

NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

www.nervure-psy.com

ISSN 0988-4068
n° 8 - Tome XVII - Novembre 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

Combien de lits en psychiatrie générale ?

Quelle doit être la place de l'hospitalisation complète en psychiatrie générale ?

Cette question, comme celle de son recours constitue un enjeu majeur, même si les apparences vont dans un certain sens : l'activité globale des lits à temps plein diminue, la « pression » sur les lits croît, ses clients exclusifs ne constituent que 9% de la file active d'un secteur tandis que 80% de celle-ci inclut des patients qui n'ont jamais été hospitalisés.

Le nombre de lits temps plein occupés a été réduit de 120.000 à 43.000 environ, en cinquante ans, et les durées moyennes de séjour ont baissé de 300 jours à environ 35 durant la même période. De nombreuses raisons maintiennent l'importance de l'hospitalisation complète, sans même tenir compte des raisons de crise (augmentation des admissions, etc, qui la poussent au devant de la scène.

L'hospitalisation est la réponse la plus coûteuse en moyens, comme toute activité fonctionnant 24h/24 avec des professionnels qualifiés. Les dépenses de fonctionnement et d'équipement d'un secteur psychiatrique sont, en général, proportionnées à sa capacité en lits. L'hôpital draine, en moyenne, près de 80% des ressources.

Ceci permet de déduire, a contrario, ce qui reste affecté au travail dans la communauté, plus de quarante ans après l'instauration de la politique de secteur. L'utilisation de l'hospitalisation dans la décision de soins, ses conséquences sur la capacité, la taille de l'outil, constituent un enjeu stratégique et financier considérable pour l'ensemble du dispositif de santé mentale.

(suite page 2 ➡)

FMC I. De Gandt-Brunet

Les échelles de risque suicidaire à l'adolescence

Avec officiellement (chiffres sous-estimés) 1000 suicides et 40 000 tentatives de suicide par an, les adolescents (15-25 ans) paient un lourd tribut au spectre pathologique de la suicidabilité.

Cette pathologie suicidaire, dont il est important de rappeler qu'elle est transnosographique, représente donc un enjeu de santé publique majeur et une préoccupation constante pour tout psychiatre.

Suite à une tentative de suicide (on parle alors de patient « suicidant »), le risque de décès par suicide ou par mort violente est multiplié par 20⁽¹⁶⁾ et le risque de décès par mort naturelle est multiplié par 2⁽²⁷⁾. Au total, 1 à 2% des patients décéderont dans l'année. La qualité de vie et le devenir des survivants, dans les années qui suivent, sont altérés : répétitions (« récurrences ») des conduites suicidaires (15 à 30% dans les 12 mois), fréquence des pathologies psychiatriques, mais aussi difficultés scolaires, psychosociales, familiales et judiciaires^(10, 18). Lors de l'évaluation d'un adolescent déprimé le psychiatre devra évaluer le risque de tentative de suicide ou de suicide, et pour un adolescent suicidant, le risque de récurrence. Les échelles d'évaluation du risque

suicidaire ne peuvent, en aucun cas, se substituer à l'évaluation clinique, mais elles peuvent être une aide complémentaire.

Les recommandations professionnelles

D'après les recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation Et de Soins) pour la prise en charge hospitalière des adolescents après une TS (1998)⁽¹⁾ : « L'hospitalisation doit être la règle, tout particulièrement en cas de risque de récurrence immédiate de la TS, en particulier s'il existe une forte intentionnalité suicidaire, afin d'assurer la sécurité du patient ».

(suite page 3 ➡)

Le projet de transfert de la Faculté de Médecine à l'asile Sainte-Anne

HISTOIRE M. Goudemand

Par un courrier du 24 février 2004, le Préfet d'Ile de France informait le Maire de Paris, de l'intention de l'État de construire des locaux destinés au nouveau Tribunal de Grande Instance sur les sites de deux hôpitaux parisiens : l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul et une partie importante de l'Hôtel-Dieu. Cette situation réédite, en quelque sorte, celle qu'a connue l'Asile Sainte-Anne en 1932 et 1933. En effet, en 1932, l'État a envisagé de procéder à la désaffectation de l'Asile Sainte-Anne pour faire place à des locaux destinés à la Faculté de Médecine de Paris. Cet article relate, notamment, les protestations émises par différentes organisations et par la Presse à l'encontre de ce projet qui, finalement, n'a pas abouti

vraisemblablement en raison de ces protestations mais, certainement, pour des considérations à caractère financier. Comme souvent dans notre pays.

Le projet de suppression de l'asile Sainte-Anne (1932-1933)

En 1932, la Société Médicale des Asiles de la Seine alerte le Conseil Général de la Seine sur le projet de désaffectation de l'Asile Sainte-Anne pour faire place à des locaux destinés à la Faculté de Médecine de Paris, dont l'aménagement définitif d'ailleurs ne date pas de plus de trente ans. Ce projet est initié par

(suite page 6 ➡)

AU SOMMAIRE

FMC
Les échelles de risque suicidaire à l'adolescence p.1

HISTOIRE
Le projet de transfert de la Faculté de Médecine à l'asile Sainte-Anne p.6

VOYAGE
Aperçu de l'hôpital psychiatrique de La Havane p.7

HUMEUR
Mourir de son remède p.7

MÉDICO-SOCIAL
Les expertises psychiatriques de personnes en appel de décisions de la COTOREP p.8

CHRONIQUES HARPOCRATIQUES
Les affres de l'expérience esthétique p.11

RENCONTRE AVEC
Gérard Pommier et Jean-Claude Aguerre p.13

SANTÉ PUBLIQUE
Santé mentale et société p.15

THERAPEUTIQUE
Traitement de la schizophrénie : un antipsychotique de nouvelle génération régulateur de dopamine p.16

La trajectoire du patient déprimé p.18

Actualités de la dépression p.20

ANNONCES PROFESSIONNELLES p.22

ANNONCES EN BREF p.22

Aperçu de l'hôpital psychiatrique de La Havane

VOYAGES C. Zittoun

Route de la Havane à l'aéroport. Le regard glisse. Pas d'affiches publicitaires, d'enseignes de magasins, de publicités pour Toshiba, Cartier, Wonder... Seulement quelques panneaux à la gloire de la Révolution et de ses leader : José Martí, Fidel, le Che et des slogans :

« Cette révolution est la fille de la culture et des idées »
« Personne ne pourra nous enlever l'espérance »

La route est peu fréquentée. Quelques voitures, vieilles chevroléts américaines, peugeot, des cocotaxis. Des files de passagers attendent, patiemment, sous les abribus. Pas d'embouteillages. Les piétons marchent, les mains libres, le temps pour eux.

