèmes vont guider les discussions :

Les névroses ont-elles disparu ? Quelle place actuelle pour la souffrance psychique? Comment gérer aujourd'hui la culpabilité tant du côté des soignants que des patients ? Quels liens entre les notions de responsabilité et ceux de causalité psychique? Peut-on évaluer l'inconscient?

Les propositions de communications devront être adressées au Docteur Catherine Zoute, Présidente de l'ACREFFP, CRI - Fitz-James IV, 60600 Clermont-de-l'Oise. E-mail: acreffp@chi-clermont.fr, avant le 31 Octobre 2004  
Les communications sont de 15 minutes + 5 minutes de discussion  
Les frais de déplacements seront pris en charge par l'Association pour les intervenants extérieurs.

Pour toute information contacter le secrétariat ACREFFP. e-mail : acreffp@chiclermont.fr  
Tél. : 01 44 77 50 05 • Fax : 01 44 77 50 21.

## LIVRES ET REVUES

## Copains, copines

La Lettre de l'enfance et de l'adolescence 2004 n°55  
Erès 13 €

Qu'en est-il des copains et copines pour les enfants et les adolescents d'aujourd'hui ? Et que sont les amitiés d'enfance devenues ? Anne Fonsgrive ramène aux liens des tout-petits, souvent encouragés par les adultes, avec leurs « inimitiés sélectives » qui scellent les attaches les plus fortes, et les premières jalousies. L'étude historique que propose Anne Vincent-Buffault conduit au paradis secret des amitiés juvéniles. Amitiés tolérées mais souvent réprimées par des adultes qui y soupçonnent le danger de l'excitation sexuelle et des passions, voire le germe de la délinquance. L'amitié juvénile remplit une fonction d'attente, de préparation et d'anticipation des amours adultes futures. C'est ce qu'observe Serge Lesourd à propos du copinage adolescent, dans sa dimension infantile, qui tend à résister à l'engagement angossant dans une sexualité adulte. Aujourd'hui, les « cybercopains » dont parle Annette Dumesnil, s'ils jouent des masques et des « pseudos » qu'autorise l'espace virtuel d'Internet, n'en échangent pas moins des paroles vraies débouchant parfois sur d'authentiques amitiés. Xavier Leconte discute avec Gandillac et Wallon notamment, les paradoxes de l'amitié et de ses choix aux temps où l'enfant se saisit comme unité autonome et commence à compter avec les autres. Bertrand Ogilvie, en s'appuyant sur l'expérience de Fernand Deligny avec des autistes, invite à en tirer un enseignement. Maria Maïlat plaide dans une lettre au style volontairement polémique et passionné, pour « la place vide de l'ami » et sa « promesse d'altérité ». Le copain sera celui avec qui l'on trouvera des « ailes pour grandir », comme l'écrit Françoise Capron à propos de deux compagnons de fugue partis à l'aventure à la recherche d'un trésor, d'une mère disparue. La relation à l'autre comme double, comme le souligne Xavier Gassmarin, permet d'éviter la perte liée à la séparation d'avec l'autre primordial. Quelquefois même, le tout-petit s'invente un ami sur mesure, imaginaire, dont le désir rend la présence réelle et qui sera invité à partager chambre, jeux, repas...

Sur ce fond se construisent solidarité et lien social qu'étudie Régine Sirota à partir de l'institution du gâteau d'anniversaire, destiné au cercle choisi des copains, comme symbole d'appartenance au groupe et vecteur de don et de contre-don. L'échange et le partage valent, aussi, pour l'enfant porteur d'anomalie ou de déficience, « en situation de handicap », chez qui, dit Luc Vanden Driessche, « l'apparition de copains ou de copines peut être sur le plan social un des indices sûrs de sa progression subjective », à condition qu'on ne le plonge pas dans une socialisation inaccessible et que l'on ménage son « droit à la ressemblance ».

La psychiatrie de secteur  
Entre l'utopie et l'invention

Pratiques en Santé Mentale 2004 n°2

Plusieurs articles rédigés par des praticiens de terrain / médecins / infirmiers, des usagers / des familles, une élue municipale, permettent de comprendre comment l'utopie nécessaire de la politique de secteur a pu se transformer parfois en carcan, étouffant les capacités imaginatives des équipes. Les articles sont signés par G. Baillon, P. Bailly-Salin, N. Bousmah, J. Canneva, P. Chaltiel, P. Delion, C. Finkelstein, D. Friard, Y. Gigou, M.F. Gouriou, D. Karavokyros, D.L. Torres.

Elle interpelle par la différence d'origines et par la différence perceptible. En plus, elle oblige à penser au déracinement culturel et à s'interroger sur la manière dont des parents et des enfants d'origines différentes vont pouvoir se rencontrer, se reconnaître mutuellement comme des proches et non pas comme des étrangers ; si leurs différences sont compatibles ou incompatibles. Mais ces questions sont intriquées à d'autres questionnements propres à toute démarche de l'adoption d'un enfant à l'étranger. Qu'est-ce qui fait que les candidats ou parents adoptants puissent gérer les tensions qui impliquent le passage d'une dimension de l'intime, dans la nécessité d'assurer leur filiation au travers de l'adoption, à une dimension du public, même de l'universel se soutenant souvent de motivations humanitaires ou idéologiques ? Qu'ils puissent passer de la sphère du privé, dans ce qui relève d'une frustration douloureuse quant à filiation biologique, à une dimension du social, dans ce qui relève du processus de l'affiliation ?

## Les motivations des candidats à l'adoption interraciale

Nous avons déjà évoqué, rapidement, la question de l'évaluation et de la sélection des candidats à l'adoption quant à son hétérogénéité et ses carences. Nous ne traiterons pas ici de ce chapitre de la procédure. Rappelons, simplement, que les candidats n'ont pas choisi délibérément la variété ethnique mais qu'ils se sont plutôt adaptés aux contraintes pratiques et de réalité. Il existe, certes, des motivations non spécifiques à l'adoption interraciale et communes, pratiquement à tout candidat à l'adoption. Parmi celles-ci on retrouve principalement : la stérilité primaire et secondaire, les risques génétiques, le choix d'adopter, célibat, stérilité, divorce. Par contre, disons que le désir d'enfant est une donnée plus certaine chez les adoptants que chez nombre de géniteurs dont certains ne deviennent parents qu'à leur corps défendant. Il paraît difficile de dire s'il y a une dif-

férence ou non entre le désir d'enfant d'un parent biologique et celui d'un parent adoptif. Pour les parents adoptifs il y a un deuil à faire - qui n'est pas toujours fait - et à assumer le fait que leur sexualité soit sans but procréatif. Le désir d'inscription dans la continuité d'une lignée peut permettre à un sujet de s'investir dans un rôle parental mais cela n'aura pas le même sens selon que cette inscription soit seulement de l'ordre symbolique et légal, et selon qu'elle soit aussi est soutenue par l'ordre génétique.

Ce qui paraît démontrable, c'est que le désir d'enfant est, en moyenne, plus intense chez les adoptants que chez les parents biologiques. Dans la recherche sur l'adoption interraciale que nous avons citée plus haut, F. Maury rappelle nombre de paramètres qui soutiennent ce point de vue. C'est pratiquement une évidence que, dans la société française, il est plus difficile d'adopter un enfant que d'en procréer un. Or, malgré les difficultés, le nombre d'enfants par couple, chez les adoptants, serait supérieur à la moyenne nationale. Dans les familles adoptives, certains parents ont une motivation si intense qu'ils ne souhaitent jamais s'arrêter d'accueillir des enfants. Si leurs aînés ont été adoptés pour résoudre leur problème de stérilité, les derniers sont souvent des enfants « à particularités ».

Mais il existerait un désir spécifique d'enfant adopté, qui peut être très précoce, soit fondé sur des motivations altruistes ou des motivations à l'adoption ressenties depuis leur enfance. Certains parents adoptifs déclarent que depuis leur enfance, ils voulaient, soit avoir des enfants biologiques et des enfants adoptés, soit se consacrer spécifiquement à l'adoption des enfants parfois avec une motivation précise : des enfants d'origine étrangère. La décision d'adopter des enfants semblerait se jouer, déjà, dès l'enfance ou l'adolescence. Désir d'adoption si intense qu'elles n'envisageaient d'épouser qu'un partenaire qui accepterait de le partager. La stérilité apparaît comme la motivation principale de l'adoption des enfants français (81% des cas). Pour les enfants étrangers les pourcentage sont plus faibles et les motivations

## PRÈS D'UN TIERS DES VICTIMES D'ATTENTATS PRÉSENTENT DES TROUBLES POST-TRAUMATIQUES PLUS DE DEUX ANS APRÈS

Pierre Verger de l'Observatoire régional de santé de la région PACA et ses collègues ont analysé les conséquences à long terme des victimes des attentats de 1995-1996 à Paris, qui avaient tué 12 personnes et blessé plus de 200 victimes.

Près d'un tiers des victimes ont présenté des troubles de stress post-traumatique plus de deux ans et demi après les attaques terroristes, ce qui est montré par une étude internationale.

En 1998, les auteurs ont contacté 196 victimes qui ont répondu par téléphone à un questionnaire pour évaluer, notamment, la présence de stress post-traumatique, l'état de santé général avant les attentats, l'intensité des blessures lors de l'attentat, les symptômes psychologiques, les atteintes esthétiques, les troubles auditifs et le niveau de consommation de soins après l'accident.

L'analyse des questionnaires montre que 19% des victimes ont présenté de sévères blessures physiques qui ont demandé plus d'une semaine d'hospitalisation après l'attentat. Plus de deux ans et demi après les faits, 51% des victimes présentaient des troubles auditifs liés aux attentats, 33% des atteintes esthétiques et 31% des troubles de stress post-traumatique.

Une analyse plus approfondie montre que le risque de troubles post-traumatiques est multiplié par 2,54 chez les femmes, par 2,79 chez ceux qui avaient les blessures les plus sévères et par 2,74 chez les victimes concernées par une atteinte d'ordre esthétique. Les auteurs relèvent que « La forte prévalence de troubles de stress post-traumatique 2,6 années après l'attaque terroriste met en évidence le besoin d'une prise en charge renforcée pour gérer les conséquences physiques, psychologiques et sociales du terrorisme, à moyen et à long terme ». Ils estiment que l'identification des victimes les plus à risque de développer ces troubles post-traumatiques (les femmes, les personnes les plus blessées et les plus atteintes sur le plan esthétique) devrait inciter à leur proposer une prise en charge et un suivi plus intenses. ■

B.L.

American Journal of Psychiatry, vol 161 n°8, pp. 1.384-9.

humanitaires prennent de l'importance, bien que ces derniers puissent se déplacer vers d'autres formes d'actions ou vers d'autres enfants (handicapés par exemple).

Nombre de couples frappés par une stérilité élaborent un enfant fantasmagorique à leur ressemblance et qui correspondrait surtout à l'enfant biologique qu'ils auraient pu concevoir. Alors qu'il faudrait d'abord laisser les parents assumer leur stérilité, faire le deuil de l'enfant biologique qu'ils n'auront jamais, puis réélaborer un autre enfant fantasmagorique, adoptif celui-là.

Le travail de perlaboration qui attend les parents consiste à déterminer quels sont les critères auxquels ils tiennent absolument et les particularités qu'ils peuvent accepter. Surestimer leur tolérance à certaines particularités peut les amener à se confronter à des problèmes insolubles. Dans l'adoption interraciale, le risque est maximum pour que l'enfant fantasmagorique et réel soient très différents.

Accepter un enfant d'une autre ethnie nécessite un remaniement fantasmagorique important

## Le fantôme du bon parent réparateur

Il y a toujours chez les candidats à l'adoption, plus exactement en rapport avec leur histoire, une sensibilisation précoce au malheur d'autrui, transmise par l'éducation, l'exemple des personnes proches, la rencontre d'enfants malheureux ou par des difficultés personnelles vécues dans la douleur, parfois dans le traumatisme.

Dans la parentalité biologique, il n'existe qu'exceptionnellement la satisfaction de « réparer » ses propres enfants. Au contraire, les parents biologiques, s'il y a des difficultés (handicap ou difficultés comportementales ou éducatives), peuvent se sentir coupables et alors réparer, pour eux, veut dire, à tort ou à raison, réparer leur propre faute, et cela ne comporte aucune satisfaction.

Dans l'adoption, les choses semblent s'inverser pour les parents : c'est un enfant blessé par d'autres, handicap ou blessure narcissique causée par l'abandon, qu'on accueille. A la place de la culpabilité, il apparaît une satisfaction narcissique, celle de pouvoir réparer un enfant innocent victime, et d'être reconnu comme capable de le faire.

Souvent, cela fonctionne car, même inconsciemment, le bon parent réparateur, se répare lui-même. Bien que cela soit commun à tout type d'adoption, le fait que dans l'adoption internationale les candidats à l'adoption aient à justifier, souvent, leur choix d'adopter un enfant d'une autre race et d'une autre culture, fait apparaître trois catégories de motivations conscientes : a) que dans l'adoption nationale les enfants deviennent rares ; b) les motivations « altruistes » et les motivations philosophiques ou idéologiques, c) l'adoption concrétiserait un engagement.

L'acceptation du principe de réalité peut se faire par une sorte de mouvement en dégradé.

C'est, dans un premier temps, l'espoir qu'une possibilité d'adoption puisse exister dans une ethnie proche, même si l'enfant est étranger ou, encore, que l'enfant d'un autre pays source, plus lointain et plus exotique, ne soit pas très typé. Puis peuvent venir certaines concessions, tellement le désir d'enfant est fort, telle une culture d'origine pas trop étrangère à la culture d'accueil ou une acceptation d'un phénotype différent, à condition que l'enfant n'ait pas de handicap. La plupart des candidats n'ont pas de préférence pour une ethnie ou une autre le temps passant et ils connaissent souvent très sommairement les cultures et pays d'origine susceptibles de leur proposer un enfant à l'adoption. Donc, le choix est fortement déterminé par des questions pratiques ou fantasmagoriques : surtout l'idée qu'on se fait de certaines cultures, proches ou éloignées. En France l'enfant asiatique ou l'enfant latino-américain correspondraient au meilleur compromis avec le principe de réalité. Cependant, pour certains adoptants l'acceptation simple d'un enfant typé serait soutenu par un désir de transparence, de clarté vis-à-vis des tiers, de leur propre culture et, ici, l'intérêt même de l'enfant adopté serait évoqué. Il est très probable que cette position, qui peut faciliter la rencontre, ne soit plus compliquée qu'on ne le pense si on tient compte de ses liens probables avec le fait que la différence de phénotype contredit l'institution d'un secret sur les origines et peut solliciter certaines distances et limites nécessaires à la reconnaissance de la différence. L'élaboration de l'enfant fantasmagorique d'une autre race peut être un processus sous-tendu par des variables différentes

Département de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte. Pr. Ph JEAMMET  
Institut Mutualiste Montsouris - 42, Boulevard Jourdan - 75014 Paris  
M° Porte d'Orléans - RER Cité Universitaire  
☎ : 01.56.61.69.19 - Fax : 01.56.61.69.18  
E-mail : corinne.dugre-lebigre@imm.fr

## SÉMINAIRE BABEL 2004 - 2005

## PSYCHANALYSE, LITTÉRATURE ET ARTS

Coordination : Dr M. CORCOS ; Dr P. LEVY-SOUSSAN ; C. DUGRÉ-LE BIGRE  
Amphithéâtre de l'Institut Mutualiste Montsouris dans le hall d'accueil

➔ Lundi 8 novembre 2004 à 20 h 30

Silke SCHAUDER « Camille Claudel. Le temps de l'œuvre. L'œuvre du temps »

➔ Lundi 6 décembre 2004 à 20 h 30

Janine FILLOUX « Nietzsche, Prince hors la loi »

➔ Lundi 3 janvier 2005 à 20 h 30 (à confirmer)

Vladimir MARINOV « L'archaïque chez Brancusi et Giacometti : une mémoire en deçà des mots »

➔ Lundi 7 février 2005 à 20 h 30

Edmundo GOMEZ-MANGO « Lautréamont. Ce potache de génie »

➔ Lundi 7 mars 2005 à 20 h 30

Richard ZREHEN « Jérôme Charyn »

➔ Lundi 4 avril 2005 à 20 h 30

Thérèse TREMBLAY-DUPRÉ « Julien Green et son double. Variations sur l'homosexualité »

➔ Lundi 9 mai 2005 à 20 h 30

Isabelle BLONDIAUX « Céline. Aspects du dialogue dans *Entretiens avec le professeur Y.* »

Entrée : 10 € - Tarif réduit étudiant : 5 €

2<sup>nd</sup> COLLOQUE BABEL  
Samedi 18 juin 2005

« Lettres de l'extrême. Extrême de l'être »

Avec : R. ROUSSILLON, J. HOCHMANN, M. CORCOS,  
A. ROJAS-URREGO, M. GRIBINSKI...

selon les couples et les personnes. Nous avons déjà évoqué quelques cas de figure en introduction qui contrediraient l'idée d'une homogénéité d'ans cette expérience de l'adoption.

Bien que l'histoire et la littérature nous apportent des éléments sur la capacité imaginaire, idéologique et parfois hélas concrètes relatifs à la croyance de « catégories supérieures » d'enfants, en fonction des origines ethniques ou encore de fantasmes défavorables autant aux enfants typés qu'aux autres (enfants handicapés, mères malades, etc.) nous ne développerons pas ici cette question.

Par contre, ce qui a attiré notre attention, c'est la question de savoir comment certains parents adoptifs auraient élaboré d'emblée un enfant fantasmatique étranger, souvent typé, c'est-à-dire dans la différence avant tout fantasmatique d'identité ou de forte ressemblance. Cela se manifesterait par le sentiment soutenu par des rêves ou rêveries diurnes comme quoi leur enfant biologique aurait un phénotype différent ou, tout au moins, il serait autant à leur image, autant typé.

F. Maury pense que la familiarisation avec le phénotype d'enfants d'origine étrangère banaliserait la fantasmatisation de leur propre enfant sous d'autres traits. Ou encore, que le fantasme d'être le parent d'un enfant d'une autre race, rejoint celui du bon parent réparateur. Mais il s'en différencie car l'adoptant qui a un enfant fantasmatique de tout autre type physique, ne cherche en rien à réparer, mais seulement à avoir l'enfant qui représente pour lui l'idéal.

Nous laissons ouverte la question sur les liens de ces fantasmes avec les fantasmes classiques de normalité ou non normalité de l'enfant à venir. Aussi avec le retour du refoulé du roman familial sous sa forme inversée.

Dans le cas particulier de l'adoption interracial il reste beaucoup d'inconnues relatives aux motivations dites « secondaires » alors que celles considérées comme motivations « importantes » ou nécessaires sont mieux connues, surtout parce qu'elles sont en

général communes avec tout type d'adoption. Il est clair qu'ici nous ne touchons qu'à une partie du problème : les motivations des candidats à l'adoption ou parents adoptants. Les motivations des enfants à être adoptés par des parents d'autres origines et d'autres cultures est une autre histoire. Leurs réactions sont mieux connues.

### Le pays d'origine comme mère biologique

Le rapprochement entre les notions de patrie et de mère peut apparaître comme banal mais il suggère l'existence de fantasmes, conscients ou inconscients, opérant une confusion entre mère-patrie et mère génitrice.

Bien que, dans la réalité, l'enfant adoptable a été déjà abandonné, dans les fantasmes de beaucoup de personnes surtout des ressortissants des pays sources, mais pas uniquement, il s'agit toujours d'arracher un enfant à sa mère, une mère qui ne peut pas être considérée comme carentielle ni clairement différente de la mère patrie. En général quand il s'agit de cette thématique mythologique, dans le discours manifeste, il n'est pas question de mère, mais de pays d'origine ou de pays d'accueil ; au niveau inconscient, la confusion peut être totale.

Il a été constaté un rapprochement fréquent entre le pays d'origine et la mère biologique chez les adoptés, ce qui s'exprime clairement dans les discours portant directement sur leurs parents, discours qui contiennent presque des termes identiques à ceux employés à propos du pays d'origine, soit dans le rejet, soit dans l'idéalisation.

Ce qui est intéressant, c'est que chez les adoptants le pays d'origine est aussi assimilé à la mère biologique. Bien qu'en général les adoptants, ont peu d'informations directes et objectives sur les parents de naissance des enfants adoptés à l'étranger, leurs préoccupations sur les géniteurs, souvent provoquées par les questions des adoptés, sont reportées sur la patrie, souvent par le biais culturel.

SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS  
Institut de psychanalyse de Paris

# Conférences de Ste-Anne

## Clinique Psychiatrique et Psychanalyse

ORGANISÉES PAR LES PSYCHIATRES-PSYCHANALYSTES  
MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS

---

**Programme 2003 - 2004**

**18 octobre 2004** (3ème lundi)  
**La création de la Nosographie psychiatrique moderne par S. Freud.**  
Fonction centrale de l'évènement psychotique dans ce processus scientifique  
*Jacques Le Beuf*

**22 novembre 2004** (4ème lundi)  
**De l'arrêt d'une psychothérapie d'enfant à l'entrée dans la schizophrénie à l'adolescence et de son suivi**  
*Michel Ody*

**13 décembre 2004** (2ème lundi)  
**Changements corporels et identité sexuelle**  
*Gérard Le Goues*

**24 janvier 2005** (4ème lundi)  
**Constructions dans l'analyse**  
*Guy Laval*

**28 mars 2005** (4ème lundi)  
**La dépression essentielle**  
*Alain Ksensee*

**23 mai 2005** (4ème lundi)  
**Rose et sa mère**  
*Françoise Jardin*

**27 juin 2005** (4ème lundi)  
**Accueil de l'adolescent en Institution ambulatoire. Approche psychopathologique et Clinique de la Parentalité**  
*Jacques Fortineau*

---

CES CONFÉRENCES ONT LIEU, SAUF EXCEPTION,  
LE 4<sup>e</sup> LUNDI DU MOIS À 21H00  
À L'AMPHITHÉÂTRE PIERRE DENIKER, REZ-DE-CHAUSSÉE,  
ENTRÉE PIÉTONS 1 RUE CABANIS, 75014 PARIS

---

**Renseignements :** Société Psychanalytique de Paris, 187 rue Saint-Jacques, 75005 Paris.  
**Tél.** 01 43 29 66 70 du lundi au jeudi. **E-mail :** spp@spp.asso.fr. **Site internet :** www.spp.asso.fr. **Inscriptions :** pas d'inscriptions au préalable.

SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS

## Séminaire d'introduction à la psychanalyse

**Les pulsions et les conflits**  
théorie et clinique en psychanalyse  
et en psychothérapie

*Cycle de deux ans ouvert aux Médecins, Psychiatres, Psychologues*

Lundi 11 octobre 2004 <i>Conflits et pulsions</i>
Lundi 8 novembre 2004 <i>L'hystérie et la théorie des pulsions</i>
Lundi 22 novembre 2004 <i>Symbolisation et régression formelle</i>
Lundi 13 décembre 2004 <i>Aux origines de la vie psychique</i>
Lundi 10 janvier 2005 <i>Les théories sexuelles infantiles</i>
Lundi 24 janvier 2005 <i>Les bouleversements de l'adolescence</i>
Lundi 14 février 2005 <i>Pulsions et première topique</i>
Lundi 14 mars 2005 <i>L'économie du jeu pulsionnel</i>
Lundi 11 avril 2005 <i>Le destin des pulsions dans les névroses</i>
Lundi 9 mai 2005 <i>Les pulsions et le narcissisme</i>
Lundi 23 mai 2005 <i>Pulsion et transfert</i>
Lundi 13 juin 2005 <i>Penser, sublimer, agir, décharger</i>
Lundi 27 juin 2005 <i>Le tournant des années 20</i>

Deux lundis par mois de 20h45 à 23h à la SPP 187 rue Saint Jacques 75005 PARIS

Nombre de places limité à 82 participants. Cartes annuelles données dans l'ordre de réception des inscriptions. La porte sera fermée à partir de 21h.

La Société psychanalytique de Paris propose un séminaire de sensibilisation à la psychanalyse, ouvert aux médecins, psychiatres, psychologues.

A chaque séance sont présentés un exposé théorique et une illustration de cas discutée par les participants. Nous envisagerons les divers aspects des pulsions et des conflits à partir des tableaux cliniques rencontrés en psychanalyse et en psychothérapie psychanalytique.

**DROITS D'INSCRIPTION POUR L'ANNÉE : 130 €**  
Chèque libellé à l'ordre de la SPP, à retourner à LA SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS. Merci de joindre à votre règlement vos coordonnées précises (nom, prénom, adresse, téléphone et profession)

\*\*\*  
**UNE CARTE D'ENTRÉE VOUS SERA ADRESSÉE EN RETOUR**

\*\*\*  
Dans la mesure des places disponibles, il est possible de régler, sans inscription préalable, à l'unité, soit 15 € à l'entrée du séminaire

\*\*\*  
Pour tous renseignements, s'adresser à :  
**SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS,**  
187 rue Saint-Jacques, 75005 Paris  
Tél. : 01 43 29 66 70  
Fax : 01 44 07 07 44  
E-mail : spp@spp.asso.fr  
Site internet : www.spp.asso.fr

\*\*\*  
Lundi-mercredi : 9h - 13h  
Mardi-jeudi : 13h - 17h

COMITÉ SCIENTIFIQUE Le président de la SPP, et : Liliane Abensour, Marilisa Aisenstein, Bernard Brusset, Paul Denis, Jean-Luc Donnet, Alain Fine, Jacques Fortineau, Roger Misès, Jacqueline Schaeffer, Christian Vasseur • COMITÉ D'ORGANISATION : Gérard Bayle, Danièle Kavin-Bonnefond, Cyrille Munier, Félicie Nayrou • AVEC LA PARTICIPATION DE : Jean-Louis Baldacci, Michèle Bertrand, Elisabeth Birot, César Botella, Bernard Brusset, Françoise Coblence, André Green, Paul Israël, Augustin Jeanneau, Albert Louppe, Michèle Perron-Borelli, Denys Ribas, Bernard Touati

Au-delà de l'intérêt culturel plus ou moins important pour le pays d'origine de l'enfant, il existe chez les parents adoptifs, un lien inconscient, beaucoup plus conflictuel que ne le laissent entendre leurs discours. Le rejet, le mépris, la rivalité, l'ambivalence, l'intérêt passionné, le sentiment d'avoir un lien de parenté (émigration d'anciennes générations vers les pays sources) tellement leur investissement peut être fort... y sont entremêlés.

Ce pays d'origine leur a donné un enfant et dans la fantasmatisation parentale, cette patrie occupe symboliquement la place de la mère biologique et elle sera l'objet des mêmes pulsions, des mêmes projections, de la même ambivalence que la mère génitrice. Les adoptants sont reconnaissants d'avoir reçu un enfant et ils se lient d'amitié avec le pays, la culture d'origine de l'adopté. Ils souhaiteraient même se faire parfois adopter par ce pays, ils peuvent appartenir à la même famille que les parents biologiques, en créant des liens mythologiques historiques (des ascendances communs).

Ces pays sources peuvent aussi devenir des « mauvaises mères » qui abandonnent, qui maltraitent les enfants et cela peut justifier des attitudes d'indifférence, de méfiance, de rejet qui prédominent chez certains parents. Mais aussi la culpabilité vis-à-vis de la mère dépossédée se traduit parfois par des cadeaux compensatoires : des dons et des parrainages.

La rivalité est parfois gérée par l'apport de preuves comme quoi l'enfant est bien élevé, l'adoption est réussie, qui peuvent être transmises soit aux organismes intermédiaires de l'adoption, soit envoyées directement aux orphelins.

F. Maury nous rappelle, enfin, que remplacer inconsciemment la mère génitrice par la mère-patrie est un processus d'évitement, beaucoup moins angoissant que la confrontation direc-

te avec la question des parents biologiques favorisée par l'adoption internationale, qui protège les adoptants d'angoisses et de sentiments de culpabilité. De faibles préoccupations qui chez les adoptants pour les parents biologiques seraient contrebalancées par un investissement plus ou moins fort, parfois passionné de la culture du pays d'origine : la mythologie y prend sa place de droit.

Citons pour terminer un témoignage de parents adoptifs d'un enfant Colombien : « *Partir en Amérique du Sud tombait sur le sens pour nous deux, nous voulions à tout prix choisir un pays vers lequel nous étions attirés, dans le but de pouvoir parler à notre enfant de son pays avec amour, avec les yeux qui pétillent et le coeur en voyage, bref nous voulions adopter son pays et sa culture en même temps que lui car ils font partie de lui.* (...) »<sup>(5)</sup>. ■

Raphaël Rojas\*

Psychologue clinicien, Psychothérapeute.

### Notes

(1) *L'accompagnement de l'adoption*, Rapport remis à Ségolène Royal par le Conseil supérieur de l'adoption le 9 avril 2002.

(2) *L'adoption à l'étranger et la souffrance des liens. L'étrange étranger à l'épreuve de la filiation*, Etudes et recherches n°5, AERES Diffusion, 54 rue de Garches, 92420 Vaucresson.

(3) C'est avec cet objectif que s'est créée l'Association ENTER, L'accompagnement de l'adoption, L'Arbre Vert, 4 rue d'Annam, CSAF, 75020 Paris.

(4) F. MAURY, *L'adoption interracial*, Paris 1999, L'Harmattan.

(5) La Lettre-Info APAEC (Association des parents adoptifs d'enfants colombiens), Juillet 2002, n°37.

### LIVRES

#### Bébés étranges, bébés sublimes

Dossier coordonné par Marie-Rose Moro

*L'autre*

*Cliniques, culture et sociétés*

*Revue transculturelle 2004, vol 5, n°2*

*La pensée sauvage, 23 €*

Elodie Razy aborde la notion de personne sous l'angle des gestes et attitudes quotidiens qui s'appliquent au corps de l'enfant sonné durant la petite enfance. Leur analyse met au jour la vulnérabilité des composantes de la personne du petit enfant - souffle vital et double - qui l'expose à divers dangers. Ces derniers sont, notamment, liés à la fuite de son souffle vital par les orifices de son corps, à la capture de son double ou, encore, à l'action du « mauvais double » de sa mère. D'où la nécessité d'un engagement total des partenaires dans un maternage dit « de proximité », gestes liés aux bâillements, aux étouffements, à la toilette et au sommeil. La lecture de ces faits du quotidien, à la lumière de certains gestes rituels effectués lors de la naissance, offre des éléments de réponse à la question du statut du petit enfant sonné. Elle montre, à quel point, ces pratiques relèvent d'un même univers de représentations et de quelle manière la question du lien entre gestes quotidiens et gestes rituels peut ouvrir à une réflexion plus générale sur l'efficacité du rituel.

Après une rapide définition des notions d'affects et d'émotions, Bernard Golse résume l'histoire des idées et des connaissances en la matière et analyse leur émergence chez le bébé. Il conclut que la rencontre entre adulte et ce dernier ne peut être une éducation des sentiments et qu'elle ne fonctionne que si elle est un véritable espace de récit partagé.

Saskia Walentowitz explore les représentations et soins autour de l'enfant prématuré chez les Touaregs de l'Azawagh au Niger. L'analyse de la théorie touarègue de la procréation et du développement fœtal montre que l'arrêt précoce de la grossesse (fausses couches et naissances prématurées) résulte, dans cette société, d'un manque d'honneur masculin portant atteinte à l'âme sensible du fœtus. L'ensemble de ces représentations s'inscrit dans le cadre des rôles féminin et masculin dans la société, associant la femme à l'intérieur protecteur et l'homme à l'extérieur dangereux non domestiqué. En étudiant les métaphores de l'utérus assimilé à une tente ou à une outre en peau, il apparaît que le traitement particulier du corps du prématuré par de l'eau contenant du tannin rétablit symboliquement le pouvoir procréateur féminin mis à mal et restaure l'image de la matrice comme un espace inviolable, base indispensable pour toute vie.

Fondé sur des observations ethnographiques réalisées près de mamans occidentales portant leur enfant au dos « à l'africaine », Marie-Armelle Barbier-Le Deroff interroge sur les communications interpersonnelles qui peuvent être associées à l'emploi d'une technique « hors du commun ». L'étude de ces échanges, comme celle des interactions du couple « porteur-porté » avec l'environnement social et matériel, montre le rôle des influences culturelles dans la construction du rapport à l'autre. Elle conduit à s'interroger sur les applications possibles d'une façon de faire, aux stimulations singulières, dans des situations où la rencontre « grand-petit » se montre difficile.

## LIVRES

## « Les défis du vivant »

Thomas Cassuto  
Institut Presaje ed\* 15 €

Cet ouvrage réunit les travaux concertés de douze experts scientifiques, économistes, magistrats et juristes autour des questions que soulèvent les recherches sur les sciences de la vie et, plus spécifiquement, les OGM. En effet, ce livre fait le point sur les questions et les enjeux éthiques, économiques, juridiques, politiques, voire religieux que représente la recherche génétique sur les organismes vivants. L'articulation de ces différentes disciplines est problématique quant au respect de leur liberté, expression, action, en tenant compte de leurs contraintes d'espace, de temps (par exemple le temps législatif n'est pas le temps de la recherche) ... tout en gardant l'être humain et le citoyen au centre de leur intérêt.

Ainsi, qu'en serait-il de la procréation hors d'un projet parental ? Comment considérer les droits et libertés des parties donatrices et réceptrices dans le clonage thérapeutique ?... Cette rencontre, entre ces différents experts mais aussi entre le lecteur et ces pages, nous renvoie à notre vision de l'Homme, notre place dans la société, notre avenir, conjugués au coût économique de ces avancées biotechnologiques, aux questions de responsabilité et, plus largement, à l'hétérogénéité des législations nationales.

Ici, l'édification de ponts entre ces différentes pratiques a pour but, clairement affirmé, de permettre aux différents intervenants de travailler ensemble et, au mieux, sur les grands sujets d'avenir tels que la recherche génétique.

Vanessa Giocanti

\*2 avenue Hoche, 75016 Paris

## La psychanalyse en traductions

Che vuoi ? n°21  
L'Harmattan 24 €

Les textes de ce numéro montrent le paradoxe auquel est confrontée la psychanalyse dès qu'elle quitte sa langue natale, allemande ou française : elle ne se traduit pas plus qu'elle ne se transmet. Pas plus et pas moins, par les mêmes canaux, et par le lieu même de son impossibilité, par ce qui ne passe pas. Passant d'une langue à l'autre, la psychanalyse doit être réinventée, retrouvée comme l'objet qu'on ne savait pas avoir perdu. Cette réinvention ne s'effectue que si les passeurs, à la fois, connaissent les langues du corpus à transmettre et ont perçu, pour eux-mêmes, l'existence d'une langue oubliée, celle de l'infantile en soi que Lacan nomme *lalangue*.

Celui qui se laisse porter d'une langue à une autre éprouve la prise, la surprise de l'inconscient comme une expérience de trébuchement fécond, qui seul permet de traduire et de transmettre la lettre vivante de la psychanalyse. « *Qu'est-ce qui du travail de l'inconscient ne peut s'écrire ?* » demande Lacan dans la préface à l'édition allemande de ses *Ecrits*. En ouverture de ce numéro, le *wo Es war freudien* marque la pointe où l'acte de traduire trahit et fait don en retour d'un sens que la traduction révèle, enrichissant le traducteur et le lecteur de ce qu'il ne savait pas qu'il savait.

Ont participé à ce numéro : C. Milner, G.-A. Goldschmidt, J. Altounian, L. Cornaz et Qi Chong, O. Douville, G. Tarabichi, J. Zouéin, M. Constantinopoulos, J. Morel Cinq-Mars, A. Houballah, Cl. Maillard, F. Reznik, J. Zouéin, G. Sabsay Foks, L. Cornaz, P. Hassoun, M. Tricot.

## Introduction et présentation du CPOA

Les recommandations thérapeutiques concernent aujourd'hui les pathologies catégorielles. Pour l'urgence psychiatrique, il existe des arbres décisionnels pouvant aboutir à des recommandations, leur but consiste le plus souvent à guider l'évaluation diagnostique devant une conduite ou un syndrome (conduite d'agitation, syndrome confusional).

Notre enquête naturaliste et prospective veut montrer la réalité de la prescription de traitements psychotropes dans les situations d'urgence psychiatrique. Elle vise à éclaircir les raisons du choix d'un traitement selon la mise en évidence du symptôme dominant - qui devient le symptôme cible du traitement -, les hypothèses diagnostiques retenues, mais aussi la prise en compte du traitement en cours ou interrompu au moment de l'urgence, ou encore la spécificité de certaines populations (adolescents, personnes âgées). Le terrain de cette enquête est le CPOA, Centre Psychiatrique d'Oriente et d'Accueil, situé dans l'hôpital Sainte Anne à Paris, qui assure depuis sa création par Georges Daumézon en 1967<sup>(14)</sup> l'accueil, le traitement et l'orientation de l'urgence spécifiquement psychiatrique à raison de 10600 passages par an (bilan 2002). Ce centre, reconnu dans sa mission d'interface entre les secteurs et les hôpitaux généraux ou les diverses institutions, reçoit sans restriction 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 toute personne âgée de plus de 15 ans, avec ou sans avis médical préalable. Il traite ainsi un éventail de populations et de situations cliniques très vaste.

Une réponse téléphonique pour renseignements ou conseils ou pour annoncer la venue d'une urgence fonctionne en permanence. La durée de séjour est de moins de 5 heures pour 2/3 des patients, 6 heures et plus pour 1/4 d'entre eux. Ce temps, dit de consultation prolongée, s'impose dans les cas nécessitant une observation clinique plus approfondie, l'attente de l'entourage ou celle du contact avec le réseau de proximité. Il s'applique systématiquement aux situations de crise à l'adolescence, aux jeunes suicidants, aux personnes âgées, à certaines situations liées à la précarité et à leurs difficultés d'accès aux soins. Quatre lits d'hospitalisation brève in situ complètent le dispositif. Des consultations dites de post urgence sont actuellement mises en place pour faciliter l'adhésion aux soins.

## Méthodologie de l'enquête

**1° Base de travail :** une première enquête rétrospective en octobre 2001. Les résultats de cette enquête, portant sur 1 mois et totalisant 934 passages, a montré quels sont les médicaments prescrits en urgence. Elle a permis de faire la corrélation avec les données systématiquement recueillies (en-dehors de toute enquête), et les différents axes du DIAUP (DIAGNOSTIC d'URGENCE Psychiatrique, cf. annexe (1) (12)(19), outil diagnostique multi axial à usage interne dans les différents lieux d'urgence (SAU) rattachés à l'hôpital Ste Anne. Cet outil a été élaboré après une étude au CPOA en 1988, puis complété, et présenté au congrès de l'IAEP en 1998 (20). Dans sa forme actuelle, il comprend les axes « *signes et demandes motivant la consultation* », « *motifs environnementaux* » « *hypothèses CIM 10* » avec un détail particulier « *troubles de personnalité* ». L'étude prospective des prescriptions en octobre 2001 a permis de préciser le symptôme cible du traitement, à côté du diagnostic catégoriel.

## 2° Le questionnaire prospectif

Nous avons retenu les données habituelles figurant dans le dossier CPOA : celles liées au patient (âge, sexe), celles

## Enquête naturaliste et prospective des traitements prescrits dans un service d'urgence psychiatrique

liées aux conditions qui font l'urgence (heure et mode d'arrivée, axe 1 du DIAUP : « motif de consultation », axe 2 du DIAUP : « motif environnemental »), et celles découlant du traitement de l'urgence (durée de séjour au CPOA, axe 3 du DIAUP « hypothèses diagnostiques », orientation au sortir de l'urgence). Bien d'autres informations telles que le domicile, la profession, la présence de l'entourage ou le nombre d'hospitalisations antérieures n'ont pas été cette fois utilisées.

Nous y avons adjoint des questions sur les traitements prescrits et les symptômes cibles en tenant compte des résultats de l'enquête précédente (annexe 2). Les symptômes cibles du traitement ont été relevés dans les indications AMM (autorisation de mise sur le marché) des principaux psychotropes quand celles-ci se cantonnent à un aspect dimensionnel (anxiété, agitation, agressivité, sevrage, impulsivité, insomnie). Ils correspondent partiellement à l'axe 1 du DIAUP, mais celui-ci comporte aussi les « demandes motivant la consultation », ce qui ne correspond pas toujours à des symptômes. Certains symptômes correspondent à un diagnostic catégoriel avéré (symptômes dépressifs, idées délirantes, mutisme catatonie, pensée désorganisée). Des symptômes maintenant considérés comme évoluant vers l'agitation en l'absence de traitement ont été spécifiquement mentionnés (excitation, hostilité méfiance tension). Le cotuteur pouvait au choix et selon les circonstances, notamment en cas d'association médicamenteuse, cocher au maximum 2 symptômes cibles. Le traitement psychotrope en cours, interrompu, ou administré juste avant l'arrivée a été recherché d'une manière particulièrement détaillée. Enfin, la réalisation d'une contention mécanique, quand elle existait, devait être simplement mentionnée.

Ainsi, une feuille de recueil de données a-t-elle été systématiquement et préalablement incluse dans chaque dossier/patient et remplie par le consultant. Le grand nombre de médecins et d'internes de garde pendant 1 mois, soit 32, ne nous a pas semblé constituer un biais pour une étude naturaliste, étant donné la précision des questions et le lien direct avec la prise en charge habituellement effectuée par chaque clinicien. Cependant, chaque matin, l'un des 4 médecins permanents du service revoyait les feuilles de recueil du jour précédent, pour compléter les données éventuellement oubliées et ce, sur la base du dossier/patient habituellement rempli au CPOA.

## Résultats

## Répartition de la population qui consulte

On a enregistré 894 passages aux urgences du CPOA du 1<sup>er</sup> au 31 octobre 2002. Cette population présente quelques caractéristiques générales.

Le sex ratio est à prédominance masculine (56,5%) dans l'ensemble mais cette proportion s'inverse pour les plus jeunes et les plus âgés (moins de 20 ans et plus de 50 ans) alors que 2/3 des consultants se situent entre 20 et 50 ans.

L'accès à ce service spécialisé dans l'urgence psychiatrique se fait sans intermédiaire dans 1 cas sur 2, le patient venant seul ou accompagné de son entourage. Un patient sur 5 est adressé par un hôpital général et 1 sur 6 par un médecin de ville. Les autres modes d'accès se répartissent entre

police, pompiers et SAMU social.

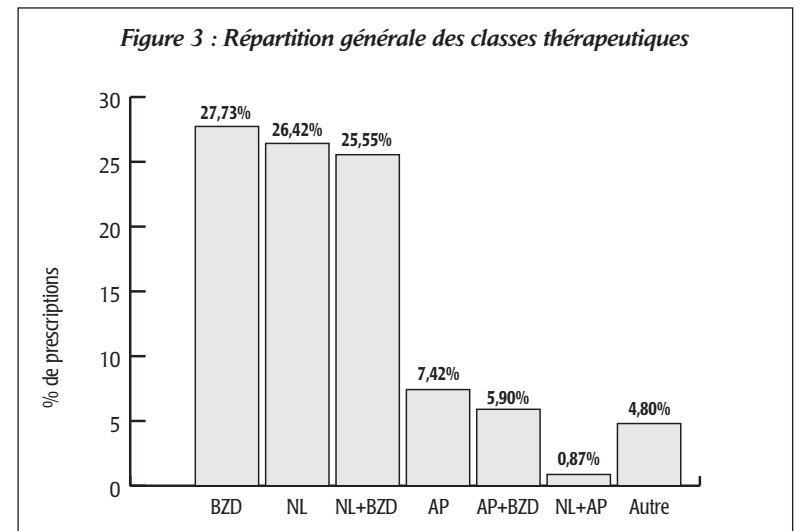
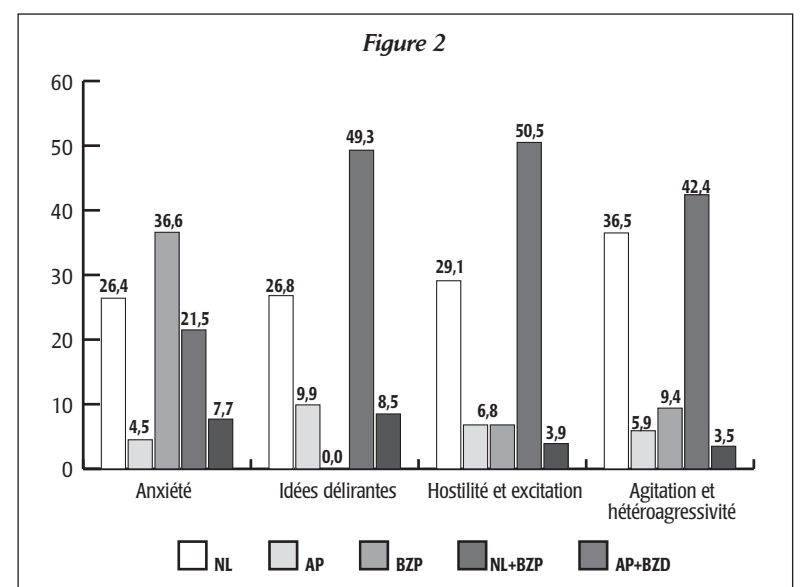
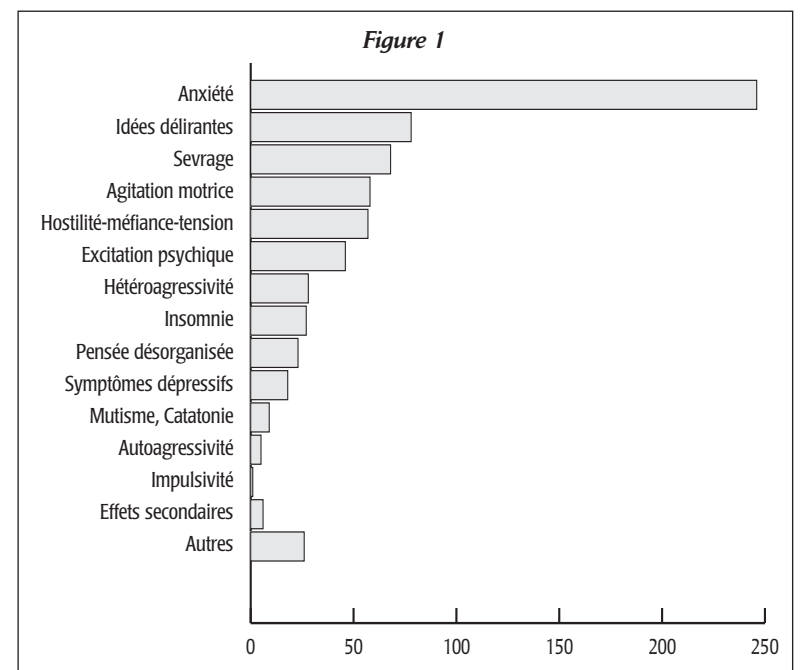
L'orientation au sortir de l'urgence se conclut, pour près de la moitié des patients, par une consultation thérapeutique ou une gestion de la crise in situ, pour 1/4 des patients par une hospitalisation en service libre et pour le 1/4 restant par une hospitalisation à la demande du tiers ; un petit pourcentage de patients sont adressés à l'hôpital général pour un problème organique prévalent (2,6%).

La moitié des patients n'ont nécessité aucun traitement psychotrope au CPOA, pour une faible part (1/3) en raison d'un traitement reçu antérieurement à l'hôpital général, mais surtout du fait d'une urgence qui se résout autrement (près de 2/3 de ceux qui repartiront sans être hospitalisés, vers des soins ambulatoires).

La répartition des patients selon les hypothèses diagnostiques CIM 10 cotées dans le DIAUP est la suivante (le total des diagnostics excède le total des

passages, sachant que 2 hypothèses peuvent être cotées en urgence) : 35% de troubles schizophréniques, psychotiques aigus et délirants persistants, 32% de troubles anxio dépressifs, 22% de troubles de personnalité 19% de troubles liés à l'alcool et aux substances psycho actives. Selon le diagnostic porté, on constate que le pourcentage de patients nécessitant un traitement d'urgence varie : 2/3 des schizophrénies, 3/4 des épisodes psychotiques aigus et transitoires, 57% des troubles liés à l'alcool, 1/2 des troubles liés aux substances psycho actives, 1/3 des épisodes dépressifs, 44% des troubles de personnalité sans autre diagnostic.

Rappelons qu'il existe une certaine rigueur quant à cette détermination diagnostique, malgré la situation d'urgence, du fait de l'intense communication avec les services qui adressent et ceux qui assurent le suivi, de la connaissance du diagnostic qu'ont désormais



les patients et leur entourage, et enfin bien sûr de l'examen dont bénéficie le patient.