En face de l'aéroport, l'entrée de l'hôpital psychiatrique au fond d'une grande allée bordée de palmiers et de flamboyants. Le bâtiment de l'administration date des années 30. Sur le fronton, l'inscription

« casa de dementes ». Autour, des présences incertaines. Mais il faut circuler vers un auvent. Une quarantaine de musiciens, de tous les accueils officiels, attend le signal du départ. Sous la bague du chef s'envole « La vie parisienne ». Cuba a été fortement traversée par la culture occidentale. Dans son histoire de la musique cubaine, Alejo Carpentier, dévoile les dialogues et les voies de passages entre musique cubaine et européenne.

Un peu plus loin, dans la salle de conférence, un projecteur est allumé. Le directeur de l'hôpital a sa propre interprète, pas toujours compréhensible, mais les diapos confirment. L'histoire se résume ici en quelques dates :

-1857: Fondation de l'hôpital sous la colonisation espagnole.

-1902 : Cuba acquiert son indépendance.

(suite page 7 ➡)

A paraître dans le prochain numéro de Nervure le dossier *Inceste* qui traite des liens entre inceste et pédophilie en insistant sur la notion clinique d'emprise.



LIVRES

Le psychodrame chez l'enfant

Daniel Widlöcher

PUF Quadrige

Cette nouvelle édition est enrichie d'une préface inédite de l'auteur soucieux de replacer la situation du psychodrame en France dans le débat actuel sur l'évolution générale des pratiques psychothérapeutiques d'inspiration psychanalytique. La distinction entre psychothérapies d'inspiration psychanalytique et la cure analytique ne doit pas être réduite à l'assouplissement ou à la simple variation de certains paramètres du cadre contribuant à des objectifs thérapeutiques moindres. Ceci est particulièrement vrai du psychodrame psychanalytique qui, loin d'être une psychanalyse « allégée », requiert l'articulation de certaines exigences psychanalytiques (prise en compte des mécanismes inconscients et du registre symbolique) aux contraintes propres à l'improvisation dramatique et à la dynamique de groupe. La distinction ne doit pas être, non plus, réduite à une tentative d'évaluation de la qualité du transfert comme valeur discriminante.

Daniel Widlöcher préfère se dégager de ce point central habituel du débat en rappelant de manière claire ses concepts-clés parmi lesquels « *le psychanalytique* » soulignant l'implication d'un point de vue psychanalytique lorsque l'attention des participants (psychothérapeutes et patients) prend en compte les effets intrapsychiques des échanges interpersonnels. C'est aussi bien sûr celui de la « *co-pensée* » permettant, par un travail associatif au thérapeute, de suivre mentalement ce qui se dit et ce qui se pense chez le patient. C'est enfin celui de « *représentants-actions* » qui, de son point de vue, souligne plus que ce que Freud a nommé « *représentations-choses* », l'existence dans la réalité psychique de formations inconscientes porteuses « *d'expériences d'action qui ne s'accomplissent pas réellement mais sont éprouvées comme réelles* ».

D'où la clarification apportée par l'auteur sur ce que permet, d'un point de vue métapsychologique, le psychodrame psychanalytique par rapport à la cure. Le psychodrame, par le biais de l'improvisation dramatique, n'est pas une voie d'accès directe à l'inconscient mais il existe une analogie entre le fantasme inconscient et le psychodrame qui repose sur les contenus thématiques, et non sur le sens des mots, le narratif est exclu du psychodrame. Celui-ci joue dans les processus secondaires de la pensée, habillés de contenus manifestes, contribuant à l'effet de sens de la scène – scène fantasmatisque – désormais non muette. Cliniquement, l'improvisation dramatique que pose le cadre du psychodrame offre un champ infini des possibles de l'expression des sentiments, des fantasmes ou des conduites dont la compréhension et l'élaboration dans le jeu aideront à découvrir, modifier ou développer la personnalité. Son usage est donc particulièrement indiqué chez l'enfant car sa participation au jeu dramatique est plus naturelle que ses moyens d'expression verbale encore limités.

Le psychodrame psychanalytique, en France, est également resitué dans ses racines historiques et anthropologiques. L'inflexion psychanalytique en France dans les années 1950 est l'œuvre des psychanalystes d'enfants (D. Anzieu, S. Lebovici, R. Diatkine, E. Kestemberg) qui marque le psychodrame de manière irréversible et contribue à sa durable expansion. Mais surtout, Daniel Widlöcher s'attache à souligner les trois perspectives majeures du psychodrame chez

l'enfant et l'adolescent (diagnostique, thérapeutique et pédagogique) en rappelant, pour chacune avec précision, sa méthode (cadre, participants), ses techniques (intersion des rôles, jeu en miroir, usage du double, soliloquie), et la place de l'interprétation, du transfert et du contre-transfert pour le psychodrame thérapeutique. Ces aspects techniques sont longuement développés à l'aide d'exemples cliniques qui rendent cet ouvrage didactique, pragmatique et véritablement attrayant pour ceux qui souhaitent s'initier au psychodrame.

Emmanuelle Sabouret

Combien de lits en psychiatrie générale ?

L'unification du dispositif sectoriel, grâce à la loi de 1985, a confié à l'hôpital la gestion de l'activité extra-hospitalière, ce qui a renforcé une certaine cohérence. Cette union a, paradoxalement, légitimé et conforté la matrice déjà très hospitalo-centrée d'un dispositif dont on voulait déplacer l'équilibre vers l'ambulatorio, en dehors de l'hôpital. Elle a créé les conditions d'un conflit d'intérêt potentiel et permanent, en déléguant l'initiative des progrès et du développement du travail dans la communauté à une entité dont les intérêts propres sont parfois très antagonistes de cette dernière mission.