### Le traitement psychotrope administré aux urgences du CPOA

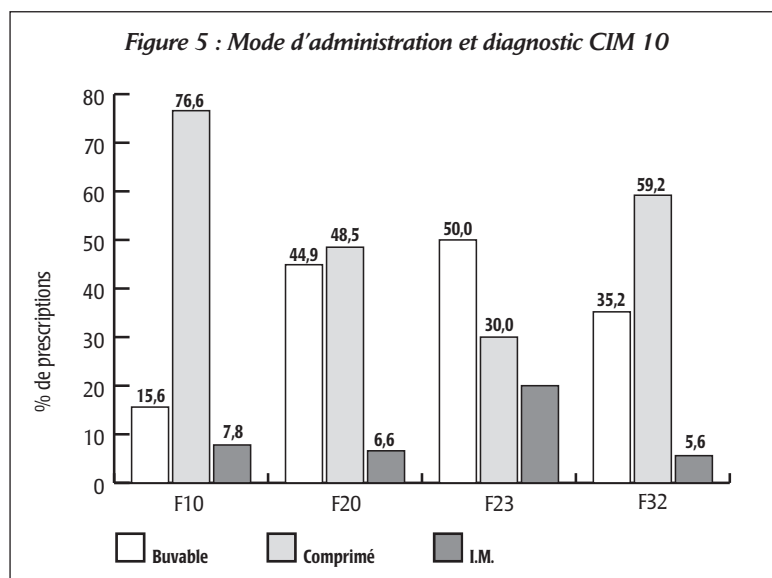
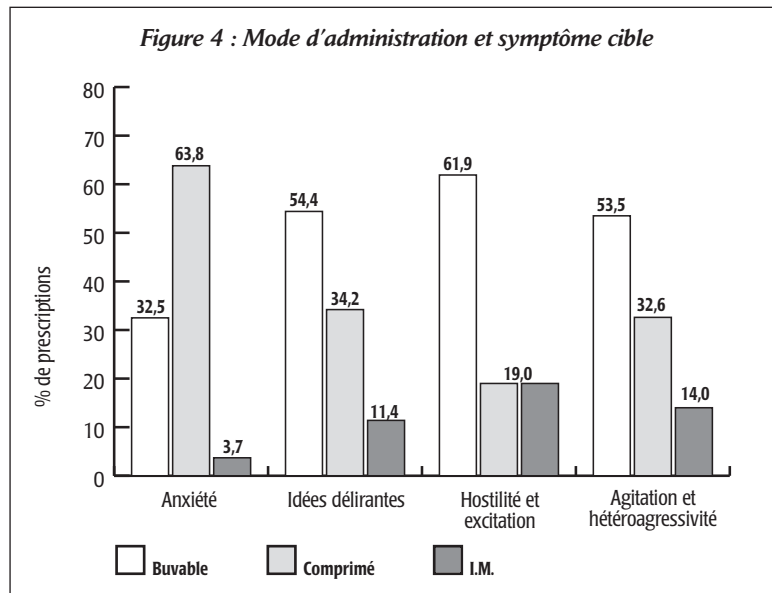
Selon le symptôme cible et le motif de consultation

Les signes ou demandes avancées par le médecin, l'entourage ou le patient comme motif de la consultation, systématiquement cotées dans le DIAUP, sont principalement : l'anxiété (20%), l'idéation dépressive (13%), les idées délirantes (12,4%), les idées et conduites suicidaires (10,3%), l'agitation et l'agressivité (9%), claustration, repli, errance (9%).

La répartition des symptômes cibles (Figure 1), dont un ou deux au maximum pouvaient être cotés, apparaît généralement corrélée à ces motifs de consultation. L'anxiété est une cible thérapeutique dans 52,6% des cas, isolée ou associée à idées délirantes, sevrage ou idéation dépressive ; les symptômes considérés comme précurseurs de l'agitation (hostilité, méfiance, tension et excitation psychique) représentent une cible thérapeutique dans 14,8% des cas, l'agitation et l'agressivité dans 12% des cas, les idées délirantes dans 11,2% des cas. En revanche, les symptômes dépressifs ou les conduites suicidaires ne sont des cibles thérapeutiques que dans 3,3% des cas, soit le 1/3 des cas où ils sont motifs de consultation, d'une part en raison de l'absorption médicamenteuse préalable, d'autre part du fait du peu de pertinence à instaurer un traitement antidépresseur adéquat dans les premières heures de l'urgence.

Le traitement du symptôme cible anxiété (Figure 2) se répartit en : benzodiazépines dans 66% des cas (isolées dans 36,6% des cas, associées à un neuroleptique dans 21,5% des cas ou à un antipsychotique dans 7,7% des cas), neuroleptiques conventionnels seuls dans 26,4% des cas, neuroleptiques atypiques ou antipsychotiques dans 4,5% des cas. Ces résultats semblent prouver que l'effet anxiolytique est recherché non seulement directement mais aussi par l'effet antipsychotique quand existent des symptômes de cette lignée, ou que le véritable symptôme cible est alors le symptôme psychotique.

L'agitation et l'agressivité comportementales avérées sont d'une incidence relativement faible et cela mérite d'être souligné. Leur traitement comporte : des neuroleptiques conventionnels seuls dans 36,5% des cas, associés à des benzodiazépines dans 42,4% des cas ; des benzodiazépines seules dans 9,4% des cas ; des neuroleptiques atypiques ou antipsychotiques seuls ou associés, à des benzodiazépines ou plus rarement à un neuroleptique conventionnel, dans 9,4% des cas. Le traitement des symptômes considérés comme pouvant précéder l'évolution vers l'agitation est légèrement différent puisqu'il comporte des neuroleptiques conventionnels seuls dans 29,1% des cas, associés à des benzodiazépines dans 50,5% des cas, des benzodiazépines seules dans 6,8% des cas, des neuroleptiques atypiques ou antipsychotiques seuls ou associés à des benzodiazépines dans 10,7% des cas. Les idées délirantes sont traitées dans 19% des cas par des neuroleptiques atypiques ou antipsychotiques seuls ou associés à une benzodiazépine, et par des neuroleptiques conventionnels dans 76,1% des cas, associés une fois sur deux à des benzodiazépines. Ces résultats montrent la plus grande utilisation des neuroleptiques atypiques ou antipsychotiques dans le cas d'une symptomatologie psychotique productive voire dans le cas où ces symptômes peuvent évoluer vers l'agitation ou des troubles du comportement ; en revanche, l'agitation et l'agressivité avérées, qui ne relèvent pas forcément



d'un diagnostic de troubles psychotiques, sont traitées davantage par des neuroleptiques sédatifs du comportement et par des benzodiazépines.

#### Selon l'axe environnemental

Bien évidemment le motif de déclenchement environnemental ne saurait être l'objet d'un traitement. C'est plutôt en termes de corrélation que nous envisageons le lien entre traitement et item de l'axe environnemental. La rupture de soins entraîne de réintroduire en urgence un traitement dans 3/4 des cas, pour le 1/4 restant un traitement n'est pas réintroduit du fait que l'interruption est très récente ou du fait d'une rechute nécessitant l'hospitalisation et une nouvelle réflexion thérapeutique. Les 3 motifs associés chacun à une prescription d'urgence dans environ la moitié des cas sont le conflit familial, le conflit conjugal, et la rupture de logement. Cela s'explique parfois par la véritable urgence émotionnelle qui les accompagne, d'autant plus qu'existe déjà une pathologie catégorielle, cela s'explique aussi par la fréquence avec laquelle ces motifs sont allégués dans les situations psychiatriques les plus graves telles que la maladie schizophrénique ou encore les pathologies combinées à la précarité. Des motifs environnementaux comparables, le changement de traitement, le changement familial, et curieusement la rupture sentimentale, ne sont pas du tout associés au même pourcentage de traitements en urgence.

#### Selon le respect de la continuité du traitement

Pour discuter de la continuité du traitement, nous distinguons le traitement habituellement prescrit au long cours - puisque, rappelons-le, plus du sixième des consultations d'urgence prennent place alors qu'il existe une rupture de soins repérée - et le traitement préalable à la situation d'urgence initié soit au domicile, soit aux urgences de l'hôpital général.

Quand les patients arrivent au CPOA après avoir reçu une médication d'urgence (en ordre décroissant : cyaméazine, loxapine, clonazépam), ce traitement

est reconduit 1 fois sur 2. Dans l'autre moitié des cas, il y a un changement de classe de psychotrope (benzodiazépine le plus souvent) ou encore mise en place d'un traitement de la pathologie catégorielle (reprise du traitement en cours, injection du neuroleptique retard interrompu, début d'un traitement antidépresseur).

Pour ce qui est du traitement habituellement prescrit au long cours, quand il existe il est systématiquement recherché. Il n'est pas retrouvé avant toute nouvelle administration chez 25% des consultants : tantôt il n'y avait aucun traitement ou le traitement était trop ancien pour être significatif, tantôt les patients en rupture de soins ne voulaient pas ou ne pouvaient pas le rapporter avec exactitude. Quand le traitement au long cours habituellement prescrit est connu, il est reconduit sur place dans 1 cas sur 2. Dans l'autre moitié des cas, plusieurs situations sont identifiables : soit le traitement habituel peut être reconduit de façon partielle et complété notamment par l'adjonction d'une benzodiazépine dans le but de diminuer la posologie neuroleptique (24% des cas) ou d'accroître l'effet anxiolytique des antipsychotiques (20% des cas), soit la situation d'urgence avec ses symptômes cibles dominants que sont l'anxiété et l'agitation (48% des cas) nécessite un traitement sédatif avant même de pouvoir prendre connaissance du traitement en cours, soit la présentation galénique du traitement habituel ne permet pas de le reconduire (8% des cas notamment quand la forme buvable est retenue pour les raisons que nous évoquerons dans le paragraphe sur la voie d'administration).

Enfin, sur le site même du CPOA, un 2<sup>ème</sup> traitement qui n'était pas envisagé lors de la 1<sup>ère</sup> prescription peut être requis dans les cas suivants : si la durée de la consultation d'urgence augmente dans l'attente de résultats d'examen complémentaires, de la venue d'un membre de l'entourage, ou dans l'attente de l'ambulance qui conduira le patient vers l'hôpital receveur. 17,7% des patients ont ainsi été traités en 2 temps, la moitié d'entre eux ont reçu

simplement une 2<sup>ème</sup> prise identique du moins dans la spécialité préalablement employée, pour les autres le complément de traitement a eu pour objectif une amélioration de la sédation avec un complément en benzodiazépine 1 fois sur 2 ou en neuroleptique à visée sédatrice 1 fois sur 2 (cela concerne seulement 9% des patients traités sur place).

#### Classes de psychotropes et associations

Les traitements psychotropes sont administrés (Figure 3) soit isolément dans 60% des cas soit en association. La prescription de benzodiazépines est en constante augmentation, isolément dans 27,7% des cas, associées à un neuroleptique conventionnel dans 25,5% des cas ou à un neuroleptique atypique ou antipsychotique dans 6% des cas. Au total, 59% des patients traités reçoivent une benzodiazépine ; dans plus de la moitié des cas, le choix se porte sur une molécule à demi-vie courte (clonazépam, alprazolam, oxazépam). Dans moins de 1% des cas une association de neuroleptiques conventionnels et atypiques est prescrite. Cependant, il n'y a pas d'associations de neuroleptiques conventionnels étant donné les dangers maintenant clairement relevés de ces associations. La prescription de neuroleptiques atypiques ou antipsychotiques est aussi en constante augmentation : 16% des prescriptions isolées ou associées malgré l'absence de forme injectable et surtout malgré leur moindre sédation immédiate. Les neuroleptiques conventionnels sont moins prescrits que dans l'enquête précédente réalisée un an auparavant, mais ils atteignent encore 53% des prescriptions isolées ou associées. Moins de 4,8% des traitements se répartissent entre hypnotiques, antidépresseurs et thyrométabolites ; parmi les motifs de prescription, on retrouve la poursuite d'un traitement en cours, l'introduction d'un traitement pour un diagnostic catégoriel clairement établi par l'anamnèse et complété en urgence, ou le traitement ponctuel de la dimension insomnie.

#### Voie d'administration

Les produits psychotropes sont administrés per os (comprimés ou gouttes) ou en intra musculaire.

Cette dernière voie peut être choisie parfois pour motif de refus du traitement, mais aussi pour un délai d'action bien plus rapide, uniquement dans le cas des neuroleptiques conventionnels. Elle ne concerne dans notre étude que 10,2% des prescriptions pour les femmes, et 7,4% des prescriptions pour les hommes. La voie orale, très nettement utilisée dans 90 à 93% des cas se répartit avec une prédominance de la voie buvable sur les comprimés laquelle, moins intrusive que la voie injectable, permet le plus souvent d'assurer la prise, de moduler la posologie et de favoriser l'hydratation. Il est très rare dans notre expérience que les patients, accompagnés de la surveillance infirmière, rejettent le traitement sous forme buvable.

Même les dimensions comportementales telles que l'agitation et l'agressivité ou les symptômes considérés comme précurseurs de troubles du comportement sont traités en urgence essentiellement par voie orale (Figure 4). Seulement 1 patient sur 5 seulement présentant un état psychotique aigu reçoit un traitement injectable (Figure 5).

#### Traitement pharmacologique pour les adolescents et les jeunes adultes

La population de moins de 20 ans, en constante augmentation aux urgences psychiatriques, constitue 9% de l'ensemble des consultants, mais un protocole particulier leur est proposé, la consultation dite prolongée sur 24

#### LIVRES ET REVUES

##### La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale

###### Première partie

Véronique Baudet-Caille

Supplément au n°2363 des

Actualités Sociales Hebdomadaires

du 11 juin 2004

De nombreuses dispositions de la loi du 2 janvier 2002 ne sont pas entrées en vigueur immédiatement, nécessitant la publication de textes réglementaires. Selon un calendrier prévisionnel établi par le ministère, la première série de textes était attendue pour la fin du premier semestre 2002, en particulier ceux relatifs aux droits des usagers, aux autorisations, à la procédure budgétaire, aux comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSM) et au Conseil national de l'évaluation. Finalement, parmi ces textes très attendus, le décret budgétaire et comptable du 22 octobre 2003 est le premier à voir officiellement le jour, suivi de plusieurs textes portant sur les autres thèmes évoqués de novembre 2003 à mars 2004. Après la publication de cette première série de décrets, une partie importante de la loi du 2 janvier 2002 est entrée en application. Cette réforme a suscité, et suscite toujours, beaucoup d'interrogations. Le secteur social et médico-social reconnaît que cette réforme était nécessaire. Il s'agit d'une loi d'ouverture, à la fois dans ses objectifs et son champ d'intervention. En revanche, d'autres aspects sont contestés, en particulier la question des rapports entre les pouvoirs publics et les acteurs du secteur, notamment à propos du nouveau régime des autorisations, de la procédure budgétaire. N'y a-t-il pas un risque de voir se multiplier les charges administratives des établissements ? Certains le craignent. Le décret budgétaire et comptable a provoqué une volée de bois vert contre certaines de ses dispositions, qui, selon les professionnels, auraient pour effet d'augmenter les pouvoirs de l'autorité de tarification, laissant peu de marge de négociation avec les financeurs. Plus largement, c'est une autre question que posent les acteurs. La loi de rénovation de l'action sociale est ambitieuse dans ses objectifs, mais les moyens mis en œuvre seront-ils à la hauteur de ces ambitions ?

##### Santé mentale du jeune enfant : prévenir et intervenir

Sous la direction de Alain

Haddad, Antoine Guédeney et

Tim Greacen

Erès 20 €

La santé mentale de la petite enfance se prête, particulièrement, à la prévention. L'origine précoce de nombreux troubles psychologiques ouvre la porte à une multiplicité d'interventions préventives. Attention particulière à la relation mère-bébé, parents-bébé, prise en compte du contexte familial, socio-économique, culturel, accompagnement de la mère en difficulté, dépressive, usage de drogues licites ou illicites, prévention des risques de maltraitance, dépistage des troubles du comportement... toutes ces actions sont devenues habituelles dans le cadre de la pédopsychiatrie. Cet ouvrage collectif fait le point sur les actions de prévention existantes, leur évaluation, et dégage des pistes pour une organisation plus efficace de la promotion de la santé mentale pour les jeunes enfants.

Avec la participation de Jean-Louis Adrien, Thomas Berry Brazelton, Dominique Brengard, Marc Brodin, Bertrand Cramer, William Dab, Hilton Davis, Annick-Camille Dumaret, Claude Finkelstein, Peter Fonagy, Maria Pilar Gattegno, Nicole Guédeney, Veronika Ispanovic, Jean-Paul Liauzu, Michel Manciaux, Anna Paradisiotou, Kaija Puura, Joshua Sparrow, Maurice Titran, Richard E. Tremblay, John Tsiang's, Merja-Maaria Turenen, Jean Vuillemoz.

## LIVRES

## Enfants tyrans, parents souffrants

Diane Purper-Ouakil

Aubier, Editions Flammarion, 18,50 €

Dans notre société se posent de plus en plus des questions de places institutionnelles. Le modèle traditionnel : adultes qui dirigent et transmettent, enfants qui obéissent et reçoivent, est mis à mal par l'exigence de liberté individuelle et le désir d'épanouissement de la personne. Ainsi, toute limite, tout interdit est facilement présenté, même dans certains milieux spécialisés comme facteurs de traumatismes pathogènes. D. Purpel-Ouakil en donne des exemples saisissants avec des parents angoissés, soucieux de bien faire pour leur enfant et souvent incapables d'apporter les nécessaires frustrations, structurantes pour la psyché en construction. C'est un lieu commun que de noter l'affaiblissement actuel de la fonction paternelle, fonction qui doit être exercée, on l'oublie trop souvent par les deux parents. Une fois la situation dégradée, requalifier des parents maltraités s'avère une gageure.

On a l'impression qu'à la génération précédente, quelque chose ne s'est plus transmis, et chacun se sent incapable de faire référence à un modèle familial classique sans doute idéalisé, et de ne rien pouvoir proposer d'autre.

La question posée, en fait, concerne la société toute entière : quelles sont les valeurs qu'elle défend ? quel horizon éthique nécessairement décentré de l'univers familial peut préserver la famille comme lieu de vie et d'épanouissement de tous ses membres ?

Alain Frottin

## L'élaboration du premier test d'intelligence Oeuvres Choieses II

Alfred Binet et Théodore Simon  
Introduction par Serge Nicolas  
L'Harmattan, 18,30 €

Il y a maintenant un siècle que le premier test d'intelligence a été élaboré par Alfred Binet. Il fallait marquer la date du centenaire de cette création par la réédition des écrits fondateurs de Binet, encore trop peu connus, sur l'intelligence. L'élaboration de la première version de l'échelle métrique de l'intelligence a été réalisée au cours de l'année 1904-1905 dans le contexte de l'évolution des pratiques pédagogiques de l'époque. En octobre 1904, une commission ministérielle a été créée autour de la question de la scolarisation des enfants arriérés. Binet, qui fait partie de cette commission, imposera l'idée d'un examen psychologique afin de déterminer l'admission des enfants anormaux dans une école spéciale. C'est dans ce contexte qu'il élabore, avec l'aide de Théodore Simon, un test destiné à établir un diagnostic scientifique des états inférieurs de l'intelligence. C'est par le détour du diagnostic de la débilité mentale que la question de la mesure de l'intelligence va, ainsi, être formulée et résolue. C'est pour dépister les enfants arriérés, pour distinguer avec le minimum d'erreurs entre les retards dus à un déficit d'intelligence et ceux dus aux conditions défavorables du milieu et de la scolarité que Binet a construit son test dont la première version fut publiée en 1905 dans *L'Année Psychologique*. Ce livre présente et analyse, dans une perspective historique, les écrits constitutifs de la première version du test d'intelligence. La suite de l'ouvrage est consacrée à la réédition des premiers articles de Binet et Simon sur l'intelligence (1904-1905).

## ANNEXE 1 : DIAUP 2

## DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE EN URGENCE - DIAUP 2

## SIGNES OU DEMANDES MOTIVANT LA CONSULTATION (2 réponses maximum)

- 1 Angoisse
- 2 Troubles du sommeil
- 3 Troubles alimentaires
- 4 Plaintes somatiques
- 5 Conduites suicidaires, autoagressivité
- 6 Idées délirantes
- 7 Idées de suicide
- 8 Comportement hétéroagressif
- 9 Agitation, excitation
- 10 Idées délirantes
- 11 Claustrophobie ou repli ou bizarreries...
- 12 Syndrome confusionnel
- 13 Errance, fugue, voyage pathologique
- 14 Mutisme
- 15 Demande en rapport avec l'alcool
- 16 Demande en rapport avec une toxicomanie
- 17 Demandes de renseignements
- 18 Demande d'allure administrative
- 19 Demande d'allure sociale (hébergement...)
- 20 Autre (libellé spontané)

## MOTIF CONSULTATION ENVIRONNEMENTAL (2 réponses maximum)

- 1 Conflit conjugal
- 2 Conflit familial
- 3 Changement familial
- 4 Rupture sentimentale
- 5 Difficultés professionnelles
- 6 Rupture de logement
- 7 Changement de traitement
- 8 Rupture de soins
- 9 Événement traumatique
- 10 Autre événement de vie : (nouvelle brutale, incorporation, grossesse, ...)
- 11 Déclenchement ou aggravation d'une pathologie somatique
- 12 Pas de motif environnemental retrouvé
- 13 Autre

## DIAGNOSTIC I (2 réponses maximum)

- F03 Démence
- F06 Troubles mentaux dus à une affection organique
- F10 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool
- F19 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples
- F20 Schizophrénie
- F22 Troubles délirants persistants
- F23 Troubles psychotiques aigus et transitoires
- F30 Episode maniaque
- F31 Trouble affectif bipolaire
- F32 Episodes dépressifs
- F33 Trouble dépressif récurrent
- F40 Troubles anxieux phobiques
- F41 Autres troubles anxieux
- F42 TOC
- F43 Stress et troubles de l'adaptation
- F44 Troubles dissociatifs (de conversion)
- F45 Troubles somatoformes
- F50 Syndromes comportementaux avec perturbations physiologiques et facteurs physiques
- F59 à 59
- F60 Troubles spécifiques de la personnalité.
- F79 Retard mental, sans précision
- F84 Troubles envahissants du développement (autisme, psychose infantile, etc.....)

- Autres (CIM 10)
- Pas de diagnostic psychiatrique retenu
- Maladie somatique

## TROUBLES DE LA PERSONNALITE DETAILLES (1 réponse)

- F60.0 Personnalité paranoïaque
- F60.1 Personnalité schizoïde
- F60.2 Personnalité dyssoziale
- F60.3 Personnalité émotionnellement labile
- F60.4 Personnalité histrionique
- F60.5 Personnalité anankastique
- F60.6 Personnalité anxieuse (évitante)
- F60.7 Personnalité dépendante
- F60.8 Autres troubles spécifiques de la personnalité

heures pour affiner l'investigation clinique considérée comme plus difficile à cet âge.

Ils viennent d'eux-mêmes ou avec leur famille dans 45% des cas, adressés par un hôpital ou un médecin libéral dans 45% des cas, ou encore par la police dans 4% des cas.

Les motifs de consultation diffèrent de ceux de la population générale : 2 fois plus d'idées délirantes ou de conduites suicidaires (taux de 20%), plus d'angoisse (40% contre 35), plus d'hétéro agressivité et d'agitation (15% contre 11), les idées délirantes ou dépressives étant par contre inférieures, ou du moins masquées.

Certains symptômes cibles du traitement se retrouvent avec une prévalence doublée par rapport à la population générale, tels l'agitation/impulsivité ou l'insomnie. Il est vrai que l'identification de ces conduites par le clinicien correspond davantage à la prudence diagnostique recommandée à l'adolescence que celle d'autres traits, tels les idées délirantes ou les idées dépressives, immédiatement reliés à une catégorie diagnostique.

Les motifs d'environnement facteurs de l'urgence relèvent du conflit familial dans 1/3 des cas (2 fois plus que pour l'ensemble des consultants pour lesquels un motif a été coté), de la rupture de soins dans 8% des cas seulement (2 fois moins que pour l'ensemble des consultants).

Le nombre de patients traités est légèrement inférieur (42%) et le taux d'hospitalisation nettement plus bas (38%) que dans la population générale. La moitié des patients traités (soit 21% de la population des moins de 20 ans qui se présente aux urgences psychiatriques) reçoit encore des neuroleptiques conventionnels en réponse à un symptôme cible agitation ou agressivité. Parmi eux, la cyamémazine reste très utilisée dans un but de sédation puissante et d'effet anxiolytique, sans que le diagnostic de trouble psychotique soit nécessaire. Deux adolescents sur trois reçoivent des benzodiazépines seules ou associées. L'administration d'un traitement antipsychotique concerne 1/5 des jeunes patients traités. La voie d'administration diffère sensiblement de celle des autres consultants (12% contre 10% pour la voie injectable, 45% contre 40% pour la voie per os gouttes), tandis que le nombre

des contentions est presque 2 fois moindre (1,3 contre 2,1). Ainsi, les adolescents sont-ils plus souvent traités pour agitation que les adultes, l'administration médicamenteuse est plus souvent parentérale ou en gouttes, en même temps que la contention mécanique est nettement moins utilisée, une autre « contenance » étant sûrement plus opérante.