L'activité ambulatoire est censée réduire la part de l'hospitalisation ce qui a pu être perçu comme pouvant mettre

en danger le site hospitalier. De plus elle prélève, pour son développement, des ressources sur un budget hospitalier contraint et affecté, déjà en partie, à la nécessaire et coûteuse modernisation de l'intra-muros. En 1985, on ne percevait, pas encore, l'ampleur de la crise de l'hôpital et l'on pouvait espérer, légitimement, un transfert de ressources provenant d'un établissement riche vers un extra-hospitalier départemental globalement pauvre. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit, dans certains territoires, et a alors accéléré la mise en oeuvre d'une sectorisation à peine balbutiante parfois, quinze ans après les circulaires de 1972. Mais ceci revient à dire en continuité avec cette « *politique* » qu'il n'existera probablement pas de ressources supplémentaires en faveur du travail dans la communauté si l'on n'organise pas une densification significative du volume hospitalier. ■

Lors de la Conférence Nationale de Consensus d'octobre 2000 sur la prise en charge de la crise suicidaire (7), le jury a défini 3 types de crises suicidaires, en urgence faible, moyenne, ou élevée, selon l'évaluation de 6 éléments : le niveau de souffrance du patient ; le degré d'intentionnalité ; les éléments d'impulsivité ; un éventuel élément précipitant ; la présence de moyens létaux à disposition ; la qualité du soutien de l'entourage proche.

Les différentes échelles

Il existe de nombreuses échelles d'évaluation concernant le risque de suicide. Range et Knott (25) ont fait une revue en 1997 des 20 échelles les plus courantes. On peut citer les plus utilisées : - la Scale for Suicidal Ideation dans ses diverses modalités : Version initiale de Beck (1979) (3) à 19 items, la version modifiée de Miller et coll. (1986) (21), la version d'autoévaluation de Beck et coll. (1988) ;

- le Reasons for Living Inventory de Linehan et coll. (1983) (19) composé de 48 items répartis en 6 sous-groupes (maniement plus lourd). Il étudie les défenses contre le suicide. Il existe une version abrégée à 12 items, mais dont les propriétés psychométriques sont moins satisfaisantes ;

- le Suicide Behaviour Questionnaire de Cole (1988) (6) qui comprend une version pour les adultes et une pour les enfants. Il comprend 4 questions cotées de façon variable et son maniement est facile. Cependant, il est aisément « falsifiable » et ne tient pas compte des idées suicidaires actuelles ;

- l'Echelle de Désespoir de Beck (Hopelessness Rating Scale) : celle-ci évalue le désespoir, qui constitue une dimension importante du risque suicidaire. Plusieurs études ont démontré sa relation avec le suicide ou les idéations suicidaires (3, 15, 20). Cependant, il a également été mis en évidence que : d'une part l'intensité du désespoir n'est pas liée à l'intensité du désir de mort dans une population de 60 adolescents suicidants (22) ; d'autre part, le désespoir ne constitue pas un facteur prédictif fiable de risque de récurrence suicidaire dans une population de 212 suicidants (23). Le désespoir semble être plutôt un facteur prédictif de suicide sur le long terme (4).

Les échelles de risque suicidaire à l'adolescence

Selon le moment de l'évaluation

La plupart des échelles citées ci-dessus sont utilisées pour la prévision du suicide en amont du geste, c'est à dire en prévention primaire, mais aucune, mis à part la Suicide Intent Scale (SIS) de BECK et coll. (5), ne s'intéresse à l'évaluation de la tentative de suicide qui vient d'avoir lieu, afin de limiter les risques de récurrences et les conséquences néfastes liées à l'acte, c'est-à-dire dans le champ des préventions secondaires et tertiaires.

L'Echelle d'Intentionnalité Suicidaire (Suicide Intent Scale), de BECK

Cette échelle répond aux recommandations professionnelles d'évaluation de l'intentionnalité suicidaire. C'est un hétéro-questionnaire. Elle sert à évaluer l'intensité du désir de mort du patient au moment de sa TS. Elle a une valeur prédictive du risque de suicide ultérieur (pas du risque de nouvelle TS). La version initiale a été élaborée par BECK en 1974 (5). Elle comportait 20 questions, divisées en 3 sections : les circonstances de la TS, rapportées par le patient ou d'autres sources (famille, police, pompiers...) ; les pensées du patient au moment de sa TS (« self-report ») ; et 5 questions non cotées (car de « poids » incertain). Beck avait suggéré de rajouter une quatrième section sur la fiabilité de la cotation, évaluée pour chaque cas particulier. Elle a été revue par Pierce en 1977, qui en a fait une version à 12 questions, divisées comme précédemment en 3 sections : les circonstances de la TS ; les dires du patient ; et 2 questions sur la létalité évaluée par le médecin, non cotées.

Le score total d'Intentionnalité Suicidaire (IS) est la somme des 10 premières questions.

Il varie de 0 à 21. Intentionnalité « faible » de 0 à 3, « moyenne » de 4 à

10, « élevée » de 11 à 21. Entre 1973-1974 et 1978-1979, Pierce a effectué une étude longitudinale prospective (24) portant sur une cohorte de 500 patients adultes pris en charge lors d'une TS indexe et dont on évalue le devenir pendant 5 ans : les patients qui se sont suicidés ont clairement tendance à avoir un IS plus élevé lors de l'épisode index, par rapport aux patients qui ne se suicident pas, mais la différence n'est pas significative. Ces mêmes patients ont un IS ultime (lors de la dernière TS, qui précède le suicide) moyen qui est significativement plus élevé que l'IS moyen sur 5 ans des 500 patients. De plus leur IS ultime n'est jamais bas. Inversement, sur les 500 patients de départ qui avaient un IS index bas, aucun n'est mort par suicide lors d'un épisode ultérieur.

Selon l'âge

La plupart de ces échelles n'ont pas été testées de manière adéquate chez l'adolescent (8, 9). L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry a reporté dans un tableau 11 échelles d'évaluation de la suicidalité chez les enfants et les adolescents (2) (cf. tableau).

On mentionnera 3 autres échelles pour adolescents qui nous ont paru intéressantes :

• Kienhorst et coll. (1991) (13) ont comparé 48 adolescents suicidaires (dont 41 filles) et 66 adolescents déprimés sans antécédents suicidaires (dont 52 filles) avec un âge moyen de 17 ans. Sur 117 variables explorées au cours d'un entretien semi-structuré, 7 variables émergent : prise de poids ; fatigue ou perte d'énergie ; absence du père (du domicile) ; pessimisme envers le futur ; désespoir ; antécédent de projet suicidaire ; risque de réussite du suicide (gravité du geste).