## Traitement pharmacologique pour les personnes âgées

La population de plus de 65 ans (4) représente 5% des consultants (44 au total), avec 6 femmes pour 4 hommes. Les hypothèses diagnostiques retenues se répartissent dans l'ordre entre épisodes dépressifs, démences et troubles psychotiques. Les patients reçoivent un traitement dans 1/3 des cas seulement, pour plusieurs raisons : une médication antérieure très fréquente, une plus grande sensibilité aux psychotropes souvent relevée dans la littérature (6, 17), la rareté de troubles du comportement nécessitant une sédation, le diagnostic prévalent de troubles dépressifs pour lesquels le traitement n'est généralement pas initié en urgence sauf en cas d'hospitalisation brève in situ. Les symptômes cibles du traitement sont l'anxiété, les idées délirantes, et l'agitation ou l'excitation.

Les classes de psychotropes se répartissent de la façon suivante : 1/3 de neuroleptiques atypiques ou antipsychotiques, 1/3 de neuroleptiques conventionnels, 1/3 de benzodiazépines à demi-vie courte. Ces traitements ne sont jamais utilisés par voie parentérale, et ne sont jamais associés à une contention. Le passage aux urgences s'assortit dans 100% des cas d'une demande d'hospitalisation, mais cette demande n'est suivie que dans la moitié des cas, avec un très faible pourcentage d'hospitalisations contraintes (11% des passages, soit moins de la moitié du taux en population générale, sans doute du fait de l'orientation majoritaire des patients en service de géro-psycho-geriatrie et non pas en service de psychiatrie classique).

## Traitement de l'épisode psychotique aigu

Ce diagnostic est porté pour 7% des passages pendant la période considérée.

En urgence, il comprend sans doute des épisodes plus tard étiquetés maniaques, ce diagnostic apparaissant sous-évalué, et aussi un épisode aigu émaillant l'évolution d'une schizophrénie quand ce dernier diagnostic ne peut être confirmé pour un patient vu la 1ère fois dans le centre. Il fait l'objet d'un traitement d'urgence dans 75,5% des cas.

Les signes motivant la consultation - demande de l'entourage ou demande du patient - sont pour 28% l'anxiété, pour 27% les idées délirantes. Ils s'accompagnent d'agitation, d'excitation, d'hostilité et méfiance dans 35% des cas, et cela complète les cibles thérapeutiques.

Les trois quarts des patients reçoivent un traitement pendant leur séjour au CPOA, et trois quarts sont hospitalisés sous contrainte. La prescription de neuroleptiques atypiques ou antipsychotiques, seuls ou associés à des benzodiazépines, est en forte augmentation par rapport à l'enquête rétrospective faite un an auparavant au CPOA et atteint 18% des prescriptions. Les neuroleptiques conventionnels restent encore fortement prescrits (isolés dans 19% des cas, associés à des benzodiazépines dans 42% des cas) pour deux raisons essentielles : pour une sédation plus importante, avec toujours une forte prévalence de la cyamémazine dans ce but, ou pour poursuivre un traitement habituellement prescrit quand le diagnostic de troubles psychotiques est déjà anciennement porté. Le rôle des benzodiazépines s'amplifie dans cette indication et, seuls ou associés à un antipsychotique ou à un neuroleptique, ils représentent 66% des prescriptions.

## Traitement des schizophrénies et troubles délirants persistants

Ces diagnostics sont retenus dans 27% des cas. Les patients viennent souvent d'eux-mêmes ou avec leur entourage (48%), envoyés par un médecin hospitalier ou privé (36%) ou conduits par les services de régulation de l'ordre public (10% police et SAMU social). Ils sont en rupture de soins dans 36% des cas tandis que, dans 32% des cas, aucun motif d'environnement n'est retrouvé dans le déclenchement des troubles. Les idées délirantes et l'anxiété sont dans 53% des cas le signe dominant des motifs de consultation. Elles représentent aussi plus de la moitié des symptômes cibles du traitement. Mais des troubles du comportement sont également retrouvés dans 23% des cas (claustrophobie, errance et voyage pathologique, agitation ou agressivité). Quand ces diagnostics sont portés, un traitement est administré le temps de l'urgence dans 67,3% des cas, soit qu'un traitement en cours n'ait pas été interrompu par le patient, soit que le polymorphisme symptomatique en l'absence d'urgence comportementale nécessite quelques jours d'observation lors de l'hospitalisation pour décider du meilleur traitement.

Le traitement prescrit reste encore les neuroleptiques conventionnels dans 2/3 des cas, soit seuls soit associés à des benzodiazépines (1 fois sur 2). Les molécules neuroleptiques atypiques ou antipsychotiques constituent le deuxième mode de traitement, elles sont prescrites dans 16% des cas, seules ou associées à des benzodiazépines. Les benzodiazépines isolées représentent le troisième traitement. Au total les benzodiazépines seules ou associées entrent dans le traitement de ces patients en urgence dans la moitié des cas. L'importance persistante des neuroleptiques conventionnels tient à 3 facteurs : la reconduction d'un traitement interrompu, (éventuellement même un neuroleptique retard), le choix d'efficacité quand l'urgence s'accompagne de troubles du comportement, enfin la comptabilisation de la cyamémazine comme neuroleptique

même quand elle est utilisée comme traitement de l'anxiété.

## Discussion et conclusions

Cette étude prospective naturaliste portant sur l'ensemble des passages pendant 1 mois dans un service spécialisé dans l'urgence psychiatrique, soit 894, montre que seulement la moitié des patients nécessitent un traitement tandis que l'autre moitié seulement nécessite une hospitalisation, ces deux parties n'étant pas tout à fait superposables. Il apparaît que les traitements prescrits ne sont pas seulement dimensionnels de l'agitation. Cependant, l'intérêt de définir des cibles symptomatiques au traitement a permis d'ajouter aux symptômes dimensionnels tels que l'anxiété, des symptômes déjà caractéristiques du diagnostic de troubles psychotiques. Il est donc pertinent de mettre en place dès l'urgence un traitement spécifique du trouble, à condition de ne pas multiplier les risques d'effets secondaires. Nous avons pu vérifier que, au sein même de ce service, un traitement antérieur a une chance sur deux d'être reconduit pour assurer la continuité du traitement au long cours ou celle d'un traitement amorcé aux urgences de l'hôpital général ou au domicile. Enfin, la part des benzodiazépines, notamment comme adjuvant à un neuroleptique conventionnel pour en diminuer les posologies, ou à un neuroleptique atypique ou antipsychotique pour améliorer l'effet anxiolytique, est en constante augmentation.

Quelles sont les caractéristiques de la population recevant des neuroleptiques atypiques ou antipsychotiques, sachant que 16% des prescriptions dans ce service d'urgence sont des neuroleptiques atypiques ou antipsychotiques\*, 7,5% en monothérapie, 6% associés à des benzodiazépines, 1% associés à des neuroleptiques conventionnels, 1,5% associés à la fois à des benzodiazépines et des neuroleptiques conventionnels. La répartition par âge et par sexe est la même que celle de l'ensemble des consultants. Le mode d'arrivée est sensiblement plus médicalisé, prouvant un meilleur accès aux soins en amont de l'urgence : 44% des consultants contre 37% pour l'ensemble. L'indication d'hospitalisation est portée dans 83% des cas (contre 55% pour l'ensemble des consultants) et 72% des cas pour l'ensemble des consultants recevant un traitement, ce qui montre que les troubles nécessitant un tel traitement (troubles psychotiques donc), quand ils relèvent de l'urgence, font porter essentiellement une indication d'hospitalisation. La rupture de soins est un motif environnemental retrouvé dans 36% des cas, contre 16% pour l'ensemble des consultants, ce qui signifie d'une part que les antipsychotiques sont prescrits dans l'idée de diminuer ce motif pour l'avenir, d'autre part que cet item se retrouve souvent associé aux pathologies psychotiques que traitent ces produits.

Le diagnostic CIM 10 porté relève par ordre décroissant : des troubles schizophréniques dans 51% des cas, des épisodes psychotiques aigus dans 21% des cas, des épisodes dépressifs caractérisés dans 8% des cas. Le traitement neuroleptique atypique ou antipsychotique a été introduit au CPOA dans la moitié des cas, et il n'a pas nécessité de deuxième administration de traitement en urgence dans 7 cas sur 10.

La décision de traiter d'emblée, en urgence, par des antipsychotiques est guidée par l'existence de symptômes cibles appartenant à la sémiologie des troubles psychotiques (anxiété dans 24% des cas, idées délirantes 19% des cas, hostilité et méfiance dans 24% des cas, pensée désorganisée dans 11% des cas).

Le temps moyen de séjour dans le service d'urgences a dépassé de 7 heures la moyenne générale, probablement

en raison d'une sédation moins importante et de l'intérêt de maintenir le contact avec le patient plus longtemps. Pour autant, une deuxième médication ne s'est imposée que dans 30% des cas. La prescription des antipsychotiques d'emblée en urgence apparaît donc comme une voie thérapeutique pertinente et efficace, validée par la pratique, avec comme perspective un continuum entre la situation d'urgence, qu'elle corresponde à une acuité des symptômes ou à une rupture de soins,

et le moyen terme. A cet effet, nous avons formalisé un recueil remis à tous les médecins du CPOA, intitulé *Aide à la prescription dans les situations de l'urgence psychiatrique*. Ce recueil donne des recommandations thérapeutiques correspondant aux situations les plus fréquemment rencontrées qui permettent d'articuler les antipsychotiques et les autres classes de médicaments, en fonction des tableaux cliniques. ■

E. Gallois, R. Asvazadourian, P. Lana, M.J. Guedj

**ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE**  
**ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE SUR LES TRAITEMENTS PRESCRITS**  
**ET LEURS MODES D'ADMINISTRATION AU CPOA**  
**PENDANT LA PERIODE DU 1<sup>er</sup> AU 31 OCTOBRE 2002**  
*(à remplir systématiquement pour chaque consultant)*

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  M /  F  
 Age : \_\_\_\_\_  
 Envoyé(e) par : \_\_\_\_\_ Durée de séjour au CPOA : \_\_\_\_\_

**I. HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES : DIAUP 2 :**  
 - Signes ou demandes motivant la consultation :  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20  
 - Motif de consultation environnemental :  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13  
 - Diagnostic CIM 10 retenu : \_\_\_\_\_

**2. TRAITEMENT PRESCRIT ET MODE D'ADMINISTRATION :**  
 a) Symptômes cibles du traitement  
 Anxiété  Sevrage   
 Insomnie  Autoagressivité   
 Agitation motrice  Idée délirante   
 Effets secondaires  Mutisme, catatonie   
 Excitation psychique  Pensée désorganisée   
 Autres (à préciser)  Impulsivité   
 Hétéroagressivité   
 Hostilité - méfiance - tension   
 Symptômes dépressifs

b) Contre-indication (à un traitement psychotrope) : \_\_\_\_\_  
 c) Traitement habituel : \_\_\_\_\_  
 d)

	Traitement reçu avant l'arrivée au CPOA Nom de la molécule	Traitement prescrit Nom de la molécule	I.M.	Compri.	Buvable
NL					
NL + BZD					
NL + NL					
NL + CORR					
NL RETARD					
NL + HYPNO					
AP					
AP + BZD					
AP + HYPNO					
AP + CORRECT					
BZD					
BZD + HYPNO					
HYPNO					
CORRECT					
THYMOREG					
Antidépresseurs					
AUTRES					

CONTENTION : OUI  NON

**3. EN CAS D'UN NOUVEAU TRAITEMENT (identique au précédent ou non) :**  
 a) Symptômes cibles du traitement  
 Anxiété  Sevrage   
 Insomnie  Autoagressivité   
 Agitation motrice  Idée délirante   
 Effets secondaires  Mutisme, catatonie   
 Excitation psychique  Pensée désorganisée   
 Autres (à préciser)  Impulsivité   
 Hétéroagressivité   
 Hostilité - méfiance - tension   
 Symptômes dépressifs

b) posologie insuffisante

c)

	Traitement prescrit Nom de la molécule	I.M.	Compri.	Buvable
NL				
NL + BZD				
NL + NL				
NL + CORR				
NL RETARD				
NL + HYPNO				
AP				
AP + BZD				
AP + HYPNO				
AP + CORRECT				
BZD				
BZD + HYPNO				
HYPNO				
CORRECT				
THYMOREG				
Antidépresseurs				
AUTRES				

CONTENTION : OUI  NON

**4. PAS DE TRAITEMENT PRESCRIT**

**5. ORIENTATION FINALE :**  
 H.D.T.   
 H.L.   
 N.H.   
 Hôpital Général

\* Une nouvelle enquête en cours montre que ce taux est actuellement de 24%.

**Bibliographie**

(1) AFSSAPS, Fiches de transparence 1999, Le système nerveux central ; Les neuroleptiques ; Les anxiolytiques.  
 (2) ANAES, Conférence de consensus. *L'agitation en urgence (petit enfant excepté)*, JEUR 2003, 16, 38-64, Masson, Paris 2003.  
 (3) ASVAZADOURIAN R., GUEDJ MJ., *Urgences psychiatriques des personnes de plus de 80 ans*, *Perspect. Psychiatr.* 2003, 42, 1, 31-38.  
 (4) AZORIN J M., *Options thérapeutiques dans les états maniaques*, *L'Encéphale* 2003, XXIX (cahier 2), 10-3.  
 (5) BEAU CH., THAUBY S., *Synopsis 2001 des médicaments en psychiatrie*, 2001 : Santé, prévention, Communication, 151 p.  
 (6) BASSUK E., *Geriatric Emergencies: Psychiatric or medical ?*, *Am J Psychiatry*, 1983, 140, 5, 539-42.  
 (7) BOTTAÏ T., *STANDAARD : solutions thérapeutiques antipsychotiques neuroleptiques dans les accès aigus : recueils de données*, *L'Encéphale* 2002, (Spec2 Pt2), S27-8.  
 (8) CADDIET L., *Urgences psychiatriques*, Ed. Estem., Paris, 1999, 324 p.  
 (9) CHABANNES JP., BOTTAÏ T., RAYMONDET Ph., TATU P., TYRODE LY., VACHERON MN., *Résultat de l'enquête STANDAARD : prise en charge de l'accès aigu psychotique*, *Nervure* 2002 ; XV, 4, 10-15.  
 (10) CIM 10, Masson, Paris, 1994, 226 p.  
 (11) DANTCHEV N., AMMAR S., *Etats d'agitation. Etats anxieux aigus. Dépression, in Urgences médico-chirurgicales de l'adulte*. CARLI P., RIOU B., Ed. Arnette, Paris, 1991, p. 866-876.

(12) GALLOIS E., *Données épidémiologiques du DIAUP au CPOA*, Mémoire du D.U. de Psychiatrie générale, 26p, Paris VI, 2001.  
 (13) GRIVOIS H., DAUCHY S., MATHIEU P., *Urgences psychiatriques*, 2ème édition, Masson, Paris, 1997, 221 p.  
 (14) GUEDJ MJ., *Naissance et évolution du CPOA, centre Georges Daumézou*, Bulletin de l'association des Amis du Musée et du Centre Historique Sainte-Anne, 2003 (Octobre/Novembre)  
 (15) GUEDJ MJ., MERCUEL A., MARCEL JL., CAROLI F., *Conduite à tenir devant un malade agité aux urgences*, *Encycl. Med. Chir (Editions scientifiques et médicales, Elsevier SAS, Paris, Urgences, 24-153-B-10, 2001, 9 p.*  
 (16) GUELF J.D., BOYER P., CONSOLI S., OLIVIER-MARTIN R., *Conduites à tenir devant un état d'agitation, une crise d'angoisse aiguë, un état stuporeux, des idées de suicide, des menaces hétéro-agressives*, *In Psychiatrie*, 7ème édition, PUF Fondamental, Paris, 1999, p. 867-879.  
 (17) KENNEDY G., ONUOGU E., *Psychiatric emergencies*, *Geriatrics* 1999, 54, 9, 38-46.  
 (18) LEMPERIERE Th., FELINE A., GUTMAN A., ADES J., PILATE C., *Etats confusioennels*, *In Psychiatrie de l'adulte*, Masson, Paris, 1996, p. 288-295  
 (19) RAMPA S., *A propos du diagnostic et de l'urgence psychiatrique*, Mémoire de psychiatrie, Paris V, 1991, 196 p.  
 (20) RAYNAUD Ph., GUEDJ MJ., LANA P., MALGOIRE M., MERCUEL A., SCHMIT N., *Les urgences psychiatriques dans une société en évolution*, 5ème congrès Mondial de l'International Association for Emergency Psychiatry, les 15-16-17 octobre 1998, Non publié.  
 (21) SUNNEN GV., *Progrès de la psychiatrie des urgences*, International Association for Emergency Psychiatry. Bellevue hospital of New-York. USA.

**LIVRES**

**Les schizophrénies Des avancées théoriques à la pratique clinique**

Sous la coordination de Christian Spadone  
 Préface de Daniel Ginestet  
 Editions PIL 17,50 €

Christian Spadone a gagné son pari, celui de faire état avec efficacité des recherches et des analyses les plus avancées, à ce jour, dans le domaine des troubles schizophréniques. Même s'il ne se veut pas exhaustif, cet ouvrage collectif réunissant les meilleurs spécialistes, dresse de façon claire, approfondie et concise un bilan des différents et nombreux champs impliqués dans la compréhension et l'évolution de ces troubles. Les auteurs font, ainsi, un point très actuel et parfois prospectif sur les bases cliniques (critériologique, dimensionnelle et compréhensive) des schizophrénies. Ils proposent, également, une revue étiopathologique des modèles génétique et neurodéveloppemental associés, de façon novatrice, aux apports des sciences cognitives. Les modes de prise en charge thérapeutique les plus récents sont recensés (chimiothérapie, approche bio-psycho-sociale) aux différents temps de la maladie (prévention, premiers épisodes, chronicité). Ce livre fait figure de pionnier en confortant la naissance des neurosciences psychiatriques, tout en ne signant pas la renaissance de la neuropsychiatrie disparue à la fin des années 60. Ce rapprochement entre les deux disciplines s'opère, notamment, par le biais de l'approche cognitive, menant chercheurs et cliniciens vers de larges réflexions et pratiques. Il faut souligner la remarquable qualité éditoriale de cet ouvrage.

Ph. Lascar

**Naufragés à la dérive Le défi psychologique de la survie en radeau**

Luc-Christophe Guillerme  
 L'Harmattan, 25,50 €

Luc-Christophe Guillerme est psychiatre à Brest et spécialisé dans les problèmes de stress et d'anxiété. Il a publié de nombreux articles sur les aspects psychologiques de la vie en mer, ainsi qu'un livre sur le vie à bord d'un bâtiment de la marine nationale : « *Humeur océanes* ». A travers une cinquantaine de naufrages et survies en radeau, il a étudié une des situations extrêmes les plus exceptionnelles, celle d'hommes et de femmes perdus dans l'immensité océane et dérivant pendant de longues semaines ou mois dans des conditions de vie souvent épouvantables où le danger de mort domine le quotidien. Certaines de ces aventures humaines sont célèbres, comme la dérive des marins du Bounty, le radeau de la Méduse, la dérive de la famille Robertson ou, encore, les naufrages du Vendée Globe 1997. D'autres son moins connues, comme le naufrage de J.F. Kennedy avec son patrouilleur, la dérive des marins de l'Essex en 1820, la terrible épreuve des rescapés du Lummworth-Hill en 1943 ou, encore, le cauchemar des cinq marins de Trashman en 1982. Quelques situations de mer volontaires sont, également, reprises en raison de leurs enseignements, telles les aventures d'Alain Bombard ou de Gérard d'Aboville. Cette épreuve représente, en outre, une sorte de modèle de survie en milieu extrême. L'accent est porté dans ce livre, avant tout, sur les aspects psychologiques qui dévoilent des capacités d'adaptation exceptionnelles.

**Toxicomanie : hausse de la prise en charge thérapeutique des usagers de drogues en Europe**

A l'occasion de la Journée internationale contre la drogue en juin dernier, l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) a publié les dernières données relatives à la prise en charge des toxicomanes entre 1999 et 2003. Le rapport montre que le nombre de consommateurs d'opiacés dans l'Union Européenne sous traitement de substitution a augmenté de 25% entre 1999 et 2003 pour passer de 320.000 à 410.000. Leur nombre a presque triplé dans certains pays comme le Portugal, où il est passé de 6000 à 16000 en 2003, ainsi qu'en Suède (1600 en 2003) et en Finlande (600 en 2003). Au total, près d'un tiers des consommateurs problématiques d'opiacés bénéficient, actuellement, d'un traitement de substitution. La méthadone (Méthadone AP-HP®, commercialisé par Bouchara-Recordati) reste le produit le plus souvent prescrit. Le recours au Subutex® (buprénorphine, Schering-Plough), utilisé au départ presque exclusivement en France, se généralise. En 1999, ce produit était utilisé dans huit Etats membres sur 15, en 2003, il était utilisé dans la quasi-totalité de l'Union. La buprénorphine fera l'objet d'une section particulière dans le rapport 2005 de l'OEDT.

**Une offre de soins plus large, sauf chez les nouveaux états membres**

Plus globalement, le rapport montre une augmentation de la prise en charge thérapeutique des toxicomanes, en matière d'offre de soins. « *Les traitements de la toxicomanie dans l'Union européenne sont aujourd'hui plus disponibles, plus accessibles et plus diversifiés* ». Entre 1999 et 2003, l'offre de soins en ambulatoire a, par exemple, augmenté en France (+25%), en Grèce (près de 30%) et en Autriche (environ 60%). Les places en hospitalisation ont également augmenté en Europe, en particulier au Danemark (plus d'un tiers de hausse). L'OEDT constate que les services de traitements se diversifient. « *Autrefois, la demande de traitement était largement centrée sur la dépendance aux opiacés. Aujourd'hui, nous voyons davantage de personnes en quête de traitements pour d'autres substances, comme le cannabis ou la cocaïne* ». L'observatoire note le retard des pays membres de l'Europe centrale et orientale chez qui l'offre de soins se développe mais reste encore limitée. Dans ces pays, le traitement de la toxicomanie était traditionnellement limité à un internement de longue durée en établissement psychiatrique.

**Pas de hausse du taux de THC dans le cannabis**

L'Observatoire a également publié une étude sur l'évolution des caractéristiques du cannabis en Europe. Les auteurs ont voulu savoir si les produits en circulation étaient de plus en plus forts, en terme de concentration de tétrahydrocannabinol (THC). Leur analyse ne montre aucune hausse significative de la teneur du cannabis en THC. Depuis plusieurs années, ce taux resterait autour de 6 à 8% dans l'ensemble des pays, sauf aux Pays-Bas où il peut atteindre 16%. Les auteurs notent une hausse de la production personnelle de cannabis, dont la production est plus forte en taux de THC et proposent de maintenir la surveillance des caractéristiques du cannabis, qui pourraient changer avec la multiplication de sa production en Europe. ■

P.C.

Dans l'article paru dans le numéro 5 du *Journal de Nervure* de juin 2004, l'équipe du Vinatier, P. F. Godet et Coll., a, de façon très savante, décortiqué la casuistique de la jurisprudence de la loi du 27/06/1990 sur l'hospitalisation à la demande d'un tiers.

Je suis étonné que des problèmes très courants de l'application de la loi ne soient pas véritablement abordés alors qu'ils posent, pourrait-on dire, des problèmes quotidiens démontrant, à mon sens, le manque de réalisme de la loi.

## LIVRES

### Ecarts de conduite Sécurité routière et psychopathologie

Jérôme Palazzolo et Louis Roure  
Préface de Jean-Paul Chabannes  
Ellipses

La sécurité liée à la conduite automobile bénéficie, depuis un certain nombre d'années, d'efforts soutenus dans le cadre de l'amélioration des infrastructures et des véhicules eux-mêmes. Par ailleurs, les responsables de la sécurité routière ont décidé de consacrer davantage d'attention et de moyens aux facteurs humains, nécessairement impliqués dans tous les types d'accident.

« Boire ou conduire, il faut choisir ». Premier slogan d'une liste que l'on peut prolonger à l'infini : fumer du haschich ou conduire, prendre des psychotropes ou conduire, et pourquoi pas avoir des troubles psychopathologiques ou conduire...

Cet ouvrage aborde différents aspects de la conduite automobile, qu'il s'agisse de l'impact d'éventuels facteurs d'altération ou de l'instauration de moyens de prévention. Il s'articule autour de la notion de psychopathologie, dont la présence éventuelle ne constitue, cependant, pas l'unique risque d'accident.