Ils ont établi un score de 0 à 7 avec 1 point pour chaque variable.

Un score supérieur à 4 permet de repérer les sujets ayant fait une TS avec une sensibilité de 90% et une spécificité de 83%. Un an après la première éva-

luation, 5,4% des déprimés non suicidants ont fait une première TS et 12,5% des suicidants ont refait une TS. Tous avaient un score supérieur à 4.

• S. Kingsbury (1996) (14) a créé un instrument à 5 questions, PATHOS.

Celui-ci a permis de repérer parmi 45 adolescents ayant fait une IMV, avec une sensibilité de 100% et une spécificité de 57 %, un groupe à haut risque de récurrences incluant les adolescents présentant une dépression, un désespoir important, une longue préméditation, une intentionnalité suicidaire élevée. Ce groupe consiste en 57,8% des patients. Le score va de 0 à 5 (un point par réponse positive) et tous les patients du groupe à haut risque avaient 2 ou plus.

PATHOS est un acronyme :

1. (P) Have you had Problems for longer than one month ?
2. (A) Were you Alone in the house at the time ?
3. (T) Did you plan the overdose longer than Three hours ?
4. (HO) Are you feeling HOpeless about the future ?
5. (S) Were you feeling Sad for most of the time before the overdose ?

L'auteur retrouve une corrélation significative avec la dépression (mesurée par l'échelle de dépression de Beck), avec le désespoir (échelle de désespoir de Beck) et avec l'intentionnalité suicidaire (échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck). Il suggère l'utilisation de PATHOS comme une aide ou un aide-mémoire pour des évaluateurs.

• J. Stork (1977) (26) a établi une Echelle d'Évaluation du Risque Suicidaire (EERS), grâce à une étude empirique et statistique effectuée sur 3086 sujets de 13 à 25 ans (écoliers, étudiants et conscrits) chez qui il a cherché à mettre en évidence une « personnalité dépressive suicidaire ». Il s'agit d'un auto-questionnaire de 51 items, qui comptabilise 1, 2 ou 3 points, avec certaines différences entre filles et garçons.

De 0 à 39 points : « état normal » (TS inférieures à 15% maximum) (85% des sujets testés), De 40 à 43 points : « état douteux » (5% de l'effectif),

De 44 à 49 points : « risque suicidaire faible » (TS inférieures à 40%) (10% de l'effectif),

De 50 à 60 points : « risque suicidaire important » (TS dans 70% des cas) (4% de l'effectif),

De 61 points à plus : « risque suicidaire extrêmement important » (1% des sujets, qui ont tous déjà fait une TS).

Ce questionnaire mesure aussi les comportements qui font partie du champ suicidaire inconscient, comme la propension à l'alcool et aux drogues, aux comportements antisociaux, aux accidents multiples. Il est intéressant de noter que la courbe de risque suicidaire est superposée avec celle des comportements antisociaux.

Selon la langue

Parmi les échelles précédemment citées, seule l'Echelle de Désespoir de Beck a, pour l'instant, été traduite et validée en français.

En langue française, Granier et Boulenger (2002) (11, 12) ont proposé une évaluation de la tentative de suicide par l'Echelle de Gravité des Conduites Suicidaires (EGCS). Ils présentent les résultats d'une étude portant sur 77 patients adultes accueillis aux urgences pour TS et qui ont été classés en 4 groupes après entretien psychiatrique et décision d'orientation : Sortie, Consultation, Hospitalisation, et Hospitalisation sous contrainte. Les scores à l'échelle dans les 4 groupes étaient statistiquement différents.

LIVRES

Le geste ultime

Essai sur l'énigme du suicide

Pierre Sorel, Jacques Védérinne,

Didier Weber

Presses universitaires de Lyon 17€

A l'heure actuelle, certains points de repère concernant la question du suicide peuvent être utiles à tous. En effet, on peut entendre certains parler de priorité de santé publique et de stratégies de prévention, d'autres soutenir le respect inconditionnel du libre arbitre et le droit au suicide médicalement assisté.

Parmi les nombreux ouvrages consacrés au suicide, cet essai se distingue par son originalité et sa réflexion. Loin de vouloir donner une solution à ce qui est posé comme une énigme, et non un problème, les auteurs explorent de nombreuses pistes de réflexion issues de la psychanalyse et de leur expérience clinique, mais également de la littérature (*Les Souffrances du jeune Werther, Mademoiselle Else...*), de données philosophiques, historiques, sociologiques et juridiques. Ils nous interrogent sur l'évolution de l'image du suicide dans notre société et sur les réponses proposées dans la prise en charge des suicidants. De nombreux extraits de la littérature et vignettes cliniques viennent illustrer leur propos, où dominent l'humilité et la nécessaire réintroduction de la dimension subjective de l'acte suicidaire.

Le « tiers » : protecteur de l'enfant victime ?

Sous la direction de Marcelle

Bongrain

Erès 10 €

Cet ouvrage collectif est issu de deux journées de réflexion organisées à des moments différents par la Maison des droits de l'enfant et la Fondation pour l'Enfance.

Depuis quelque temps des tiers, qui s'immiscent dans la sphère familiale, sont chargés de protéger l'enfant face aux défaillances parentales : administrateur ad hoc, accompagnant, médiateur, pédopsychiatre, psychologue, mais aussi famille d'accueil, internat, service éducatif. Les auteurs s'interrogent sur la place et le rôle de ces tiers, la question centrale de leur flexibilité étant : l'intervention du tiers garantit-elle la protection de l'enfant ?

Avec la participation de Geneviève Favre-Lanfray, Claire Neirink, Jean-Robert Pélissier, Jean-Philippe Raynaud, Yvon Tallec, Alain Taris, Marie-Dominique Vergez.

Hôpital et Europe

Sève, été 2004

Éditions de Santé, 35 €

Dans son troisième numéro, la revue *Sève* (Santé : enjeux, visions, équilibres) aborde la problématique de l'hôpital dans une Europe qui vient de s'agrandir et de se doter d'une constitution. Au fil de huit dossiers, les contributeurs de cette revue trimestrielle soulignent la diversité du système européen hospitalier, qui s'est construit sur des principes communs, tout en développant des structures différentes. Droit communautaire, cultures hospitalières, coopération européenne constituent un panorama du système hospitalier au sein de l'Union, assorti d'une réflexion sur son devenir. Il comprend, notamment, *L'Europe des hôpitaux : diversité et convergence*, de Pascal Garel, *L'hôpital et le droit communautaire*, de Louis Dubouis, *La coopération européenne dans le domaine hospitalier : initiatives, exemples, limites*, de Denis Durand de Bousingen, *Culture à l'hôpital, culture de l'hôpital*, de Yves Rubien, Rachel Even, Bernard Glorion, Olivier Galaverna. Le prochain numéro de *Sève*, à paraître à l'automne, sera consacré à la réforme de l'assurance maladie.

Instruments de mesure de la suicidalité chez les enfants et adolescents (4)

Echelle	Auteur	Age	Evalue	Longueur
<i>Auto-évaluation</i>				
Beck Hopelessness Scale (BHS)	Beck et coll., 1974	Adolescents	Le désespoir	20 items
Hopelessness Scale for Children (HSC)	Kazdin et coll., 1986	Enfants et adolescents	Le désespoir	17 items
Columbia Teen Screen (CTS)	Shaffer et coll., 1996	Adolescents	Les idées et les comportements suicidaires, et les facteurs de risque	26 items
Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)	Reynolds, 1987	Adolescents (11-18 ans)	La fréquence et la sévérité des idées suicidaires	15 (collège) ou 30 (lycée) items
Suicide Probability Scale (SPS)	Tatman et coll., 1993	A partir de 14 ans.	Index clinique du risque suicidaire	1 page
Reasons For Living Inventory for Adolescents (RFL-A)	Osman et coll., 1998 (version adulte par Linehan en 1985)	Adolescents	Les défenses contre le suicide	14 items
Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI)	Pfeffer et coll., 2000	6-17 ans	Le risque de TS	30 items
<i>Hétéro-évaluation</i>				
Child Suicide Potential Scale (CSPS)	Pfeffer et coll., 1979	6-12 ans	Les comportements suicidaires et les facteurs de risque	17 pages
Suicide Potential Interview (SPI)	Reynolds, 1991	11-18 ans	Le risque suicidaire	22 items (4 pages)
Scale for Suicidal Ideation (SSI)	Beck et coll., 1979	Recherche limitée chez les adolescents	La fréquence, la durée, et l'intensité des idées suicidaires	19 items (4 pages)
Suicide Intent Scale (SSI)	Beck et coll., 1974	Pas encore étudié chez les enfants et adolescents	L'intentionnalité suicidaire des suicidants	15 items

LIVRES ET REVUES

Les drogues

Approche sociologique, économique et politique

Sous la direction de Marie Jauffret-Roustide

Les études de la Documentation Française

La Documentation Française 14 €

Cet ouvrage aborde la complexité de l'usage de drogues dans toutes ses dimensions : mesure de la consommation, aspects législatifs, trafic international et local, politiques publiques. Ce panorama, qui s'efforce d'être le plus complet possible, permet d'avoir accès à des informations « objectives » et de sortir de la vision stéréotypée de la toxicomanie qui lui est souvent offerte dans les médias. Dans l'opinion publique, les drogues sont souvent associées à des images de déchéance, d'aliénation et d'animalité, le « drogué » étant présenté comme ayant perdu la maîtrise de sa vie et le contrôle de lui-même. Les qualités de volonté personnelle, de responsabilité et d'autonomie lui sont niées et le portrait psychologique habituellement dressé du toxicomane est celui d'un individu inconstant, instable, infantile, manipulateur, menteur et irresponsable. Pour dépasser cette vision et dépassionner le débat sur les drogues, les auteurs de cet ouvrage se sont appuyés sur des sources issues de leurs travaux de recherches ou d'enquêtes menées par d'autres équipes en France ou à l'étranger.

Les dispositifs de surveillance et les différentes enquêtes menées auprès de la population ou des usagers de drogues accueillis dans les dispositifs spécialisés, renseignent sur l'état de la consommation des produits psychoactifs en France. L'ensemble de ces sources permet de disposer d'indicateurs sur les usagers dits « à problème » à travers les phénomènes de consommation émergents dans les espaces urbains et festifs ⁽¹⁾, les usagers reçus dans le dispositif sanitaire et social spécialisé ⁽²⁾, l'évolution des ventes de traitements de substitution et de seringues (SIAMOIS-INVS) ⁽³⁾ et les données issues des interpellations (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants : OCRTIS). D'autres enquêtes quantitatives permettent de disposer de données sur la consommation de produits psycho-actifs dans la population, à travers l'insertion de questions sur les drogues dans des études portant sur d'autres sujets ou à travers quelques études menées spécifiquement sur l'usage de produits psycho-actifs (ESCAPAD, ESPAD) ⁽⁴⁾. Si les données quantitatives nous offrent des éléments de cadrage et nous renseignent sur l'ampleur de la consommation dans la population et sur les produits, les pratiques et les caractéristiques des consommateurs, ces données peuvent être complétées par des enquêtes plus qualitatives portant sur des problématiques plus précises, généralement financées par l'OFDT ou la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT).

(1) Coll. *Trend - Tendances récentes et nouvelles drogues*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

(2) Opidium-CEIP, Enquête dite de novembre du Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI), étude Coquelicot-Institut de veille sanitaire (INVS).

(3) Dispositif SIAMOIS (Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution) - Institut de veille sanitaire.

(4) ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense. ESPAD : *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*.

Mordre le ciel

Gudule

Flammarion 7€

A l'âge de tous les possibles, un jeune garçon décide de mettre fin à sa vie en se précipitant du haut d'un toit... Il ne s'agit pas d'un roman mais d'un témoignage poignant sur le suicide d'un adolescent, qui nous permet de vivre de l'intérieur les réactions et les interrogations de ses proches : famille, petite amie, amis, parents des amis... Notamment, la narratrice qui sera dans un premier temps tentée de mener son enquête à la recherche d'impossibles réponses, afin d'apaiser la douleur, la co-

lère et le sentiment de culpabilité.

Le ton est juste, alliant émotion et retenue, et l'on sortira de cette lecture un peu plus lourd de cette confiance, un peu plus riche aussi.

Epilepsies, guide à l'usage des patients et de leur entourage

Ouvrage collectif

Editions Basch 15€

Six associations françaises se sont regroupées pour rédiger un guide pour lutter contre l'exclusion des personnes atteintes d'épilepsie, publié à l'occasion des journées nationales contre l'épilepsie qui se sont tenues du 18 au 24 octobre 2004.