### L'insertion dans tous ses états

Saïd Adjerad et Jérôme Ballet  
L'Harmattan 15,50 €

L'objectif de cet ouvrage est de donner du contenu à la notion d'insertion, en retraçant et en analysant les principaux débats qui l'ont concernée. Il s'agit, avant tout, de savoir quels types d'approches ou d'analyses y correspondent. Sa remise en cause est associée à un modèle particulier de régulation des économies. Cette notion d'insertion ne prend son sens qu'à travers les politiques auxquelles elle correspond. Or, en la matière, on peut constater une difficulté à saisir ce à quoi elles correspondent. Elles apparaissent plutôt comme un entre-deux, entre les politiques d'emploi et les politiques sociales, définissant des espaces intermédiaires. Les attaques virulentes concernant l'efficacité de ces politiques sont, le plus souvent, sans fondement empirique et reposent sur des arguments théoriques et rhétoriques. L'évaluation de cette efficacité nécessite de connaître les méthodes par lesquelles elle peut être réalisée. Cela permet de poser, avec nuance, un certain nombre de résultats. Si les politiques ne se sont montrées pas si inefficaces, on peut suggérer un certain nombre de pistes de réflexion permettant une prise en compte plus aboutie des problèmes relatifs à la population en insertion. A ce titre, des perspectives d'évolution des dispositifs d'insertion sont explorées dans ce livre.

# A propos de l'hospitalisation à la demande d'un tiers : à la recherche du tiers perdu...

## La chasse aux tiers

Alors même que l'esprit de la loi en ce qui concerne l'H.D.T., consiste justement à impliquer un tiers non spécialiste de la maladie mentale, agissant seulement dans l'intérêt du patient. Est-il satisfaisant qu'un bon nombre d'H.D.T. soient rendues difficiles parce qu'il n'y a pas de membre de la famille disponible, accompagnant le patient ou désirant mettre son nom sur la demande d'hospitalisation ?

Comme l'hospitalisation contre le gré du patient n'est pas vécue, en général par l'opinion publique, comme un acte thérapeutique, mais comme une violence répressive dont la seule justification minimale est d'être courte, les familiers cherchent surtout à ne pas être confrontés directement à cette obligation qui, dans le temps, était dite volontaire.

Il faut alors, depuis les urgences, contacter les uns ou les autres jusqu'à ce que quelqu'un veuille bien envisager de se présenter aux urgences et se laisser convaincre qu'il est bon de prendre une telle décision.

Dans les cas avec hospitalisations répétitives, en particulier, par manque de compliance, la famille, lassée, fait le vide autour du patient et ne veut plus être joignable. Parfois ils signalent leurs craintes de représailles ultérieures de la part du patient.

## Le tuteur : mais c'est bien sûr... !

Il est rappelé, par les auteurs que par une disposition de l'article 3211-9 du nouveau code de la santé publique, il est possible que le tribunal nomme, par jugement exécutoire, un curateur à la personne (du patient) pour veiller : 1/ A ce que les revenus disponibles du patient soient employés à adoucir son sort, à accélérer sa guérison et à favoriser sa réinsertion.

2/ A ce que ce malade soit rendu au libre exercice de la totalité de ses droits aussitôt que son état le permettra. Il est donc déduit qu'un tel curateur, tellement préoccupé du sort du patient, va tenter de « l'adoucir ». Mais contre la volonté de qui ? Celle d'un méchant médecin spécialiste ? N'a-t-il pas, pourtant, lui aussi le but d'adoucir le sort du malade ? Faut-il à tout moment lui contester ce rôle espéré ? Mais qui va trancher pour savoir à quel moment une telle action peut s'opposer aux rôles des soignants et selon quelles modalités ?

En somme, si ce « curateur à la personne » existe, il faut le faire intervenir, avec toute sa sagesse, mais on admettra qu'il n'est pas possible de l'avoir désigné avant que les faits critiques ne se soient produits et que, de fait, de telles désignations, à notre connaissance, sont exceptionnelles. De ce curateur mythique, il est déduit par les auteurs que les tuteurs et les curateurs aux biens, de beaucoup les plus fréquemment désignés par les Juges des Tutelles, seraient de fait les tiers privilégiés.

Mais, en fait, leur fonction de tuteur aux biens ne les a pas préparés à des décisions à propos des soins aux patients, de plus ils ne sont presque jamais en situation pour constater les troubles du comportement malades en phase de crise et, de fait, ils ne sont pas présents aux urgences.

On pourrait, peut-être, les faire demander mais en pratique ce n'est jamais le cas, sauf lorsqu'il s'agit d'un curateur aux biens non professionnel faisant partie de la famille !

## L'assistante sociale reste seule toute désignée !

Devant la pénurie de tiers, on a mis en exergue l'assistante sociale « qui fait partie de l'équipe pluridisciplinaire mais n'est pas personnel soignant au sens juridique du terme ». Peut être, mais là n'est pas la question !

Ou bien elle connaît déjà le patient par son intervention dans d'autres situations et sa position est identique quant à la gêne ressentie par des soignants qui sont déjà impliqués dans une certaine relation plus ou moins difficile avec le patient.

Ou bien, elle ne connaît pas le patient et on lui demande d'intervenir en toute méconnaissance de cause, comme ce serait le cas pour des soignants potentiels, mais que veut dire son indépendance de jugement, surtout si l'on exige qu'elle ne se laisse pas influencer par le tableau psychopathologique et le refus de soins décrit par un médecin.

Comme l'assistante sociale ne doit pas avoir de lien de subordination visible avec les médecins lorsqu'elle s'entretient avec le patient, on pourrait croire que pour prendre une bonne décision il faut ignorer la situation médico-psychiatrique du patient.

Le problème pratique est tout différent. Le travail de l'assistante sociale n'est pas un travail fonctionnant en étroite collaboration avec les urgences. Il existe, de plus, un manque chronique d'assistantes sociales et celles-ci sont loin de pouvoir assurer les urgences 24h/24. C'est pourquoi, sans doute, on avait eu recours, dans la pratique, à l'utilisation, du fait d'un tiers défaillant, au personnel de direction de l'hôpital qui, lui, assure une garde 24h/24. Mais une affaire qui est remontée jusqu'au conseil d'état à tranché : le personnel de direction ne peut se substituer au tiers pour demander l'admission dans un établissement hospitalier. Que faut-il faire dans le cas d'un patient isolé qui se révèle comme particulièrement dangereux sur le lieu même de l'hôpital ? Normalement, il faudrait recourir à l'H.O. mais cela est très difficile car le personnel communal ne comprend pas qu'un établissement hospitalier ait besoin de recourir à une telle forme d'hospitalisation puisque les psychiatres sont sur place.

## La liberté de jugement

Il est donc régulièrement affirmé que les signataires, familiers et/ou toute personne portant intérêt, tuteur, assistante sociale, gardent tout leur libre arbitre pour signer ou non l'H.D.T.

Ce problème rejoint celui permettant à des tiers de lever, à tout moment, l'H.D.T. Il est intéressant de constater que le code de la Santé Publique dans sa nouvelle rédaction de la loi du 4/03/2002 précise que « une personne hospitalisée à la demande d'un tiers d'un établissement cesse d'y être retenue dès que la levée de l'hospitalisation est requise par... » et suit la liste des 7 catégories de personnes habilitées à signer cette levée de l'hospitalisation.

Or, il n'est jamais mentionné que cette décision devrait être compensée par un engagement de prise en charge, de traitement et de la responsabilité face à un patient que les médecins ont jugé inapte à s'assumer lui-même. Même si on ne suit pas leur avis, du moins qu'on tienne compte de leur mise en garde ! Comment est-il possible d'accepter une telle décision sans aucune contrepartie, comme cela est le cas actuellement ? Si quelqu'un refuse de signer une H.D.T. ou bien demande la levée

de l'H.D.T., qu'il s'engage alors à prendre en charge la situation du patient et ses besoins thérapeutiques immédiats et que cela fasse l'objet d'un protocole rédigé.

De même, il faudrait envisager plus clairement la situation de désaccord entre les tiers potentiels. Il serait salvateur que le tiers qui ait la réponsabilité soit celui qui est capable d'assumer l'aide immédiate, sur le champ, du parent malade. Au contraire, ce qui est évoqué dans l'article 2112-9 du code de la santé publique est que l'on s'en remette pour trancher les différents intra-familiaux à un conseil de famille réuni dans un délai d'un mois... !

## Et un, et deux, et trois médecins

La loi de 1990 voulait apporter une amélioration significative de l'H.D.T. en exigeant deux certificats médicaux indépendants pour mettre en place cette hospitalisation sous contrainte. Cette amélioration se révèle être une complexification qui n'apporte qu'un très faible bénéfice, surtout dans l'espoir de lutter contre « les internements abusifs » d'autant qu'on a cru bon de disqualifier du premier certificat médical tout médecin salarié de l'établissement où se trouverait hospitalisé le patient. Cette distinction est ridicule, c'est une vague résurgence de la notion du médecin directeur du XIX<sup>ème</sup> siècle (dans la loi de 1838) dont on craignait, a priori, le potentiel malveillant sur les patients et son intérêt incompréhensible d'interner le plus possible de malades.

## Propositions d'adaptation de la loi à la situation réelle des urgences psychiatriques au XXI<sup>ème</sup> siècle

En fait, la loi ne tient pas compte du développement et de l'autonomie de la médecine d'urgence qui, à notre époque, affronte la plupart des situations de crise des patients en débrouillant les situations les plus complexes de façon multidisciplinaire. La situation moderne de solution du problème est celle-ci : un certificat initial médical (médecin de ville ou des urgences) prescrit le transfert, éventuellement contre son gré, du patient aux urgences et une mise en observation d'une durée de 24 h au cours de laquelle il est observé, soigné et si possible calmé.

Un ou plusieurs tiers de l'entourage, lorsqu'il ne se sont pas manifestés dès le départ, ce qui est très fréquent, sont convoqués et renseignés sur la situation médico-psychiatrique du patient. Ils peuvent ou non demander l'H.D.T., s'ils ne le font pas ils prennent en charge le patient dont ils assument, en somme, une « tutelle à la personne » et pour laquelle ils seront bientôt désignés, après avis du juge.

Pour ce qui concerne l'avenir immédiat de l'intéressé, un psychiatre expert, non traitant habituel du patient, est sollicité pour confirmer ou non l'hospitalisation après avoir pris l'avis du psychiatre traitant et/ou des responsables de l'équipe qui auront à prendre en charge l'hospitalisation de ce patient. Il doit prendre également l'avis du tuteur à la personne s'il a été effectivement désigné.

En somme, en se préoccupant essentiellement du fait que la procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers soit précautionneusement suivie et que l'atteinte à la liberté d'aller et venir du patient soit réversible à tout moment, la loi ne s'est pas préoccupée, en tout premier, du but de cette mesure, le fait que le patient soit soigné dans de bonnes conditions d'efficacité et de rapidité.

Hors, il faut reconnaître que cette loi est appliquée dans des conditions socio-médicales totalement différentes de celles qui avaient cours vers 1800, en particulier, celles qui ont trait aux urgences médico-chirurgicales.

La famille, certes, peut jouer un rôle dans le déclenchement de la procédure mais c'est rarement le cas. Il vaudrait mieux lui donner un rôle de contrôle et de confirmation de la mesure. Si elle n'est pas d'accord, elle prend l'engagement d'assumer le patient et les conséquences de ses troubles du comportement.

Les médecins, et autres soignants, qui suivent habituellement le patient, peuvent avoir, de même, un rôle dans le signalement et le déclenchement de la mesure de contrainte mais non dans la décision.

Cette décision peut être confirmée instantanément, ou après 24 h de mise en observation dans un centre d'urgence ou dans un centre de crise, où le patient peut être soumis à une contrainte physique, si besoin avec isolement et action thérapeutique. La décision est prise par un médecin expert désigné qui devra examiner le patient au cours de ces 24 h et, après avoir pris l'avis motivé de l'équipe soignante et pris connaissance du traitement qui peut être appliqué, il imposera la forme de l'hospitalisation. Quant aux procédures de contestation de la mesure, elles utiliseront le recours à une contre expertise par un spécialiste indépendant. ■

G. Ferrey\*

\*Psychiatre des Hôpitaux, Groupe Hospitalier Simone Veil, 95602 Eaubonne Cédex.

## Ecole Pratique des Hautes Etudes Sciences Historiques et Philologiques

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

### PROGRAMME DES CONFÉRENCES 2004-2005

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

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.

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 1e 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 auteur ou étudiant : <http://www.ephe.sorbonne.fr/enseignements/4histmed.htm>.

Sous la présidence du docteur Jean-Charles Pascal, le laboratoire Janssen-Cilag a organisé une soirée sur le thème de la rémission et la continuité des soins dans les psychoses. La réunion a eu lieu le 27 Mai 2004. Les nombreux psychiatres présents étaient invités à réfléchir sur la validité de la notion de rémission à partir de l'intervention synthétique de Jean Garrabé (auteur de *l'Histoire de la schizophrénie ; Dictionnaire taxinomique de la psychiatrie...*). Ce parcours historique a été suivi par l'intervention de Bernard Lachaux sur l'intérêt des traitements antipsychotiques injectables à action prolongée. L'intervention de Philippe Bouhours\* a montré, dans une perspective de pharmacologie clinique, les innovations thérapeutiques dans les psychoses à travers l'arrivée d'un nouvel antipsychotique d'action prolongée. Frank Bayle a proposé une analyse de la validité du concept de rémission et son appréciation lorsqu'il est utilisé comme objectif thérapeutique.

### Historique d'un concept : la rémission

La notion de rémission implique une conception de la psychose comme processus évolutif. Jean Garrabé a rappelé l'étymologie. Le mot rémission appartenait d'abord au vocabulaire religieux et au vocabulaire du droit avant de correspondre au sens actuellement utilisé en médecine. En effet le mot français emprunté au latin *remissio* désignait au XII<sup>ème</sup> siècle « l'action de remettre les péchés », le « pardon ». Ensuite il a désigné en droit l'action de remise de peine accordée par le roi, la « grâce » donnée aux criminels. Le sens s'est étendu à celui d'« indulgence » dont on use envers un débiteur. L'utilisation médicale du mot est introduite par Ambroise Paré vers 1560 à propos de la diminution de la fièvre. Dès lors est apparu le sens médical de « diminution ou arrêt provisoire des symptômes de la maladie ». J. Garrabé a souligné que dans sa *Nosographie philosophique* Philippe Pinel a consacré un chapitre aux fièvres.

Posant la question du devenir de la maladie lors d'une rémission, les aliénistes restaient déjà critiques envers la notion de guérison : lors d'une rémission la maladie n'est pas guérie mais en repos (quiescente). Cette conception de la rémission implique un fondement psychopathologique. Jean Pierre Falret abordait cette question dans son livre *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. J. Garrabé a corrigé l'erreur qui consiste souvent à attribuer à Falret l'expression de « folie circulaire » au lieu de l'expression exacte « forme circulaire de la folie ». Cette dernière désigne une forme de maladie où la symptomatologie disparaît et réapparaît. Il s'agit donc de rémissions spontanées dans la marche naturelle de la maladie. Ainsi donc la question du traitement se pose : comment traiter les aliénés convalescents ?

Kraepelin, dont la conception de la psychose maniaco-dépressive connaît une postériorité nosographique, remarquait que ce qui est endogène n'est pas la psychose elle-même mais la marche de la maladie. En 1911 Eugène Bleuler écrit à propos de la schizophrénie qu'il est impossible de décrire la totalité des modes évolutifs. En 1952 Delay et Deniker distinguaient au sein des formes évolutives les formes phasiques et les formes progressives ou fixées. L'action des neuroleptiques était considérée comme étant à l'origine d'une rémission provoquée. En 1977, année du DSM-II et de la décision de sa mise en conformité avec la CIM9, Manfred Bleuler (fils d'Eugène) parle de « trouble schizophrénique » ; en fait cette expression correspondrait à une traduction que J. Garrabé ne fait pas sienne : en traduction littérale l'expression de Manfred Bleuler correspondrait plutôt à une « modification

## De la continuité des soins à la rémission dans la psychose

du dérèglement psychique » avec l'idée sous-jacente d'une complexité du mode évolutif, complexité caractéristique de la maladie. En réalisant ce survol historique de la notion de rémission, Jean Garrabé a montré que cette dernière est au cœur de la nosographie, de la psychopathologie et inscrite dans l'Histoire des idées en psychiatrie. Jean-Charles Pascal a souligné le paradoxe qui consiste d'une part à dire que les aliénistes et les premiers psychiatres n'adhéraient pas à la notion de guérison et d'autre part à constater l'emploi quasi systématique de ce terme dans les certificats de sortie des asiles (Charenton, la clinique du docteur Blanche et toutes les institutions asilaires). Pas de paradoxe pour J. Garrabé car l'expression « patient guéri » correspond à l'application de la loi de 1838 : la sortie du patient est décidée dès que la symptomatologie le permet, d'où l'expression aussi d'« aliénés convalescents ».

### L'outil de la rémission

Bernard Lachaux\*\*, aborde la question de la rémission dans la dimension thérapeutique : l'outil de la rémission ! Son analyse de l'intérêt des traitements antipsychotiques injectables à action prolongée a commencé par quelques constats essentiels portant notamment sur les résultats convergents d'études sur le suivi thérapeutique : le nombre de rechutes augmente avec le temps ; l'observance thérapeutique diminue avec le temps ; le taux de rechutes chez les patients schizophrènes est inférieur lorsque le traitement est continu ; les traitements intermittents sont moins efficaces. Autant de raisons qui peuvent motiver l'utilisation des neuroleptiques à action prolongée (NAP). Concernant l'observance d'un traitement antipsychotique les facteurs d'amélioration sont nombreux : l'acceptation de la maladie, la perception de la sévérité de la pathologie, le niveau du soutien, la stabilité de la famille, l'alliance thérapeutique positive, la conviction du clinicien, la psycho-éducation, la forme galénique et le mode d'administration, la monothérapie etc... Parmi les facteurs diminuant l'observance ont été évoqués : le rejet de la maladie, le manque d'insight, les effets indésirables, le mauvais contrôle des symptômes, l'association d'un abus de substances, les associations thérapeutiques inadéquates et la communication insuffisante. Les bénéfices attendus des traitements à action prolongée sont principalement : l'amélioration de l'observance, la diminution des rechutes et du nombre de ré-hospitalisations, une amélioration de l'indépendance du patient, sur le plan biologique une amélioration de la bio-disponibilité et des taux plasmatiques prévisibles et stables, enfin une dose efficace moindre et un faible risque de surdosage. La méta-analyse de Adams (2001) analysait 120 études comparant dans la schizophrénie portant sur l'utilisation de 9 neuroleptiques à action prolongée (NAP différents), concernant 6615 patients et une durée de 6 semaines à 2 ans avec un faible taux de sortie d'essai (14%) : les études ont été faites versus placebo, ou versus antipsychotiques oraux, ou versus autre NAP, ou encore versus NAP à forte/faible dose. Les résultats montrent une efficacité des NAP supérieure au placebo, un différentiel d'efficacité non significatif entre NAP et antipsychotiques par voie orale, des données de supériorité des NAP mais difficiles à extrapoler à partir des études recueillies par les auteurs, l'absence de réelles différences d'efficacité

entre les différents NAP et aucun intérêt d'utilisation des fortes doses. L'étude de Valenstein (2001) portant sur l'utilisation des neuroleptiques injectables à action prolongée chez 1307 patients schizophrènes ou avec troubles schizo-affectifs aux Etats-Unis sur une période de 5 ans (1991-1995) a été également mentionnée. L'étude a montré que sur 49% des patients décrits comme non-observants dans l'année précédente, 18% seulement reçoivent des NAP. L'utilisation des NAP n'est donc pas forcément liée à la non-observance. Un point a été fait sur les conférences de consensus mettant en exergue le fait que l'utilisation des NAP n'est pas abordée dans toutes ces recommandations. Leur place est toujours abordée sous l'angle de la nécessité de l'utilisation en cas de risque de non-observance ou parfois de comportements violents. Seule la conférence de consensus française (ANDEM, 1994) aborde l'importance de l'alliance thérapeutique. Les recommandations concernant l'usage des neuroleptiques injectables à action prolongée insistent par ailleurs sur d'autres points importants : l'utilisation précoce du traitement pour diminuer le risque de rechute et de ré-hospitalisation, le choix du produit en fonction de l'efficacité thérapeutique. Elles préconisent également l'utilisation de doses faibles, et la nécessité d'une substitution progressive lors de l'instauration du traitement. Pour les schizophrénies débutantes la conférence de consensus 2003 qui s'est tenue en France a recommandé en traitement de première intention un antipsychotique atypique, notamment chez l'adolescent. Les experts ont souligné à cette occasion l'intérêt d'un antipsychotique atypique injectable à action prolongée chez les patients non-observants, et ont retenu, dans le choix thérapeutique, l'AP atypique injectable à action prolongée comme étant un outil supplémentaire.

### La rémission : objectif thérapeutique

Ainsi la rémission symptomatique pourrait se poser comme un nouvel objectif thérapeutique : c'était le thème de l'intervention de Frank Bayle. Il a relié les concepts proches utilisés dans le domaine médical tels que la *réponse thérapeutique*, la *rémission partielle*

(symptomatique), la *rémission complète* (syndromique), la *guérison de l'épisode*, la *guérison*... La rémission correspond à la diminution ou l'affaiblissement temporaire des symptômes d'une maladie aiguë ou chronique. Dans le domaine psychiatrique et en particulier pour parler de la schizophrénie le mot rémission se retrouve chez divers auteurs comme E. Bleuler selon lequel « les schizophrénies évoluent temporellement et qualitativement sans guère de règles : progression continue, stabilisation, poussées, rémissions sont possibles à tout moment ». Henri Ey qualifie de « cachet de la schizophrénie » l'évolution faite de rémissions avec des signes résiduels. Kaplan et Sadock distinguent la rémission stable avec troubles résiduels, la rémission totale avec rechutes et la guérison totale (disparition totale des rechutes). Frank Bayle a attiré notre attention sur l'évolution de la qualification des formes évolutives dans les nosographies modernes. Alors que le DSM-III-R retenait la forme chronique, la forme chronique avec exacerbation, la forme en rémission, le DSM-IV distingue le mode évolutif continu, le mode épisodique avec ou sans symptômes résiduels, la forme faite d'un seul épisode et d'une rémission partielle ou d'une rémission complète. Ainsi, le DSM-III-R définit la rémission dans la schizophrénie en soulignant la différence avec les sujets sains (niveau de fonctionnement, durée de la rémission, durée du trouble, traitement prophylactique) : « un sujet ayant des antécédents de schizophrénie, mais ne présentant actuellement plus aucun signe du trouble ». Dans le DSM-IV la rémission complète intègre « un seul épisode avec des symptômes critériologiques mais sans symptômes résiduels persistants » et un an pour l'observation de l'évolution. L'intérêt pour la question de la rémission amène plusieurs questions : correspond-elle à une disparition du trouble (trouble épisodique) ou à une baisse des symptômes (maladie chronique) ? Comment le concept est utilisé dans d'autres troubles psychiatriques, et les concepts maniés sont-ils si différents ? A cet égard l'épisode dépressif est un modèle. En effet selon l'étude de Tohen et al. (2000) à 6 mois de suivi la rémission syndromique concerne 81% des épisodes dépressifs majeurs, 74% des bouffées délirantes, 70% des schizophrénies affectives et 36% des schizophrénies. Selon F. Bayle le concept de rémission a une double fonction, celle de nommer une amélioration temporaire (ce qui montre qu'une étape est franchie) et de cristalliser cette amélioration dans le précaire « n'est-ce pas aussi dire que la maladie n'est parfois jamais en rémis-

### LIVRES

#### Schizophrénie et cognition

Ed. John Libbey Eurotext 30 €

Dans cet ouvrage didactique, les auteurs (deux psychiatres et un neuropharmacologue) font un rappel des principales fonctions cognitives, en particulier la mémoire, des principaux outils et tâches d'exploration et décrivent celles qui s'avèrent altérées chez les schizophrènes. Ils proposent une synthèse des principaux modèles de développement de la schizophrénie et de nouvelles pistes de recherche dans sa prise en charge.

#### L'année psychanalytique internationale 2004

Traduction en langue française d'un choix de textes publiés en 2003 dans *International Journal of Psychoanalysis*

Editions Médecine et Hygiène, Genève

Distribution en France : Villo, Paris, 26 €

Deuxième numéro de cette nouvelle revue, parrainé par Daniel Widlöcher, Président de l'Association Psychanalytique internationale, cet ouvrage présente effectivement, une série d'articles choisis d'auteurs tous étrangers, à l'exception de Florence Guignard. Des italiens : Antonio Di Benedetto, Antonino Ferro, Franco De Masi, Carole Beele Tarantelli ; des anglais : Paul Williams, Vic Sedlac ; des américains : Glen O. Gabbard, Otto F. Kernberg, Jill Miller, Thomas Ogden, un suédois : Johan Norman ; des argentins : Clara Nemas de Urman, Jorge Luis Maldonado, R. Horacio Etchegoyen ; et une israélienne : Rachel B. Blass. Chaque article est précédé d'un résumé qui permet de s'orienter facilement dans cette riche moisson.