Interventions brèves en alcoologie

Alcoologie et addictologie 2004, 26, 3 suppl.

Ce numéro spécial présente une série d'articles issus de conférences données dans le cadre du symposium international « *Interventions brèves pour consommateurs d'alcool à risque* ».

Cette manifestation, soutenue par la Fondation Dr Auguste Widmer, a réuni à Lausanne les 14 et 15 septembre 2000 les chercheurs à l'origine des contributions les plus importantes dans ce domaine qui émergent de la médecine

communautaire et préventive.

La série d'articles propose de suivre un cheminement menant de l'origine de l'intervention brève (Linda Sobell), au développement d'instruments de repérage (John Saunders) puis aux études évaluant leur efficacité (Michael Fleming) et leur rapport coût-bénéfice (Michael French).

La seconde partie aborde la formation des médecins généralistes à la pratique du repérage et de l'intervention (Judith Ockene) avant de terminer par des projets de diffusion à grande échelle (Tom Babor, Nick Heather).

Il s'agit d'un hétéro-questionnaire de 11 questions cotées de 1 à 3, sauf un item de 1 à 4 et deux items de 0 à 3, soit un score total théorique de 9 à 34. Il a été possible de définir 2 valeurs seuils, 25 et 17, au dessus (ou au dessous) desquelles la décision d'hospitalisation était toujours (ou jamais) retenue.

Ces 2 seuils pourraient empiriquement permettre de repérer 2 populations de patients soit à très faible risque de récidive, pour lesquels l'hospitalisation n'est pas à retenir, soit à forte potentialité pathologique (récidive, dépression, psychose...) et qui nécessitent quoi qu'il en soit des soins en milieu spécialisé. Il existe de plus une bonne corrélation entre les scores de létalité à cette échelle et les scores à l'échelle d'intentionnalité de Beck.

En plus de l'évaluation du désir de mort du sujet au moment de l'acte, dans ses aspects à la fois objectifs (comment l'acte a été réalisé) et subjectifs (que pense le patient du geste qu'il vient de commettre), réalisée dans l'Echelle d'Intentionnalité Suicidaire de Beck, l'EGCS tient compte : des antécédents personnels du patient (de TS ; de prise d'alcool et de toxiques) ; de l'existence d'un trouble mental sous-jacent (dépressif) ; du rôle de l'environnement (persistance de stressors, qualité du soutien) ; et de l'impression globale se dégageant de l'entretien (contact et fiabilité, agitation émotionnelle majeure). Elle répond donc également aux recommandations professionnelles. Les auteurs suggèrent eux-mêmes l'ajout de 2 items « antécédents d'hospitalisation en psychiatrie » et « antécédents familiaux de suicide » dans une version ultérieure révisée.

Conclusion

Les cliniciens disposent d'un certain nombre d'échelles de risque suicidaire : cependant certaines n'ont pas été validées chez les adolescents, et la plupart n'ont pas été traduites et validées en langue française.

A l'heure où la psychiatrie est de plus en plus envahie par la dimension médico-légale, la tentation risque d'être grande, dans le cas des dépressions et de passages à l'acte suicidaires, de se réfugier derrière ce genre de « tests » pour appuyer les décisions d'hospitalisation ou de non hospitalisation prises aux urgences ou en consultation. Il est alors important de garder à l'esprit leurs limites. ■

Isabelle De Gandt-Brunet*

* CCASA, 112 rue de Lagny, 93100 Montreuil.

Bibliographie

- (1) AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES), *Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*, Texte des recommandations, novembre 1998.
- (2) AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behaviour*, J. of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001, 40 (7 suppl), 24-51.
- (3) BECK A.T., KOVACS M., WEISSMAN A., *Assessment of suicidal ideation: The Scale for Suicidal Ideation*, Journal of consulting and clinical psychology, 1979, 47, 343-352.
- (4) BECK A.T., KOVACS M., GARRIS-

SON B., *Hopelessness and eventual suicide: A 10-years prospective study of patients hospitalized with suicidal intentions*, American Journal of Psychiatry, 1985, 142, 5, 559-563.

(5) BECK A.T., SCHUYLER D., HERMAN I., *Development of Suicidal Intent Scales*, in Beck A.T., Resnik H.L.P., Lettier A.J.(eds): *The Prediction of Suicide*, 1974, Bowie, Maryland, Charles Press Publishing.

(6) COLE D.A., *Hopelessness and social desirability, depression and parasuicide in two college student samples*, J Consult Clin Psychol, 1988, 56, 131-136.

(7) Conférence Nationale de Consensus, *La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge*, Texte long : Fédération Française de Psychiatrie, 2000, 19-20 octobre.

(8) GARRISON CZ, LEWINSHON PM, MARSTELLER F. et coll., *The assessment of suicidal behaviour in adolescents*, Suicide Life Threat Behav, 1991, 21, 217-230.

(9) GOLDSTON DB., *Assessment of suicidal behaviour and risk among children and adolescents*, Technical report submitted to NIMH under contract 263-MD-909995; <http://www.nimh.nih.gov/research/measurements.pdf>

(10) GRANBOULAN V., RABAIN D., BASQUIN M., *The outcome of adolescent suicide attempts*, Acta Psychiat. Scandinavica, 1995, 91, 265-270.

(11) GRANIER E., BOULENGER J.P., *Echelle de Gravité des Conduites Suicidaires (EGCS)*, L'Encéphale, 2002, 28, 29-38.

(12) GRANIER E., BOULENGER J.P., *Validation d'une Echelle de Gravité des Conduites Suicidaires (EGCS)*, Nervure, 2001, 14, 8, 17-20.

(13) KIENHORST C.W., DE WILDE E.J., DIEKSTRA R.F., WOLTERS W.H., *Construction of an index for predicting suicide attempts in depressed adolescents*, BJP, 1991, 159, 676-82.

(14) KINGSBURY S., *PATHOS: A screening instrument for adolescent overdose: A research note*, J. of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1996, 37(5), 609-611.

(15) KOVACS M., BECK A.T., WEISSMAN A., *Hopelessness: an indicator of suicidal risk*, Suicide, 1975, 5, 2, 98-103.