M. Goutal

sion ou que la rémission stable est souvent partielle ? » Frank Bayle souligne que la nécessité de distinguer entre *symptômes* (rémission) et *fonctionnement* (recovery) peut venir de la difficulté de différencier *épisode* (moment) et *maladie* (vulnérabilité).

De multiples approches proposent des critères de définition de la rémission. Elle peut se faire à partir de la réponse au traitement. Ces approches doivent prendre en compte les stades évolutifs : amélioration ponctuelle des symptômes, amélioration stabilisée des symptômes, disparition stabilisée du syndrome, retour du fonctionnement social, amélioration du fonctionnement cognitif, ... Les critères de rémission symptomatique issus d'un consensus d'experts américains reposent sur une amélioration des symptômes (en premier lieu productifs) sur une durée de trois mois (Kane, 2003). Pour parler de rémission syndromique les experts proposent une amélioration d'au moins un an. Sur le plan des indicateurs fonctionnels il conviendrait d'envisager une amélioration pendant 15 à 17 mois.

Concluons avec les remarques de Frank Bayle selon lesquelles « le concept de rémission n'est pas si flou » bien qu'il soit « entaché de subjectivité ». De la réponse thérapeutique à la guérison de l'épisode, mais aussi du symptôme au fonctionnel en passant par le syndromique, le concept de rémission est plutôt facile à opérationnaliser même si les définitions sont très (voire trop) nombreuses. En fin de compte cette réflexion permet de mieux conceptualiser l'amélioration, même temporaire. La rémission pourrait être le marqueur d'un meilleur pronostic. ■

Propos recueillis par Serge Tribolet\*\*\*

\*Directeur Médical, Janssen-Cilag.

\*\*Chef de service à l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif.

\*\*\*Psychiatre des Hôpitaux, EPS Maison Blanche, Paris.

### ACCÈS AUX SOINS, ACCUEIL ET URGENCE

15<sup>ème</sup> congrès de l'Association ANCRE-PSY  
Rouen, 10 et 11 décembre 2004

Le mode d'entrée dans le soin est fondamental pour l'avenir des prises en charges de ceux qui en sont bénéficiaires. L'idéal est que celui qui souffre de troubles psychiques soit mis en présence d'un professionnel de la santé mentale le plus tôt possible et, si possible, à son initiative, qu'il s'agisse d'un adulte ou d'un enfant. Dès lors, il convient de se soucier de la réponse qui sera donnée à l'appel au secours sollicitée par l'intéressé ou par son entourage, au premier rang desquels sa famille. Comment sont traitées les demandes qui s'adressent au C.M.P. ? Qui reçoit ces demandes en première intention et avec quelle formation ? Faute d'une réponse adéquate, une hospitalisation pourra s'avérer nécessaire. L'accueil en milieu hospitalier sera alors le premier contact avec l'équipe chargée du suivi au long cours. Parfois, les problèmes surgiront dans l'urgence d'une situation devenue impossible. Comment, alors, ces situations seront-elles gérées par les services sollicités ? Comment amènerons-nous ces patients, soumis parfois à la contrainte, à entrer dans un processus de soins qu'ils acceptent et dont ils deviennent acteurs ? Enfin, quels dispositifs sommes-nous capables de mettre en place pour permettre à ceux qui en ont besoin d'accéder aux soins ? Toutes ces questions seront examinées et nous prendrons connaissance des réponses élaborées ici et là. Nous espérons que ces échanges nous permettront de mettre au point des réponses adaptées au contexte de chaque secteur. Toutes les catégories de soignants et les représentants des familles et des usagers sont conviés à cette réflexion commune.

B.L.

Communications libres à adresser au Dr J. Ferrandi, secrétaire général ANCRE-PSY  
Centre Constance PASCAL, carrefour St Liesne, 77000 Melun.  
Tél. : 01 64 71 62 19 - Fax : 01 64 71 66 05 - Mail : frederique.pareau@ch-melun.fr

## LIVRES

**Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse**

Sous la direction de Pierre Fédida et de Marieke Wolf-Fédida

Seconde édition augmentée d'une biographie et d'une bibliographie de P. Fédida

Association Le Cercle

Herméneutique, Collection Phéno

18,30 €

Ce volume est la réédition d'un premier ouvrage dédié à Ludwig Binswanger. Il rassemblait les actes d'un congrès organisé, en 1985, par Pierre Fédida et Marieke Wolf-Fédida. Ce congrès marquait une certaine renaissance de ce courant de pensée, à partir de nouvelles figures comme Fédida lui-même, Henri Maldiney, Arthur Tatossian, Wolfgang Blankenburg, Lorenzo Calvi, etc. Cette réédition a le sens d'un hommage à Pierre Fédida qui a, si remarquablement, compris l'œuvre de L. Binswanger, ses horizons philosophiques et psychanalytiques. Cet ensemble de textes constitue un des documents de référence pour les courants de la psychopathologie phénoménologique, la phénoménologie psychiatrique, la Daseinsanalyse ou de l'anthropologie phénoménologique. Ainsi, parmi d'autres textes, l'analyse de la phénoménologie des hallucinations proposée par T. Ogawa et J. Naudin est devenue une des intuitions majeures de cette phénoménologie contemporaine de la souffrance mentale.

Avec les contributions de Pierre Fédida, Herman Lang, Henri Maldiney, René Ebtinger, Roland Kuhn, Karl-Heinz Bauerfeld, Jacques Schotte, Arthur Tatossian, Wolfgang Blankenburg, Serge Valdinoci, Lorenzo Calvi, Claude Vauterin, Toyooki Ogawa, Jean Naudin, Aaron Mishara.

Diffusion Distribution VRIN, Place de la Sorbonne, 75006 Paris. www.Hermeneutique.com

**Psychanalyse des psychonévroses et des troubles de la sexualité**

S. Nacht

L'Harmattan, 28 €

Jacques Chazaud justifie la réédition de cet ouvrage par plusieurs raisons. On ne peut abstraire la publication, en 1935, de ce premier livre d'un jeune psychanalyste de la « seconde génération » (titularisé en 1929 par la Société Parisienne de Psychanalyse, fondée en 1926) de ce que son auteur allait devenir, dix ans plus tard, au sortir de la Résistance, la personnalité dominante, en France, de la réorganisation et de l'institutionnalisation du mouvement, comme, par le fait même, de son éclatement historique.

Cet ouvrage contrastant avec les réserves, prudences, affadissements auxquels s'adonnaient les premiers psychanalystes français pour « acclimater » le freudisme, est probablement une des premières présentations véritablement « didactique » et fidèle des connaissances psychanalytiques orthodoxes de l'époque. Un autre point d'importance, c'est que Nacht se place ici dans une optique qui, à travers les variations de ses conceptions de fond et de ses pratiques curatives, restera toujours la sienne : l'orientation médicale, l'inclusion de la psychanalyse dans la thérapeutique. Nacht n'était pas de ceux qui pensaient que la guérison était un « bienfait de surcroît », mais le but même de l'analyse. Cette orientation pratique, ce livre en témoigne sous un aspect optimiste (illustré par le chapitre sur les guérisons rapides) qui demande à être tempéré, mais auquel Nacht n'a jamais renoncé.

**Serge Tribolet** : Quelle définition proposez-vous de la rémission dans la psychose ?

**Jean-Marie Vanelle** : Votre question porte sur la notion de rémission dans un registre pathologique qui n'est pas univoque. A moins d'être partisan de la notion de psychose unique, on oppose habituellement les psychoses aiguës aux psychoses chroniques. Les premières sont constituées de symptômes dont la juxtaposition ou l'organisation laisse prévoir leurs caractères transitoires, selon la formulation d'Henri Ey. Elles ont une tendance naturelle à la rémission, sinon à la restitution ad intergrum. Par contre, les maladies mentales chroniques ont une évolution continue ou progressive qui altérerait d'une façon durable l'activité psychique. C'est donc la question du potentiel évolutif qui opposerait les psychoses aiguës aux psychoses chroniques.

Pour revenir à la notion de rémission, nous pouvons proposer de partir de la définition du Larousse : « atténuation ou disparition temporaire des symptômes d'une maladie ; guérison dont on n'est pas absolument certain ». Cette définition s'applique tout particulièrement à certaines affections somatiques comme le cancer, où la disparition d'un certain nombre ou de tous les symptômes et la normalisation de marqueurs biologiques authentifient la guérison symptomatique, avec une incertitude sur sa pérennité. En psychiatrie et notamment pour les schizophrénies, la caractérisation de la rémission est forcément plus délicate.

Un schizophrène peut être considéré en rémission, après avoir présenté des antécédents de schizophrénie, s'il ne présente plus aucun signe de cette maladie. Cette appréciation évolutive de la rémission est souvent ainsi définie comme un retour au fonctionnement prémorbide, souvent difficile à cerner et à dater pour bon nombre de malades dont les troubles se sont installés insidieusement.

De plus, le polymorphisme symptomatique des tableaux schizophréniques rend habituellement nécessaire d'apprécier les diverses dimensions de la maladie : symptômes positifs ou délirants, symptômes négatifs ou déficitaires, symptômes de désorganisation, symptômes d'excitation-hostilité et symptômes dépressifs et anxieux.

Des niveaux de réponse du sujet schizophrène peuvent ainsi être définis en fonction de la rapidité et du degré de réduction des symptômes psychotiques, individualisés sur des échelles comme la BPRS ou la PANSS. A ces critères, les évaluateurs associent souvent, dans un souci de pragmatisme, une impression clinique globale [se référant à leur expérience de clinicien (CGI)] et la mesure du degré de retentissement de ces symptômes sur la vie sociale et occupationnelle. Ainsi Brenner et Dencker parlent-ils de rémission totale si tous les symptômes à la BPRS ont un score égal ou inférieur à 2, si le patient est considéré à la CGI comme « normal, pas du tout malade » et si son autonomie est effective dans les divers champs de la vie quotidienne : la gestion de son hygiène, son alimentation... D'autres auteurs comme Kane, ont proposé de sélectionner certains symptômes schizophréniques comme cibles préférentielles de l'action thérapeutique. C'est la disparition de ces symptômes qui pourrait le mieux authentifier la rémission. Ces diverses définitions incluent la notion de durée de ce bénéfice thérapeutique obtenu, en sachant que la disparition des symptômes sur une durée minimale de trois à six mois ferait évoquer une rémission temporaire et qu'aucun consensus n'existe pour parler de rémission définitive.

Il serait enfin possible de définir la rémission comme un arrêt du potentiel évolutif du processus morbide en cause dans la maladie schizophrénique. Une telle conception devrait s'attacher à la

# Actualisation de la notion de rémission dans le traitement des psychoses schizophréniques

Entretien avec Jean-Marie Vanelle par Serge Tribolet

meilleure évaluation possible du niveau d'adaptation psychosociale voire de la qualité de vie, sans omettre la mesure des capacités cognitives. Dans l'état actuel de nos connaissances, les mesures thérapeutiques préconisées dans le traitement des schizophrénies, notamment chimiothérapeutiques, visent à obtenir un effet suspensif du processus pathologique.

**Serge Tribolet** : Le concept de rémission semble réactualisé dans la perspective du traitement des psychoses. Quel est votre avis sur la validité d'un tel concept dans ce cadre diagnostique ?

**Jean-Marie Vanelle** : La notion de rémission ou de guérison dans le groupe des schizophrénies n'est pas nouvelle. Les grandes catamnèses de Bleuler et de Ciompi sur l'évolution des schizophrénies retenaient jusqu'à 1/4 d'évolution favorable ou très favorable, avec possibilité de guérison clinique. Pour certains cliniciens, un tel pronostic serait incompatible avec le diagnostic de schizophrénie, dont l'évolution est forcément de type déficitaire, et ce dans une conception très kraepelinienne de la maladie. Dans le DSM IV, la rémission complète est décrite comme possibilité évolutive, bien qu'elle ne soit pas jugée courante. Dans son manuel, Henri Ey rapportait aussi des cas de rémission, observés plutôt au

cours des 2 premières années grâce à de meilleures conditions d'assistance et de traitement installées précocement, même si des rémissions tardives pouvaient parfois survenir après 5 ans d'évolution. Le caractère éminemment novateur de cette remarque n'est pas sans faire écho aux hypothèses actuelles dont a pu rendre compte la conférence de consensus de 2003 sur les formes débutantes de schizophrénie. La précocité des soins mis en place, et notamment la nécessité de réduire au maximum la durée sans traitement où le processus morbide risque de se consolider, est susceptible d'interférer grandement sur le devenir de la maladie. Cette hypothèse d'une rémission possible dans cette pathologie se trouve ainsi réactualisée dans le contexte actuel de mise à disposition d'antipsychotiques mieux tolérés et peut-être plus efficaces. Un traitement précocement instauré doit permettre de freiner la morbidité du processus en cause et rend plus pertinente la notion de rémission.

**Serge Tribolet** : Quelles sont selon vous les principales motivations médicales de prescription d'un antipsychotique d'action prolongée ?

**Jean-Marie Vanelle** : Comme nous avons pu le souligner récemment dans un article de synthèse sur ce sujet (E. Esposito et J.-M. Vanelle : *Les neuro-*

*leptiques d'action prolongée : quelle actualité ?* Annales médico-psychologiques 2003, 161, 522-27), l'intérêt des neuroleptiques d'action prolongée ne se limite pas à la question d'une meilleure observance. Les données de la littérature et l'expérience des cliniciens confirment cette propriété en sachant que cette action sur l'observance s'intègre dans un travail plus général de prise en charge du patient dans le dispositif sectoriel où cette modalité thérapeutique trouve toute sa place et contribue à l'alliance thérapeutique. Il faut aussi considérer la prévention de rechutes, l'obtention d'un taux plasmatique plus constant pour une posologie plus modeste et une adhésion souvent satisfaisante du patient « débarrassé » de la contrainte des prises quotidiennes.

Enfin, la mise à disposition récente d'un traitement neuroleptique atypique à action prolongée doit nous permettre de recourir plus volontiers à une telle modalité thérapeutique, compte tenu d'un rapport efficacité/tolérance perçue supérieur à celui observé avec les neuroleptiques retardés classiques. En effet, le but est d'obtenir une période de stabilité clinique suffisamment durable pour assurer la réalisation des autres mesures thérapeutiques et l'accès à une certaine prise de conscience du caractère pathologique des troubles, l'ensemble conduisant à une adhésion

**Les troubles anxieux**

Santé mentale au Québec

Printemps 2004, numéro 1

Les champs des troubles liés à l'anxiété indiquent des progrès considérables aux plans de la conceptualisation du domaine et du traitement.

Cependant, de nombreuses questions demeurent ouvertes et c'est à partir de ces questions que F. Borgeat et D. Zullino ont coordonné ce numéro.

Compte tenu de modifications psychophysiologiques associées à l'anxiété et aux troubles anxieux D. Zullino et coll. ont recherché les liens entre les mesures psychophysiologiques et les phénomènes de sélectivité attentionnelle. Ce phénomène a effectivement été observé, une activation élective de fonctions psychophysiologiques comme réaction à des stimuli menaçant et une diminution lors de l'exposition aux stimuli neutres.

K. P. O'Connor et S. Grenier ont passé en revue les quatre conceptions du trouble obsessionnel-compulsif (TOC). La première conception présuppose que le TOC est un trouble du mouvement, la deuxième soutient que cette maladie fait partie du spectre TOC incluant, à la fois, les troubles impulsifs et compulsifs, la troisième fait référence à la classification actuelle (DSM-IV-TR) qui inscrit le TOC dans la famille des troubles anxieux et la dernière conception suggère qu'il est, en fait, un trouble du raisonnement qui pourrait s'inscrire sur un continuum avec, par exemple, le trouble délirant. Même s'il existe des arguments en faveur de quatre conceptions, le TOC semble se différencier des troubles du mouvement, des troubles impulsifs et des troubles anxieux. Pour les auteurs il serait plus juste et raisonnable de concevoir le TOC comme un trouble du raisonnement qui provoque de l'anxiété associée aux croyances obsessionnelles.

P. Cousineau s'interroge sur les liens entre l'anxiété et les schémas précoces d'inadaptation de Young. Pour se faire, les schémas ont été regroupés sous trois catégories : les schémas incluant déjà l'anxiété dans leur définition ; les schémas, référant à une perte ou à une crise relationnelle ; les schémas liés à une perte potentielle de l'intégrité du Soi. La forme que prend la manifestation de l'anxiété est étudiée selon ces trois regroupements. L'auteur estime que le lien entre l'anxiété et les schémas ne se présente pas toujours de façon manifeste et nécessite un recours au jugement clinique. Enfin, l'approche centrée sur les schémas semble favoriser une meilleure compréhension du symptôme dans le contexte de l'organisation structurelle de l'individu.

C. Pouloin et coll. illustrent les interventions de la santé publique face à la problématique des troubles anxieux dans le contexte montréalais.

Y. Khazaal et coll. explorent les relations entre les troubles anxieux et le tabagisme. Des explications possibles à ces relations sont présentées. La nicotine module probablement des structures cérébrales impliquées dans la réponse au stress et à l'anxiété, modifiant ainsi les niveaux d'anxiété perçus. Les troubles anxieux ne semblent pas associés à un tabagisme particulier, mais on retrouve une plus grande fréquence des conduites tabagiques chez ces patients et une participation du comportement tabagique dans les modalités de coping du fumeur anxieux.

Les approches psychanalytiques arrivent en deuxième ligne dans les recommandations actuelles concernant la prise en charge des troubles anxieux. Pour Th. Currat et J.-N. Despland ce constat est justifié par le manque d'études contrôlées pour ces traitements, ainsi qu'en raison d'une adaptation plus tardive de la psychanalyse aux tendances contemporaines de la psychopathologie et de la psychothérapie centrées sur

le symptôme. Un tel exemple d'adaptation est le développement récent d'une psychothérapie psychodynamique focalisée sur le trouble panique (PFPP) (Milrod et al. 1997). Cette psychothérapie paraît efficace (Milrod, 2001). Elle ne l'est probablement pas plus, ni moins, que d'autres approches psychothérapeutiques, si l'on se réfère aux résultats de la recherche empirique à propos de l'efficacité comparative des psychothérapies.

A. Stravynski, G. Gaudette et C. Roy font état des interventions psychologiques qui ont été développées ou adaptées au traitement de la phobie sociale. Deux stratégies principales ont été identifiées : la réduction de l'anxiété et l'amélioration du fonctionnement social. L'exposition et la restructuration cognitive sont des démarches principales dans la stratégie de la réduction d'anxiété. L'entraînement aux habiletés sociales est central pour l'amélioration du fonctionnement social. Leurs issues thérapeutiques, à court et à long terme, sont analysées ainsi que comparées à la psychopharmacologie. Les tâches à exécuter dans les situations de vie entre les séances thérapeutiques peuvent être envisagées comme étant un élément essentiel de toutes les interventions. Elles sont, cependant, au service des différents principes théoriques préconisés par chacune des approches.

Les techniques comportementales par exposition et prévention de réponse ont démontré leur efficacité dans le traitement du trouble obsessionnel compulsif (TOC). Pourtant, si l'on tient compte des refus et des échecs thérapeutiques, bon nombre de patients ne viendraient pas à bout de leur trouble avec cette forme de traitement, soit un patient TOC sur deux, demandeur de traitement et considéré comme pouvant tirer profit d'un traitement comportemental. Les techniques cognitives permettent d'élargir le modèle comportemental, et constituent une approche plus indirecte et

## LA MALADIE

J'imagine des choses anormales, comme croire aux extraterrestres. Je crois aussi que j'ai un appareil dans le cerveau. Tout ça ne m'empêche pas de vivre mais c'est une deuxième personne qui est en moi. Je vis dans un autre monde et pour en sortir, je suis obligé de cacher ma maladie, c'est une maladie qui reste à vie. J'ai déjà essayé de la combattre mais j'ai été encore plus souffrant quand je ne l'avais plus. J'ai une double personnalité, je change de personnage et je joue avec la vie à chaque fois que je me sens pas bien. Je peux changer de caractère même de voix pour m'identifier à quelqu'un. Quand j'étais dehors avant l'accident j'avais des hallucinations, pas deux fois j'ai casé une voiture de police en croyant que c'était une soucoupe volante, la police ne m'a pas brutalisé car ils ont compris que j'étais malade. Je leur ai dit que je venais d'une planète qui s'appelle « FOGAS » et je leur ai dit qu'ils étaient la police « FOGAS ». Ils m'ont hospitalisé. Pour vous dire que cette maladie vous fait vivre des choses hors du commun.

Monsieur R

durable aux soins. Ce séquençage peut se concevoir sur une durée limitée, comme un test thérapeutique où la délicate question de la mauvaise observance (qui concerne au moins 50% des schizophrènes) se trouve ainsi écartée. Cette option thérapeutique aurait ainsi le mérite de ne pas considérer le recours à un NAP comme une modalité en tout ou rien, indéfiniment prescrite à certains patients et jamais utilisée pour d'autres.

**Serge Tribolet** : *L'objectif de la rémission dans la psychose est-il plus adéquat que celui de stabilisation ?*

**Jean-Marie Vanelle** : Votre question soulève le bien délicat problème du niveau d'exigence du thérapeute face au niveau d'exigence du patient et de sa famille. Plusieurs publications au cours de ces dernières années ont tenté de mieux cerner les objectifs thérapeutiques du médecin en matière de

soins aux schizophrènes. En raison d'une insertion sociale souvent perçue comme illusoire dans un contexte sociétal de chômage grandissant, stabiliser un patient schizophrène revenait trop souvent à réduire les symptômes les plus bruyants aux dépens des symptômes déficitaires moins dérangeants mais tout aussi délétères. En se gardant de toute mégalomanie qui apparaîtrait comme un miroir de la toute puissance du psychotique, le thérapeute doit apprécier régulièrement le bénéfice thérapeutique obtenu. Le travail sectoriel qui reste la pierre angulaire du traitement des schizophrènes, doit permettre une évaluation consensuelle de l'état du patient, des bénéfices obtenus et à attendre. Un projet social trop ambitieux peut mettre en échec le malade, le confronter à son handicap dont la prise de conscience favorise certains suicides. Inversement, un projet trop modeste peut contribuer à une certaine chroni-

plus progressive, ainsi qu'une facilitation au traitement. Pourtant, le nombre des patients résistant au traitement cognitivo-comportemental reste, malgré tout, élevé. Des approches complémentaires, appliquées parallèlement aux techniques cognitivo-comportementales, pourraient contribuer à avancer dans la compréhension et dans le traitement de ces sujets. Les techniques centrées sur les émotions pourraient constituer un apport au travers de la prise de conscience de leur vécu émotionnel, l'exploration et la restructuration des émotions. Ces diverses techniques sont illustrées par M. Stankovic au travers de la description d'un cas clinique.

Les thérapies comportementales et cognitives de groupe pour le traitement des troubles anxieux ont été historiquement développées sur la base des traitements individuels validés. Elles ont été, assez largement, employées et étudiées pour la phobie sociale, le trouble panique avec ou sans agoraphobie et le trouble obsessionnel-compulsif, avec des résultats généralement positifs et similaires aux méthodes individuelles correspondantes. Les traitements de groupe pour l'anxiété généralisée et le stress post-traumatique n'ont pas reçu, à l'heure actuelle, une validation suffisante. Les résultats de la recherche évaluative montrent que le format individuel ou de groupe n'apparaît pas comme un facteur de prédiction du résultat. On ne peut, dès lors, poser une indication à la thérapie individuelle ou à la thérapie de groupe sur la seule connaissance du diagnostic. Pour V. Pomoni, l'indication à un format précis doit se baser sur d'autres critères, économiques, organisationnels ou cliniques. Les thérapies de groupe peuvent présenter des avantages certains par rapport aux procédés individuels, même si elles ne peuvent pas toujours s'ajuster parfaitement au cas particulier de chaque patient. L'indication doit donc se faire de façon

individuelle pour permettre aux thérapeutes de juger des capacités et de l'intérêt de leurs patients à participer à un programme goupal. Ch. Todorov fait le point sur le traitement pharmacologique des troubles anxieux peu spécifique à l'exception du trouble obsessionnel compulsif qui réagit de manière préférentielle aux antidépresseurs sérotoninergiques puissants. Pour tous les autres troubles anxieux, les antidépresseurs de toutes les classes chimiques peuvent être efficaces car ils partagent un effet de classe commun et peu nuancé d'une molécule à l'autre. Ils sont considérés comme le traitement pharmacologique de premier choix. Toutes les benzodiazépines, grâce aussi à leur effet de classe, sont utilisées comme adjuvants, de préférence temporaires. Les stratégies de potentialisation de la médication antidépressive de base dans les cas réfractaires des troubles anxieux sont également peu spécifiques : lithium, antipsychotiques, anticonvulsivants. La mindfulness (en français pleine conscience) représente le dénominateur commun qui est à la base des différents courants de pratique de méditation bouddhiste. Par pleine conscience, on entend le fait de porter son attention d'une manière particulière, délibérément, au moment présent et sans jugement de valeur. Au cours de ces dernières années, plusieurs approches thérapeutiques intégrant la pratique de la méditation (Mindfulness Based Stress Reduction ; Dialectical Behavior Therapy ; Mindfulness Based Cognitive Therapy) ont été développées et évaluées. G. Bondolfi examine les mécanismes pouvant expliquer pourquoi cette pratique peut conduire à une réduction symptomatique et/ou à un changement comportemental dans le cadre de divers troubles émotionnels et, plus particulièrement, dans le traitement des troubles anxieux.

comme cela est décrit après de longues périodes de séjour dans certaines structures de jour. Il s'agit donc d'une stratégie thérapeutique à adapter au cas par cas, en ne se privant pas de la possibilité de recourir aux antipsychotiques désormais à notre disposition, et qui nous conduisent à plus d'exigences, et si possible, à l'obtention d'une rémission.

**Serge Tribolet** : *Comment concilier l'objectif de la rémission avec la continuité des soins. La rémission implique-t-elle une modification thérapeutique ? Quelle stratégie thérapeutique ?*

**Jean-Marie Vanelle** : La définition initialement proposée de la rémission comme une réduction majeure, voire la disparition des symptômes d'une maladie sans certitude que le processus pathologique en cause soit forcément jugulé, a le grand mérite de véhiculer un double message : celui de la modestie, de la prudence que chaque médecin doit avoir par rapport à son pouvoir de guérir un tel processus morbide, mais aussi celui de la pertinence de la continuité de soins réguliers, afin de s'assurer de la pérennité de cette rémission. Cette notion de rémission réactualise, en effet, la nécessité d'une réévaluation régulière de nos soins. Ainsi, l'action de la chimiothérapie considérée encore comme uniquement suspensive dans l'état actuel de nos connaissances, justifie-t-elle, sa poursuite sur une durée indéterminée, avec des aménagements posologiques, en fonction du bénéfice thérapeutique obtenu. A ce niveau de notre entretien, il est indispensable de rappeler l'absolue nécessité d'une surveillance régulière de la bonne tolérance, tant clinique que biologique du traitement. Quant à l'ensemble des mesures psychosociales comme les soins de jour, les VAD..., elles sont à moduler en fonction des progrès réalisés et de leur degré de consolidation. Le principe d'un « accompagnement psychothérapeutique » est évidemment indispensable.

**Serge Tribolet** : *La notion de rémission amène-t-elle à une nouvelle approche psychopathologique de la psychose ?*

**Jean-Marie Vanelle** : Tout progrès thérapeutique a une incidence heuristique sur la pathologie concernée par cette avancée thérapeutique. La rémission observée est-elle purement symptomatique, a-t-on une possibilité d'action sur le primum movens, sur le processus pathologique lui-même ? L'éventualité d'un arrêt de la « virulence » du processus pathogène ou de son pouvoir pathogène constitue déjà une hypothèse passionnante à confirmer, et qui sera source d'une meilleure connaissance de la physiopathologie du groupe des schizophrénies.

**Serge Tribolet** : *Utilisez-vous le terme de rémission dans votre pratique auprès des patients et de leur famille ?*

**Jean-Marie Vanelle** : Comme nous l'avons déjà souligné, cette notion de rémission a le mérite d'attirer l'attention sur le caractère encore parcellaire de nos connaissances et sur la prudence qui doit prévaloir dans notre information du malade schizophrène et de ses proches. Cette notion de rémission, lorsqu'elle est opportune, souligne la nécessité de s'inscrire dans une stratégie thérapeutique durable comportant réévaluation régulière et poursuite d'un traitement. Elle justifie également qu'un certain nombre de mesures d'hygiène de vie et notamment l'absence de consommation de substances toxiques soit rappelé. On sait qu'elles peuvent être des facteurs majeurs d'instabilité ou de vulnérabilité à la maladie, comme c'est le cas, par exemple, de la prise de haschich. ■

## LIVRES ET REVUES

### La médecine factuelle (Evidence-Based Medicine)

*Pour la recherche juin 2004, n°41, Bulletin de la Fédération Française de Psychiatrie*

Ce numéro est une première approche d'une question difficile : l'Evidence-based medicine (EBM). L'expertise collective de l'Inserm sur les psychothérapies a souligné, brutalement, l'importance qui peut être attribuée à ce modèle pour déterminer ce que serait la vérité scientifique et les conséquences potentielles d'un tel choix sur les pratiques. Ce numéro suit à la lettre ce qui constitue la charte éditoriale de *PLR* et de *Psydoc-France* : informer, aussi largement et objectivement que possible, les acteurs de notre discipline (et au-delà) pour qu'ils se fassent une idée personnelle de la question. Une bibliographie très importante est analysée.

Dans un premier article, sont présentées les définitions et l'historique de l'EBM, les bases sur lesquelles elle s'est construite et les objectifs qu'elle poursuit, tant dans le domaine de l'enseignement, que de l'approche médicale, sont abordées ensuite ses difficultés et ses limites, puis la question éthique.

Quelques remarques sont formulées à partir d'articles traitant de la démarche EBM en psychiatrie et santé mentale. Elles portent évidemment sur l'attention qu'il faut prêter aux « détails » méthodologiques car ils sont susceptibles de biaiser les résultats malgré une forme d'apparence excellente. Elles portent, également, sur les bénéfices réels que le patient peut attendre de cette méthode. Une analyse plus approfondie est consacrée à son application à la psychothérapie où elle a suscité - et suscite encore - un débat intense qui s'exprime dans de nombreuses publications. Pour finir, accompagnés d'une note d'humour, on trouve des liens bibliographiques accessibles sur Internet. Ils portent sur des aspects spécifiques (accès direct aux études répondant aux critères de l'EBM et, éventuellement, centrées sur les aspects économiques), ainsi qu'une sélection de glossaires dont l'intérêt va bien au delà du strict champ de l'EBM.

Au stade actuel de l'analyse, quelques pistes de réflexion sont proposées :

- si l'EBM a l'avantage de maintenir une tension sur les bases de la connaissance médicale, la démarche qu'elle propose ne risque-t-elle pas, sans attention particulière, de devenir « simplifiée » et « dirigée » ? L'individuel ne risque-t-il pas d'être sacrifié au profit du « générique » ?
- l'ambition de la méthode n'est-elle pas située si haut que le bouleversement culturel qu'elle instaure ne sera intégré que par une fraction des cliniciens, avec le risque de ruptures dans les connaissances et les savoir faire dont les risques ne seraient pas maîtrisés ?
- comment vont s'inscrire, dans la réalité, l'expérience clinique et les attentes des patients qui sont conçues dans l'esprit même des promoteurs de l'EBM comme les deux autres piliers essentiels de l'approche ?

Pour s'abonner à « *Pour la recherche* » vous pouvez adresser avec vos nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP, de 20 € (France), 25 € (Institutions), 30 € (étranger) (4 numéros - abonnement 2004) à la Fédération Française de Psychiatrie, Bâtiment B, Hôpital Sainte-Anne, 1 rue Cabanis - 75014 Paris.

### L'ainé(e) victime

#### La fin d'un tabou ?

Robert Cario

L'Harmattan 11 €

La prise de conscience de la victimisation des aînés est récente. C'est autour des années 80 que des chercheurs et des professionnels se sont émus des conditions de vie dramatiques dans lesquelles se trouvait une part non négligeable de personnes âgées, soumises à des négligences et des mauvais traitements inacceptables. Tous dénoncent alors le silence qui entoure de telles situations et proposent des stratégies d'intervention adaptées à la population. Foisonnantes dans le monde anglosaxon, de telles recherches et pratiques professionnelles ne sont apparues en France qu'au cours des années 90. Le rôle pionnier du professeur Hugonot et de son équipe a conduit à la création, en 1995, du réseau Alma (Allô, maltraitances des personnes âgées). Des politiques publiques spécifiques tardent, néanmoins, à se mettre en place, au mépris des rapports officiels et des enquêtes épidémiologiques aujourd'hui incontestables. Le drame de l'été 2003, indique qu'un long chemin reste encore à parcourir. Certes, des prises en charge de qualité existent, mais elles demeurent trop confidentielles et ne concernent guère les plus démunis. Un long chemin reste donc à parcourir, tant au niveau de l'accroissement significatif des moyens financiers, qu'à celui de la formation des intervenants et, davantage encore, à celui de l'évolution des mentalités.

## Histoire de la psychiatrie légale en Europe

A l'heure de la construction d'une Europe politique et sociale se révèlent, autour d'affaires très médiatisées, de nouvelles possibilités de collaborations judiciaires supra-nationales. La Justice, dans tous les pays d'Europe, a pour collaborateurs maintenant indispensables le médecin, le psychiatre, le psychologue : légistes, experts, criminologues ou spécialistes du soin en milieu pénitentiaire sont et seront, eux aussi, sans aucun doute possible, amenés à confronter ou à ajuster leurs pratiques et leurs théories.

Si le droit de chaque pays repose sur des filiations et des traditions qui lui sont propres, et qu'il convient de reconnaître pour opérer des conversions à venir, on pourrait en dire autant de la psychiatrie légale. Rejeton, légitime au XIX<sup>e</sup> siècle, de la médecine légale d'un côté et de la psychiatrie d'un autre, cette psychiatrie légale que nous connaissons s'enracine dans des traditions théoriques et pratiques assez diverses, même si l'on peut considérer que l'Europe de la Science s'est constituée avec quelques siècles d'antériorité sur l'Europe politique.

La tâche de l'historien, dans cette perspective, serait, sans doute, de faire avancer la connaissance de telles traditions, en d'autres termes de se pencher sur la constitution historique des différentes psychiatries légales européennes, avec le souci d'utiliser la comparaison comme outil d'élucidation. C'est à une tentative en ce sens que vous convie ce colloque organisé par le GEHP (et par son entremise, l'European Association for the History of Psychiatry) qui aura lieu les 5 et 6 novembre 2004 à Paris dans le Grand Amphithéâtre de l'Ecole Nationale de la Magistrature).

Renseignements et inscriptions : Association l'Elan Retrouvé, GEHP, Valérie Waziniak, 23 rue de la Rochefoucauld, 75009 Paris.

## LIVRES ET REVUES

**Vivre avec la maladie d'Alzheimer : pistes de réflexion et d'action**

**Guide Repères : accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés**

Fondation Médéric Alzheimer\* 15 €

La Fondation Médéric Alzheimer a publié deux nouveaux titres sur la prise en charge médico-sociale de la maladie d'Alzheimer.

L'un constitue le troisième titre de la collection « *Vivre avec la maladie d'Alzheimer* » et propose des pistes de réflexion et d'action aux acteurs institutionnels. Cet ouvrage analyse différentes initiatives menées en France et à l'étranger, autant de témoignages utiles pour la pratique quotidienne des aidants professionnels.

Le second ouvrage est un « *Guide Repères* » sur l'accompagnement des patients, proposant un bilan des expériences de terrain innovantes conduites en France ces trois dernières années. Les auteurs en ont tiré des méthodes d'accompagnement centrées sur le malade et proposent les grandes lignes pour mener des projets d'accueil et d'aide correspondant aux attentes des patients et de leur famille.

\*Ces deux ouvrages peuvent être commandés sur le site [www.fondation-mederic-alzheimer.org](http://www.fondation-mederic-alzheimer.org)

**Psychiatrie en devenir, les clubs**

*Pratiques en santé mentale 2004, n°3*

Dans son éditorial, Guy Baillon relève que la mobilisation autour des clubs s'appuie sur trois grands courants :

- l'un fortement représenté par la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine. Ce mouvement a créé les « *clubs thérapeutiques* » puisqu'un club, celui de Saint-Alban est à l'origine de la Psychothérapie Institutionnelle et constitue un élément essentiel dans la réflexion de la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine ;

- un autre courant est soutenu par les usagers-familles. L'UNAFAM veut promouvoir la création de « *clubs d'entraide* » et se montre très dynamique autour de ce projet ;

- un dernier courant soutenu par les usagers-patients. La FNAPpsy parle simplement de « *clubs* » dont des patients sont les promoteurs, cela ne l'empêche pas d'affirmer que l'appui de soignants dans leur fonctionnement constitue, à leurs yeux, une garantie indispensable.

Les trois courants sont représentés dans ce numéro qui montre ce qui les distingue et les rapproche. L'essentiel est de noter que malgré des différences d'origine, les convergences sont apparentes. Leur force vient de la capacité d'imagination et d'innovation que chaque club élabore dans son cadre propre. Les clubs sont des espaces qui sont à l'intersection du champ sanitaire et du champ social ; les patients et d'autres personnes en souffrance, porteurs ou non de handicaps divers, y partagent leurs expériences.

Clément Bonnet, Président de la Fédération d'Aide à la Santé Croix-Marine, évoque la place de la Croix-Marine dans cette évolution, ainsi que Jean-Paul Arveiller. Jean Oury remplace le club dans le champ de la psychothérapie institutionnelle. Suivent des présentations de clubs divers de plusieurs points de France, regroupés en paires contrastées, afin d'animer une confrontation.

# Forme galénique et observance : une préoccupation des laboratoires Organon

L'observance est définie comme le respect des prescriptions médicales par les patients.

Les problèmes de mauvaise observance sont un phénomène fréquent auquel médecins et patients sont souvent confrontés en pratique médicale courante. Si l'on s'intéresse plus spécifiquement à la maladie dépressive, des études ont montré que le taux de mauvaise observance est de l'ordre de 53% (1). D'autres études ont montré qu'environ 30% des patients arrêteraient leur traitement antidépresseur dans le mois qui suit son instauration et 45 à 60% l'arrêtent au bout de 3 mois (1) alors qu'un traitement de la dépression doit durer au minimum 6 mois pour obtenir une rémission complète et réduire ainsi le risque de rechute.

Ajoutons que Maddox et al ont trouvé des résultats similaires : dans leurs travaux, 52% des patients traités pour dépression ont arrêté leur traitement dans les 10 à 12 semaines qui ont suivi son instauration et 33% n'ont pas prévenu leur médecin traitant (2).

Enfin, Bergmann et al se sont également intéressés à cette problématique. Ils confirment que l'adhésion au traitement est une dimension importante dans la prise en charge thérapeutique d'une maladie et dépend de nombreux facteurs, notamment ceux liés au traitement lui-même (3).

## Devant de tels constats, de quelles solutions disposent les médecins prescripteurs ?

Les problèmes de non observance sont dus à de multiples déterminants, ce qui rend leur résolution d'autant plus difficile (3). Des observations ont montré qu'on pourrait faire évoluer l'adhésion au traitement et/ou l'observance par exemple en développant davantage la relation patient-médecin, ou encore, en mettant en place un programme d'information-éducation pour le patient (3). Bien entendu, d'autres facteurs pourraient également permettre d'améliorer l'acceptation et/ou le bon suivi du traitement par le malade.

Ainsi, il semblerait par exemple que les arrêts de traitement et la mauvaise observance pourraient être dus à une forme galénique du médicament non adaptée au patient. En effet, certaines études ont montré que la galénique peut influencer sur la perception du malade vis-à-vis de son traitement. Dans un article récent sur les facteurs prédictifs d'une bonne observance, les caractéristiques physiques du comprimé, telles la taille, la forme et la couleur sont décrits comme pouvant influencer la perception du patient sur son traitement, et par là, jouer un rôle sur l'observance (4). Ainsi par exemple, les comprimés verts ou bleus sont perçus comme « *sédatifs* » alors que les comprimés rouges sont considérés comme plus « *stimulants* ».

Dans le même sens, une enquête norvégienne réalisée auprès de 6000 patients environ de médecine générale a mis en évidence qu'un patient sur 4 ne prendrait pas le traitement prescrit uniquement parce qu'il a des difficultés à avaler les comprimés (5). Et pourtant, le comprimé est largement prescrit !

Devant de telles observations, on pourrait se demander si, malgré ses nombreux avantages, le comprimé est la forme galénique la mieux adaptée pour tous les patients ?

Au total, la facilité de prise liée à la galénique et à la présentation du médicament, l'acceptabilité du traitement par le malade et son entourage d'une part, et la complexité thérapeutique et la polymédication d'autre part, inter-

viennent dans l'observance, soit pour l'améliorer, soit pour l'altérer (3).

## Une nouvelle forme galénique pour Norset® (mirtazapine) : une des réponses aux problèmes d'observance ?

Fort de ces constats, les laboratoires Organon, toujours soucieux de trouver des solutions innovantes pour aider les prescripteurs dans leur démarche de soins et les patients dans la qualité de leur prise en charge, ont développé une forme galénique différente de leur antidépresseur Norset® 15mg, comprimé pelliculé : Norset® 15mg/ml Solution buvable avec pompe-doseuse (6). Cette nouvelle forme pharmaceutique est une illustration des efforts qui tentent de rendre le traitement de la dépression à la fois simple et pratique pour les patients.

Commercialisé depuis octobre 2003, Norset® 15mg/ml Solution buvable est, comme la forme comprimé, indiqué dans le traitement des Episodes Dépressifs Majeurs, c'est-à-dire caractérisés. En pratique, Norset® est utilisé chez l'adulte, à des posologies allant de 15 à 45mg/jour, en prise unique\* au moment du dîner (6).

La forme Solution buvable ne modifie pas la stratégie thérapeutique recommandée. De plus, une étude de bioéquivalence entre les deux formes a montré que la solution buvable bénéficie du même schéma thérapeutique que la forme comprimé (7).

Norset®, de par son mode d'action original, agit en stimulant la neurotransmission noradrénergique et sérotoninergique grâce à des propriétés antagonistes sur les récepteurs présynaptiques  $\alpha$  2 adrénergiques et 5HT2 et 5HT3 postsynaptiques. La mirtazapine agit également de façon spécifique sur les récepteurs 5HT1. D'autre part, Norset® présente une faible affinité pour les récepteurs cholinergiques et des propriétés antihistaminergiques (8). Ces mécanismes pharmacologiques expliqueraient ses propriétés anxiolytiques et sédatives (9).

En raison de ses propriétés, Norset® est préconisé en monothérapie (9).

Des études cliniques comparatives ont démontré, en fin de traitement, une efficacité antidépressive de Norset® supérieure au placebo (Bremner et al, 1995) et équivalente aux antidépresseurs tricycliques (Bremner et al, 1995) et aux IRS (Leinonen et al, 1999 ; Benkert et al, 2000) (10, 11, 12).

Dans toutes ces études, Norset et les comparateurs ont présenté un bon profil de tolérance.

La pompe-doseuse de Norset® Solution buvable permet une bonne sécurité d'emploi et rend la manipulation aisée pour les patients. Ces qualités s'illustrent par le fait que la pompe-doseuse permet une bonne précision dans la mesure de la dose : une pression délivre une dose toujours identique, soit 15mg de mirtazapine\*\*. Ainsi, les patients nécessitant un traitement antidépresseur par Norset® et qui ont opté pour la solution buvable n'ont pas besoin de se munir d'un gobelet doseur, de compter les gouttes ou d'utiliser une pipette... En effet, le principal inconvénient de ces dernières formes est le manque de précision : il peut y avoir des écarts importants dans les prélèvements selon l'opérateur et l'instrument de mesure utilisé (13). La facilité d'utilisation de Norset® Solution buvable garantit donc une certaine sécurité en limitant le risque d'erreur dans la mesure de la dose prescrite.

Norset® 15mg/ml Solution buvable peut bien entendu être prescrit à tous

les patients adultes souffrant d'épisodes dépressifs majeurs\*\*\* et en particulier à tous ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas prendre de comprimés par goût ou préférence.

Afin de mieux appréhender la place des formes galéniques dans la pratique courante, Organon a mis en place une vaste enquête auprès de plus de 1000 médecins dont la grande majorité est représentée par des psychiatres libéraux. Cet observatoire NOA a pour but de décrire la population des patients et les contextes cliniques pour lesquels une forme buvable est plus appropriée. Ses résultats, prévus pour 2005, devraient donc permettre de déterminer la place des nouvelles formes orales d'antidépresseurs. NOA présente une approche différente des problèmes de non adhésion au traitement dans un contexte de pratique clinique courante.

## Conclusion

L'efficacité de toute prise en charge thérapeutique dépend, pour une large part, de l'adhésion du patient à son traitement. Les facteurs de non-observance sont multiples et variés. Dans le but d'améliorer l'observance du traitement ainsi que son adhésion par le patient, plusieurs types d'action sont envisageables comme la mise à disposition des médecins de diverses présentations galéniques d'antidépresseurs leur permettant de proposer un choix adapté à chaque patient. Ceci pourrait contribuer à renforcer la relation médecin-patient, un élément important dans l'amélioration de l'observance. Dans un article sur les relations existant entre une bonne observance, l'efficacité thérapeutique et la qualité de vie, Gasquet et son équipe concluent qu'il est important que les médecins prescripteurs aient conscience de l'ampleur de ce phénomène et qu'ils devraient s'informer auprès de leurs patients du suivi du traitement pour obtenir une meilleure adhésion de la part du patient (14). ■

**Dr Leila Chelbani**

Responsable Médical Psychiatrie  
Laboratoires Organon

\* Si nécessaire, la dose journalière pourra être administrée en 2 prises, matin et soir.

\*\* Lorsque la pompe doseuse est actionnée pour la première fois, la quantité de solution

délivrée n'est pas correcte. La pompe doit être amorcée et la solution buvable obtenue lors de l'amorçage doit être jetée.

\*\*\*En tenant compte des contre-indications, des mises en garde et des précautions d'emploi.

## Bibliographie

(1) Lingam R, Scott J - Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2002 ; 105: 164-172

(2) Maddox J.C et al. - The compliance with antidepressants in general practice. *J Psychopharmacol* 1994; 8(1) : 48-53

(3) Bergmann et al. - Observance, efficacité et qualité de vie. *Thérapie* 2002 ; 57(4) : 366-378

(4) Demyttenaere K. Risk factors and predictors of compliance in depression. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003; 13: S69-S75

(5) Andersen O et al. Problems when swallowing tablets. A survey in general practice. *Tidssk Nor Laegeforen* 1995; 20: 947-949 (*Etude norvégienne réalisée auprès de 6158 patients de médecine générale*)

(6) Résumé des Caractéristiques des Produits

(7) Avis de la Commission de Transparence du 13/05/98 et du 07/10/98 complétés par l'avis du 03/04/02 (Norset comprimé)

(8) De Boer T - The pharmacologic profile of mirtazapine. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(4) : 19-25

(9) Avis de la Commission de la Transparence du 5/02/03 (Norset solution buvable)

(10) Bremner JD - A double-blind comparison of Org 3770, amitriptyline and placebo in major depression. *J Clin Psychiatry* 1995; 56(11) : 519-525.

*Etude de 6 semaines, randomisée en double aveugle avec titration de doses, chez 150 patients présentant un épisode dépressif majeur comparant l'efficacité et la tolérance de la mirtazapine (n = 50, 5-35 mg/j), l'amitriptyline (n = 50, 40-280 mg/j) versus placebo (n=50).*

(11) Leinonen E et al - Efficacy and tolerability of mirtazapine versus citalopram : a double-blind, randomized study in patients with major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14(6): 329-337

*Etude de 8 semaines, multicentrique, randomisée en double aveugle comparant l'efficacité antidépressive et anxiolytique et la tolérance de la mirtazapine (n = 137; 15-60 mg/j) versus citalopram (n = 133; 20-60 mg/j) chez des patients présentant un épisode dépressif majeur*

(12) Benkert O - Mirtazapine compared with paroxetine in major depression. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(9) : 656-663

*Etude de 6 semaines, multicentrique, randomisée, en double aveugle, comparant l'efficacité antidépressive et la tolérance de la mirtazapine (n = 139; 15-45 mg/j) versus paroxétine (n = 136; 20-40 mg/j) chez des patients présentant un épisode dépressif majeur.*

(13) Le Hir A. Abrégé de pharmacie galénique. Bonne pratique de fabrication des médicaments. 8ème édition. Ed Masson. 2001

(14) Gasquet et al. - Déterminants de l'observance thérapeutique des antidépresseurs. *L'Encéphale* 2001 ; XXVII : 83-91

## L'ASSOCIATION ANTIDÉPRESSEUR + PSYCHOTHÉRAPIE AUGMENTERAIT L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT

Alors que la psychothérapie est fréquemment mise en oeuvre parallèlement à la poursuite d'un traitement antidépresseur, dans l'espoir d'augmenter son efficacité, d'améliorer la qualité de vie du patient et son intégration sociale, ainsi que de prévenir ou de retarder les rechutes, certaines études ont suggéré qu'elle pourrait favoriser l'observance thérapeutique. Sandro Pampalona de l'institut forMed à Evolène en Suisse et ses collègues ont conduit une métaanalyse de seize essais cliniques ayant comparé l'approche associant antidépresseurs et psychothérapie (910 patients) à celle reposant uniquement sur la prise d'antidépresseurs (932 patients). L'analyse indique que, globalement, l'état des patients suivant un traitement combiné a été davantage amélioré que celui des malades sous antidépresseurs uniquement (RR=1,186). Cependant, le risque de rechute et la part des patients ne répondant pas au traitement étaient équivalents dans les deux groupes.