(16) KOTILA L., LONNQVIST J., *Suicide and violent death among adolescent suicide attempters*, Acta Psychiat. Scandinavica, 1989, 79, 453-9.

(17) KREITMAN N., FOSTER J., *The construction and selection of predictive scales, with special reference to parasuicide*, BJP, 1991, 159, 185-192.

(18) LAURENT A., FOUSSARD N., DAVID M., BOUCHARLAT J. et coll., *Le devenir psychosocial d'adolescents suicidants*, Synapse, 2000, 162, 19-24.

(19) LINEHAN M.M., GOODSTEIN J.L., NIELSEN S.L. et al., *Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory*, J Consult Clin Psychol, 1983, 51, 276-86.

(20) MENDONCA J.D., HOLDEN R., *Interaction of affective and cognitive impairments in the suicidal state: a brief elaboration*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 1998, 97, 149-152.

(21) MILLER I.W., NORMAN W.H., BISHOP S.B. et al., *The Modified Scale for Suicidal Ideation: Reliability and validity*, J Consult Clin Psychology, 1986, 54, 724-725.

(22) NASSER E.H., OVERHOLSER J.C., *Assessing varying degrees of lethality in depressed adolescent suicide attempters*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 1999, 99, 6, 423-431.

(23) NIMEUS A., TRASKMAN-BENDZ L., ALSEN M., *Hopelessness and suicidal behaviour*, J Affect Disord, 1997, 42, 2-3, 137-44.

(24) PIERCE D.W., *The predictive validation of a suicide intent scale: A five year follow-up*, Brit. J. Psychiat., 1981, 139, 391-396.

(25) RANGE L., KNOTT E., *Twenty suicide assessment instruments: Evaluation and recommendations*, Death Study, 1997, 21, 25-58.

(26) STORK J., *Echelle d'évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent*, Psychiatrie de l'Enfant, 1977, 20, 2, 493-520.

(27) TEJEDOR M.C., DIAZ A., CASTILLON J.J., PERICAY J.M., *Attempted suicide: Repetition and survival - Findings of a follow-up study*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 1999, 100(3), 205-211.

Prise en charge des épilepsies partielles pharmaco-résistantes

Conférence de consensus des 3 et 4 mars 2004

Les épilepsies partielles pharmaco-résistantes (EPPR) prises en compte dans le cadre de cette conférence de consensus sont les épilepsies partielles symptomatiques ou cryptogéniques non pharmaco-sensibles de l'adulte et de l'enfant. En France, environ 40 000 personnes sont affectées d'un handicap grave du fait de cette pathologie. Quatre à 12 000 d'entre elles pourraient bénéficier d'une exploration approfondie, qui en conduirait environ 1000 à 6 000 au seul traitement susceptible de supprimer définitivement les crises : l'exérèse chirurgicale de la zone épileptogène. La caractérisation de syndromes épileptiques doit conduire à une prise en charge médico-chirurgicale plus efficace (l'individualisation du syndrome d'épilepsie méso-temporelle en est un exemple).

Le traitement des EPPR, chirurgical ou non chirurgical, exige une mobilisation du système sanitaire et médico-social, en synergie avec le monde associatif, au sein d'une dynamique de réseau de soins autour de la personne épileptique et de sa famille.

Cette conférence de consensus avait pour but de définir les enjeux de ce problème de santé publique reconnu comme cause d'intérêt général en 2004, et d'établir les bases de l'organisation des soins au travers de recommandations de bonne pratique.

La forme courte a été éditée dans une édition spéciale d'avril 2004 de la revue *Epilepsies*.

Le texte intégral sera édité aux Editions Masson dans la *Revue Neurologique*, Tome 160, hors série n° 1. Le texte long et court sont de plus consultables sur le site de l'Anaes www.anaes.fr rubrique *Publications*.

B.L.

LIVRES ET REVUES

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités

Etudes et Résultats n° 341
septembre 2004

Durant l'année 2000, les 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont suivi 432 000 enfants et adolescents. Ce nombre est en augmentation régulière et a doublé depuis 1986. 20% des enfants n'ont toutefois été vus qu'une fois dans l'année. Entre 1991 et 2000, avec des dotations en personnel globalement stables, les secteurs ont connu une forte diminution du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein (passés de 5380 en 1986 à 1604 en 2000), et un important développement de structures alternatives permettant des prises en charge à temps partiel et ambulatoire.

Les pratiques ont suivi cette évolution puisque les enfants et adolescents sont désormais pris en charge à 97% en ambulatoire, et que le nombre de ceux qui sont suivis à temps partiel a doublé entre 1991 et 2000.

Quand l'hospitalisation demeure nécessaire, elle tend à être de plus en plus courte (elle est passée de près de 160 jours en moyenne en 1986 à 42 en 2000) pour un nombre d'enfants demeuré stable. L'hétérogénéité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en termes d'activité, d'équipements et de personnels est, pour partie, liée au type d'établissement auquel ils sont rattachés (CHS, HPP, CH, CHR). Elle s'accompagne d'une diversité marquée de pratiques, que ce soit en matière d'accueil, de réponse à l'urgence, de protocoles de prises en charge, de pratique de la psychiatrie de liaison ou d'accompagnement social. Il en est de même concernant le partenariat avec les institutions éducatives et les médecins de ville.

Consultable sur internet. Abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES.
Fax : 01 40 56 80 38
www.santé.gouv.fr/hm/publication

Une éducation républicaine

Eric Dubreucq

Librairie Philosophique J. Vrin 25 €

L'éducation en France a une histoire politique et sociale qui a fait l'objet de nombreuses études. Elle résulte aussi d'une histoire des idées et des théories. Durant la période qui va de la naissance de la III^e République à la Grande Guerre, ce n'est pas une, mais

plusieurs doctrines éducatives qui furent construites. Ce livre étudie trois figures majeures de cette époque : Marion, dont le rationalisme pédagogique et éducatif emprunte aux sciences psychologiques et morales ; Buisson, qui tente de systématiser dans son humanisme les principes et les valeurs nécessaires à l'éducation d'esprits libres, tournés vers l'idéal ; Durkheim, enfin, qui par sa critique radicale, prolonge ces deux auteurs autant qu'il les dépasse. Mais diversité ne signifie pas éclatement ; les trois doctrines se rejoignent dans le même effort pour formuler les questions inhérentes à une éducation républicaine. De leur travail critique, les débats actuels peuvent encore tirer profit.