Par ailleurs, l'analyse portant sur les études d'une durée supérieure à trois mois a confirmé la supériorité de l'association antidépresseurs + psychothérapie sur les médicaments seuls (RR=2,21), avec, cette fois, une réduction du risque de rechute de 41%. Il reste difficile de déterminer si cette amélioration résulte d'un effet positif du double traitement en lui-même ou si elle s'explique, simplement, par un effet bénéfique d'une exposition prolongée aux médicaments. On suppose que la psychothérapie pourrait, en plus de son éventuel effet thérapeutique propre, aider les patients à poursuivre leur traitement pharmacologique sur de longues durées.

Cependant, ils reconnaissent que des études spécifiques supplémentaires sont nécessaires dans ce domaine, notamment pour préciser l'efficacité thérapeutique des psychothérapies et pour définir des mesures permettant d'augmenter l'observance des traitements médicamenteux. ■

P.C.

Arch Gen Psychiatry, vol. 61, n° 7, p. 714-719

**LIVRES ET REVUES****L'autorité parentale et les mutations de l'ordre familial**

Dialogue n°165

Erès 16 €

Différentes conceptions ne cessent, dans ce numéro, de s'affronter et de produire des pensées divergentes sur l'état des pratiques familiales, la place des pères, ce qu'il convient de proposer aux couples et aux parents, sur la manière de « *dire non* » aux petits ou de parler aux adolescents, etc. Clotilde Brunetti-Pons aborde

sa nostalgie du mariage-institution et critique un législateur trop endin à abandonner la référence au modèle du couple hétérosexuel pérenne comme seul principe organisateur de la famille. En prolongeant la réflexion sur le cadre légal de l'autorité, Claire Davidson et Hervé Hamon évoquent la réaction institutionnelle face aux difficultés rencontrées par les familles qui relèvent de l'assistance éducative. Gérard Neyrand considère que la tendance à l'égalisation des positions des hommes et des femmes dans la société va jusqu'à la « *neutralisation* » des sexes. Anne-

Marie Devreux évoque la répartition des rôles de sexe, la sexuisation des positions des pères et des mères et la persistance de la domination masculine. Pour évoquer la situation actuelle, Christine Castelain Meunier développe une thématique qui, sans réconcilier les idéologies en présence, décrit la situation où nous nous trouvons et l'état de la négociation entre hommes et femmes. Des mères omniprésentes, qu'elles recherchent cette toute-puissance ou qu'elles y soient contraintes. Des pères tantôt volontaristes et tantôt « *évanescents* » qui revendiquent, à juste titre,

une place qu'on ne leur donne pas facilement et qui ne l'occupent pas aisément quand on attend d'eux qu'ils « *fassent le père* ». Des institutions qui soutiennent le principe de l'égalité entre père et mère, tout en se satisfaisant du déséquilibre existant. Trois contributions envisagent l'autorité des parents dans sa dimension psychologique et psychanalytique.

Françoise Hurstel évoque la nécessité, et aussi la difficulté, pour les parents, de tenir des positions d'autorité. Patrick Mauvais parle moins d'autorité que de limites à donner au petit enfant et, pour

lui, en effet, c'est un don. Didier Lauru, montre l'importance que peut avoir pour une adolescente la représentation qu'elle se fait de l'autorité de son père et met l'accent sur la redistribution des cartes symboliques essentielle à l'adolescence.

**Adolescences****Repères pour les parents et les professionnels**

Sous la direction de Philippe

Jeammet

Nouvelle édition

La Découverte 15 €

Le projet des auteurs réunis dans cet ouvrage est simple et ambitieux à la fois : dans une langue accessible et claire, il s'agit de mettre leurs savoirs et leur expérience auprès des adolescents à la disposition des parents et des éducateurs.

Les grandes lignes directrices de cette période de la vie sont tracées, afin de mieux comprendre l'adolescent, de l'aider à consolider ses acquis ou, le cas échéant, de lui donner de nouvelles chances de trouver une issue positive à ce qui a déjà marqué son enfance. On ne trouvera cependant ni « *recettes* » éducatives ni propos d'experts détenteurs d'une vérité, mais des confrontations d'expériences, rencontres et convergences de points de vue, pour dédramatiser la perception de l'adolescence et réaffirmer les ouvertures dont elle s'accompagne.

Ont participé à ce livre Alain Braconnier, Marie Choquet, Lucien Houlemare, Patrice Huerre, Yves Jacquet, Didier Jayle, Lise Mingasson, Catherine Nisak, Anne Tursz.

**Système d'information hospitalier - 1, 2, 3... Partez !**

Jean-Marc Tourreilles

Editions ENSP, 25 €

Face à l'avènement de l'informatique, à l'importance croissante des réseaux d'information et à la nécessité d'avoir des outils adaptés à une exigence de rapidité et de confort, tout bon hôpital doit se doter, s'il ne l'est déjà, d'un bon système d'information. C'est le constat dressé par Jean-Marc Tourreilles, qui a la particularité d'être à la fois directeur d'hôpital et directeur du système d'information et de l'organisation du centre hospitalier d'Hyères, dans un ouvrage qui adopte un ton vulgarisateur et un style décontracté.

Selon lui, « *il est plus que probable que les chefs d'établissement performants dans dix ou vingt ans seront comme des poissons dans l'eau dans les domaines de la gestion des systèmes d'information, de la gestion active du travail et des compétences, de la communication planétaire, des processus à flux tendus* ». Une bonne raison pour le public visé (les chefs d'établissement, les directeurs adjoints en charge du système d'information et d'organisation (DSIO) ainsi que les informaticiens hospitaliers), d'aborder, en trois parties, les différents enjeux posés par les systèmes d'informations dans les hôpitaux. Après une première partie consacrée à l'esprit dans lequel se conçoit un système d'information hospitalier, l'auteur donne quelques conseils pour sa mise en place, propose une démarche type avant d'aborder l'avenir. A l'occasion, il fait voler en éclats certaines idées reçues : la variété, voire la prolifération des systèmes informatiques cohabitent au sein d'un établissement est-t-elle handicapante ? Non, il n'y a aucune raison de s'en inquiéter puisque la diversité est « *la seule façon de répondre à des besoins très variés* ».

**LIVRES ET REVUES****Les rêves, le soma et le corps**

*Champ Psychosomatique 2003*  
n° 31 *L'Esprit du Temps*

Dans ce numéro de *Champ Psychosomatique*, les auteurs ont été conviés à répondre à la question : quelles relations les rêves entretiennent-ils avec le corps ?

Pour commencer, suite à la polémique suscitée par la dernière traduction de la « *Traumdeutung* », P. Cotti, psychologue et historienne de la psychanalyse, a eu l'idée de traduire une autre « *Traumdeutung* », celle d'Alexander Freud, le jeune frère de Freud. Cette traduction est précédée d'un commentaire sur la rivalité des deux frères. P. Cotti a également interviewé Théo Leydenbach, traducteur d'Adorno, Nietzsche et Kant en français, et Bertrand Vichyn, psychanalyste, qui a été membre de l'équipe de traduction des œuvres complètes de Freud. Dans ces entretiens on perçoit la complexité à rendre compte d'un corps de texte pris entre la langue de l'auteur et celle du traducteur, la phraséologie ou mise en scène linguistique de chacun étant difficile à accorder compte tenu des problèmes culturels spécifiques de chaque langue.

B. Lechevalier, partant de la clinique transféro-contre transférentielle de patients somatisants, réinterroge les processus de pensée lors du sommeil, leur enracinement biologique, le sens de leur figuration et l'aspect traumatique de l'expulsion. Mark Solms trouve dans ses recherches sur les voies de programmation des neurotransmetteurs, des résultats qui vont dans le même sens que l'hypothèse de Freud concernant le rêve comme « *gardien du sommeil* ». Les travaux de J.P. Tassin, neurobiologiste, qui s'inspire du mathématicien J. Hopfield, donnent, également, raison à Freud sur ce point.

E. Hennevin-Dubois fait un état précis des travaux sur le rêve tel qu'il est étudié par les neurosciences depuis 1960.

P. Attigui évoque le travail qu'elle a entrepris avec une patiente anorexique en partant d'un rêve qu'elle fit à son sujet et dans lequel son corps et celui de sa patiente étaient en jeu. La réflexion de l'auteur s'appuie, entre autres, sur les travaux de P. Federn concernant les rêves et les transitions qui existent entre veille et sommeil, et qui l'amènent à conceptualiser des « *états de passage* ».

H. Riazuelo, repère par l'activité onirique des mères combien le psychisme du bébé, dès l'origine, est construit par l'activité désirante dans son aspect ambivalentiel et comment le rêve maternel est une première enveloppe du bébé, peau commune, contenante du bébé.

**Accueillir les adolescents en grande difficulté**  
**L'avenir d'une grande désillusion**

Claude Bynau  
Erès 18 €

Claude Bynau, psychologue clinicien de formation, a vingt-quatre ans d'expérience en établissements, habilité ASE-PJJ, il a été le concepteur, en 1995, d'un placement familial accueillant des ados dits « *incasables* ».

La réflexion menée dans ce livre ne vise pas, uniquement, à insister sur tel aspect du fonctionnement des adolescents, ou sur le besoin de développer tel type de structure. Elle tente de réaménager en profondeur le regard que l'adulte pose sur l'adolescent, de reconsidérer leurs besoins vis-à-vis du monde des adultes, et les notions d'aide et de soins.

Elle invite à un changement de mentalité, de représentation. Pour progresser dans les prises en charge des adolescents dits en grande difficulté, pour mieux les accueillir, l'approche clinique doit continuer sa démystification et aider à nous débarrasser de certaines illusions sociales et professionnelles.

Cela ressemble à un travail de deuil : deuil de la toute puissance éducative, deuil de l'amour réparateur, deuil de la sanction suffisante, deuil de la relation non conflictuelle... deuil de parents idéaux, tous ces deuils étant douloureux.

**Zoos humains**  
**Au temps des exhibitions humaines**

Sous la direction de Nicolas Bancel, Pascal Blanchard, Gilles Boëtsch, Eric Deroo, Sandrine Lemaire  
Postface à l'édition de poche  
*La Découverte / Poche 13,50 €*

Les « zoos humains », symboles oubliés de l'époque coloniale, ont été refoulés de notre mémoire collective. Ces exhibitions de l'exotique ont pourtant été, en Occident, une étape du passage progressif d'un racisme scientifique à un

racisme populaire. Depuis l'exhibition en Europe, de la Vénus hottentote au début du XIX<sup>e</sup> siècle, elles ont touché, comme on le découvre dans ce livre remarquablement documenté, des millions de spectateurs, de Paris à Hambourg, de Londres à New York, de Moscou à Porto. Dans ces exhibitions « *anthropozoologiques* », des individus « *exotiques* » mêlés à des bêtes sauvages étaient mis en scène derrière des grilles ou des enclos.

Mesurés par les savants, exploités dans les cabarets, utilisés dans les expositions officielles, ces hommes, ces femmes

et ces enfants venus des colonies devenaient les figurants d'un imaginaire et d'une histoire qui n'étaient pas les leurs. Premier travail de synthèse sur la question et réalisé à l'initiative de l'Association connaissance de l'histoire de l'Afrique contemporaine (Achac, Paris) et de l'unité CNRS/GDR 2322 (Anthropologie des représentations du corps, Marseille), cet ouvrage met en perspective la « *spectacularisation* » de l'Autre, à l'origine de bien de stéréotypes actuels, son enjeu étant aussi de comprendre la construction de l'identité occidentale.

## ANNONCES EN BREF

**6 octobre 2004.** Paris. Table Ronde APRID sur le thème : *De quelques vérités sur la mondialisation alimentaire*. Inscriptions : APRID, BP 154, 75770 Paris Cedex 16. Fax : 01 47 04 87 08. E-mail : apriid@asso.fr

**8 octobre 2004.** Poissy. 12<sup>èmes</sup> assises de PSYGE, Association Promotion Défense de la Psychiatrie à l'Hôpital Général, sur le thème : *Alcool, haschich, tabac... de la prévention à la répression quelle place au soin pour les addictions*. Renseignements et inscriptions : Dr Marc Grohens, CCP-CHIPS de Poissy Saint-Germain, 10 rue du Champ Gaillard, 78303 Poissy. Tél. : 01 39 27 50 89. Fax : 01 39 27 43 88. E-mail : grohens.mars@wanadoo.fr

**15 octobre 2004.** Paris. Séminaire du CTNERHI sur le thème : *Hospitalisation psychiatrique et droits de la personne malade mentale*. Inscriptions : CTNERHI à l'attention de Régine Martinez, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. Tél. : 01 45 65 59 40. Fax : 01 45 65 44 94. E-mail : r.martinez@ctnerhi.com.fr. Site internet : www.ctnerhi.com.fr

**14 octobre 2004.** Paris. 13<sup>ème</sup> Confrontation Médecine-Psychiatrie sur le thème : *Les conduites déviantes, conduites à risque et conduites extrêmes*. Inscriptions : Secrétariat du 37<sup>ème</sup> Secteur de Paris, 11<sup>ème</sup> section, Secteur de Ménilmontant, CHS de Maison Blanche, 3 avenue Jean Jaurès, 9330 Neuilly-sur-Marne.

**22 octobre 2004.** Paris. Journée nationale d'information sur le thème : *Généralistes en Psychiatrie. Enjeux et limites*. Inscriptions : Pascal Paubel, Pharmacie, CH Sainte Anne, 1 rue Cabanis, 75674 Paris Cedex 14.

**29 et 30 octobre 2004.** Marseille. XVIII<sup>èmes</sup> Journées de Psychothérapie Institutionnelle sur le thème : *La Psychothérapie Institutionnelle... le retour*. Renseignements et inscriptions : AMPI / CMP Secteur IX, 40 rue Sainte Baume, 13010 Marseille. Tél. : 04 96 20 81 60. Fax : 04 96 20 82 61.

**10 et 11 décembre 2004.** Rouen. 15<sup>ème</sup> Congrès de l'Association Ancre-Psy sur le thème : *Accès aux soins, accueil et urgence*. Inscription : Dr J Ferrandi, Centre Constance Pascal, Carrefour St Liesne, 7700 Melun. Tél. : 01 64 71 62 19. Fax : 01 64 71 66 05. E-mail : frederique.pareau@ch-melun.fr

**11 et 12 décembre 2004.** Tourcoing. 6<sup>ème</sup> Colloque de l'ALEPH, Association Lilloise pour l'Etude de la Psychanalyse et son Histoire, sur le thème : *Art et psychanalyse*. Inscriptions et contacts : Evelyne-Dorothee Allemand, Conservatrice en chef du Musée des Beaux-Arts de Tourcoing : edallemand@ville-tourcoing.fr. Sylvie Boudailliez, Présidente de l'ALEPH : sboudailliez@aleph.asso.fr. ALEPH, 8 rue Basse, 59000 Lille. Brigitte Lemonnier, Trésorière de l'ALEPH, 41 bd Faidherbe, 62000 Arras. Tél. : 03 21 55 92 33. Fax : 01 42 38 91 32. blemonnier@aleph.asso.fr. Site internet : www.aleph.asso.fr



**NERVURE**  
JOURNAL  
DE PSYCHIATRIE

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

### INSTITUT MEDICO EDUCATIF « NOTRE ECOLE »

(externat, 30 enfants et adolescents, autisme et troubles apparentés)

à Sainte-Geneviève-des-Bois (91)

recrute

**Pédopsychiatre**

0,50 ETP (soit 17,5 heures/semaine)

Convention 66

Adresser lettre de motivation et CV  
à Madame la Directrice  
2 bis rue de l'Eglise, 91700 Sainte-Geneviève-des-Bois

### LE CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE LA CHARITÉ SUR LOIRE (Nièvre)

RECRUTE

• DEUX ASSISTANTS SPÉCIALISTES  
pour compléter l'équipe médicale de psychiatrie polyvalente

• UN PRATICIEN HOSPITALIER PSYCHIATRE TEMPS PLEIN  
dont 50% de l'activité consacrée au DIM

CANDIDATURE À ADRESSER À  
Monsieur le Directeur, Centre Hospitalier Spécialisé  
51 rue des Hôtelleries, BP 137  
58407 La Charité sur Loire Cedex  
Tél. : 03 86 69 40 40

RENSEIGNEMENTS : M. Le Président de la CME  
Tél. : 03 86 69 40 10

**5 novembre 2004.** Paris. Journée organisée par la Fondation de France sur le thème : *Les jeunes suicidants, l'hospitalisation et après...* Inscriptions : Fondation de France, Programme Santé des Jeunes, 40 avenue Hoche, 75008 Paris. Tél./Fax : 01 45 66 82 87. E-mail : jeunes.suicidants@wanadoo.fr

**5 novembre 2004.** Strasbourg. 2<sup>ème</sup> Congrès Européen de Médecine Pénitentiaire. Renseignements et inscriptions : EVENYS, 17 rue de Seine, 92100 Boulogne. Tél. : 01 55 200 504. Fax : 01 55 200 509. E-mail : evenys@evenys.com. Contacts : Caroline Chaussat ou Flore Labouret.

**NERVURE**  
JOURNAL  
DE PSYCHIATRIE

45€\*  
pour un an

75€\*  
pour 2 ans

Tarif  
étudiant et internes  
30€\*

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

## Bulletin d'abonnement

Le Journal de Nervure + La Revue

Je m'abonne pour :  1 an  2 ans

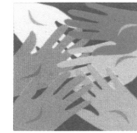
Nom : \_\_\_\_\_

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.



Association Hospitalière  
DE BRETAGNE

L'ASSOCIATION HOSPITALIERE DE BRETAGNE

COTES D'ARMOR (22)

Etablissement Privé Participant au Service Public Hospitalier

Recherche

### PSYCHIATRES TEMPS PLEIN

• Pour intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile  
activité de secteur

(CMPEA et Hôpital de jour à LOUDEAC)

• Pour secteurs "Adultes"

activité de secteur (CMP - CATTP)

hospitalisation plein temps + psychiatrie de liaison

C.C.N.51 - Possibilité P.H. détaché Fonction Publique

Logement de fonction (maison individuelle)

Merci d'adresser candidature et C.V. à

M. le Directeur Général de l'A.H.B. - Centre Hospitalier

22110 PLOUGUERNEVEL

Tél.02.96.57.10.00 - Fax 02.96.36.03.24

e-mail : direction.generale@ahbretagne.com

Villejuif

48 000 hab. - Val-de-Marne - recrute immédiatement

### 1 médecin directeur/psychiatre

pour le Centre médico-psycho-pédagogique

à temps non complet

10 heures par mois pour gérer la Direction du CMPP

56 heures par mois pour assurer les consultations de psychiatrie

Merci d'adresser candidature, CV,  
sous la réf. MD/NER/04-108

à Madame le Maire,

1, place de l'Eglise, 94807 Villejuif cedex.

Adresse email : recrutement@ville-villejuif.fr



### Institut de Rééducation «Millefleurs»

OFFRE D'EMPLOI

L'Association ARI (33) recrute un

MEDECIN PSYCHIATRE

L'I. R. Millefleurs accueille des enfants de 6 à 12 ans présentant des troubles du caractère et du comportement.

Sa fonction s'exercera dans le cadre d'un travail d'équipe pluridisciplinaire ;

une expérience psychanalytique est vivement souhaitée.

Le poste est à pourvoir le 1<sup>er</sup> septembre 2004 à mi-temps en CDI - CCN 66.

Envoyer CV et lettre de motivation à  
Mr le Directeur de l'IR MILLEFLEURS  
255 Chemin de Millefleurs - 33140 CADAUJAC

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter :  
M. Pierre LEGLISE au 05 57 96 03 33 ou 06 08 62 44 50  
e-mail : arimillefleurs@wanadoo.fr

**LIVRES****Psychologie**

David G. Myers

7ème édition

Médecine-Sciences, Flammarion,

100 €

Cette édition, entièrement réécrite, actualisée et augmentée, comporte 18 chapitres qui traitent, successivement, des neurosciences, du comportement, du développement de l'individu, de la perception, des états de conscience, de l'apprentissage, de la mémoire, de l'émotion, du stress, de la personnalité, des troubles psychologiques, des différentes psychothérapies, de la psychologie sociale.

**Peut-on devenir fou ?**

Sous la direction de Patrick

Delaroche et Jean-Paul Mouras

Erès, 9,50 €

L'éclosion, à l'adolescence, d'une psychose, déjà là bien entendu dans les premières années, montre qu'il existe un processus ou une opération adolescente mobilisant profondément l'inconscient. Cette mobilisation explique que l'adolescence puisse voisiner avec la psychose, d'où les questions suivantes : l'adolescence est-elle une seconde chance ? Une (bonne) rencontre pourrait-elle éviter la folie à celui (ou celle) dont c'est la destinée ?

Avec la participation de Olivier Douville, Christian Hoffmann, Didier Lauru, Serge Lesourd, Jean-Paul Mouras, Jean-Jacques Rassial.

**Guide de l'allaitement et du sevrage**

Pascale Walter

Action pour l'Allaitement

Préface du docteur Aldo Naouri

Nouvelle édition

La Découverte 17 €

Ce livre permet de comprendre (physiologie), pratiquer (gestes élémentaires) puis quitter (différents modes de sevrage), le monde des tétées. Il envisage les cas particuliers de naissance césarienne, naissance prématurée, naissances multiples, enfant hospitalisé,...

et présente diverses techniques d'allaitement telles que la relactation, le microsevrage, l'allaitement à distance. Il montre, enfin, à travers divers témoignages comment se passe concrètement un allaitement lorsque la mère reprend ses activités ou son travail.

Ce *Guide* écrit dans l'esprit de l'initiative mondiale « *Hôpitaux amis des bébés* » mise en place par l'Unicef depuis 1991, s'adresse aux mères qui cherchent des conseils pour réussir leur allaitement comme aux professionnels de la santé qui souhaitent transmettre des connaissances simples et efficaces.

**Les passeurs de murailles  
Familles et intervenants en prison**

Odile Barral

Erès, 10 €

Odile Barral est magistrat depuis vingt-trois ans et a été, essentiellement, juge de l'application des peines et juge des enfants. Elle perçoit la prison comme un monde immobile et une immense transhumance : files d'attente de femmes fatiguées, porteuses de linge, de mots, de patience et d'amour effilochés. Elle dit avoir écrit ce livre pour raconter cette inavouable fidélité qui met en marche

tant de femmes vers des murs de honte. Il s'agit, plus précisément de huit histoires de « *passeurs de murailles* », compagnes, mère, enfant et petit frère de détenu, mais aussi surveillant, éducateur et bénévole... Comme le juge d'application des peines Vermorel qui apparaît dans ces récits, Odile Barral a pu, au cours de son expérience professionnelle, être témoin de richesses humaines. Ce livre s'inscrit dans la continuité de *Chroniques de l'enfance en danger* publiées, en 1997, aux éditions du Cherche Midi.

**NERVURE**  
JOURNAL  
DE PSYCHIATRIE**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.,  
Paradas Ch., Sarfati Y., Spadone C.,  
Tribolet S., Weill M.**Comité scientifique :** Bailly-Salin P.  
(Paris), Besançon G. (Nantes), Bourgeois  
M. (Bordeaux), Buisson G. (Paris), Caillard  
V. (Caen), 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), 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), Viallard 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  
promotionRenata Laska - Susie Caron,  
54, bd Latour-Maubourg, 75007 Paris.  
Tél. 01 45 50 23 08.  
Télécopie : 01 45 55 60 80  
E-mail : info@nervure-psy.com**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[www.nervure-psy.com](http://www.nervure-psy.com)