Prévention précoce, parentalité et périnatalité

Sous la direction de Michel

Dugnat

Erès 28€

Si des actions de prévention sont possibles et souhaitables en matière de santé, la période périnatale est un moment essentiel où l'attention portée à la relation précoce entre le bébé et ses parents peut consolider l'inter-subjectivité sur laquelle l'enfant va se construire et la parentalité naissante se développer. Les paradoxes de la prévention en périnatalité sont mis en évidence dans ce livre à partir d'expériences (sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires, éducateurs, médecins, psy), dans divers cadres (maternités, services de néonatalogie, secteurs de pédopsychiatrie et de psychiatrie générale, services départementaux de PMI, Aide sociale à l'enfance, réseaux de périnatalité...). D'échanges, éclairés par l'apport transdisciplinaire, des pistes de réflexion et d'actions se dessinent qui invitent à comprendre et à mettre en œuvre ce qui produit de la transformation dans les pratiques des professionnels comme dans la découverte entre le bébé et ses parents : le respect des émotions.

Avec la participation de François Ansermet, Etty Buzy, Elisabeth Darchis, Pierre Delion, Catherine Dolto, Yvon Gauthier, Martine Lamour, Daniel Marcelli, Denis Mellier, Michel Naiditch, Gérard Neyrand, Evelyn Petroff, Patricia Rossi, Sylvie Séguret, Michel Soulié, Odile Tagawa, Stanislaw Tomkiewicz et de Anne Aubert-Godard, Mylène Aujard-Catot, Danielle Capgras-Baberon, Stéphane Casset, Patrick Chardeau, Sylvie Dappe, Marcelle Delour, Nicole Garret-Gloannec, Nine M.-C. Gangeaud-Freudenthal, le Groupe de recherche UMB-SMF, Babeth Guinard, Monica Kimelman, Dominique Lardièrre, Anne-Yvonne Lenfant, Agnès Lepy, Isabelle Schoutith, Françoise Tendron, Jean-Noël Trounev.

Troubles du comportement ou de la conduite : des disparités d'offre de soins en région centre

Une étude menée en région Centre sur les troubles du comportement ou de la conduite révèle une disparité d'offre de soins pour les enfants et les adolescents entre les départements*.

Réalisée par la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) du Centre, cette étude a mobilisé l'ensemble des professionnels des structures concernées dans les six départements et a permis de recueillir des données individuelles auprès de 877 enfants et adolescents de 6 à 20 ans.

L'objectif était de décrire les différentes pathologies des jeunes accueillis dans 22 structures d'accueil (12 instituts de rééducation, un institut médico-éducatif, un centre d'accueil familial spécialisé, CAFS, et 8 services d'éducation spécialisée et de soins à domicile, SESSAD) et de décrire les prises en charge médicale, sociale et éducative qui leur sont proposées.

Les résultats, qui ont été présentés aux professionnels, montrent « une disparité d'offres de soins » qui limitent l'égalité d'accès à une prise médico-sociale dans certains départements.

En effet, le taux d'équipement (instituts de rééducation et SESSAD) est de 2,05 pour 1 000 enfants de 5 à 19 ans en moyenne dans la région, avec une grande différence entre les départements : 0,09 en Eure-et-Loire, 0,69 dans le Loiret, 3,35 dans le Loir-et-Cher, 3,54 dans le Cher et 3,62 en Indre-et-Loire.

Une hétérogénéité des pathologies

L'étude indique une hétérogénéité de la population accueillie au sein des Instituts de rééducation et des SESSAD, notamment en terme de pathologies. Globalement, la lourdeur des pathologies semble comparable en termes de troubles des conduites ou de retard mental avec toutefois moins de troubles de l'humeur et de troubles envahissants du développement ainsi que plus d'états limites dans les SESSAD, par rapport aux instituts de rééducation. L'offre régionale en SESSAD pour les troubles du comportement ou de la conduite est très inférieure à celle des instituts de rééducation.

Le partage des tâches entre le secteur psychiatrique et le secteur médico-social s'effectue de manière différente selon les établissements, voire selon les départements, avec une plus forte représentation des troubles envahissants du développement (TED), des états limites et des cyclothymies dans les instituts de rééducation du Loiret et du Cher. Il est suggéré qu'« en l'absence de définition précise des instituts de rééducation (IR), le débat reste ouvert et pourrait faire l'objet d'une réflexion régionale commune de ces instituts ».

Cependant, les résultats montrent que, malgré l'importance des pathologies psychiatriques admises dans les IR, un nombre important d'enfants atteints de ces pathologies ne bénéficient pas de prise en charge sanitaire régulière. Il est proposé d'introduire « la dimension sanitaire systématiquement lors de la visite d'admission par une rencontre du médecin avec la famille et l'enfant » et de « formaliser les coopérations avec les secteurs de pédopsychiatrie ou avec les psychiatres libéraux ».

Face aux résultats de cette étude, les auteurs préconisent de « favoriser les échanges entre institutions, mais aussi entre établissements afin de développer les solutions les plus efficaces ». ■

F.C.

*Troubles du comportement ou de la conduite, 65 pages, www.cram-centre.fr

LIVRES

Michel Foucault
Une éthique de la vérité
 Avec un cours inédit
 Le Magazine Littéraire
 Octobre 2004 n° 435 5,60€

Vingt ans après sa mort, Foucault est toujours aussi présent. La maladie mentale, la médecine, l'exclusion, le droit, le libéralisme, la sexualité : autant de sujets essentiels, et toujours débattus, dont il s'est emparé, résolvant et analysant chacun d'eux au fil d'une enquête historique. « *Journaliste transcendantal* » selon l'expression de Maurice Clavel, Michel Foucault prend le risque de confronter sa pensée aux urgences de l'actualité. Une constante dans cette philosophie en mouvement : le souci de dire vrai. Foucault fait de la philosophie une pratique engagée dans le présent, un outil pour construire sa propre vie. Vaste projet qui le mène de l'histoire des savoirs au souci de soi, du politique à l'éthique et l'esthétique. Ce dossier, conduit par Philippe Artières et Frédéric Gros, entend montrer que l'on ne peut penser l'individu contemporain sans Foucault.

Science et conscience, histoire de l'éthique médicale

Bruno Halioua
 Editions Liana Levi 22€

Chargé de cours d'histoire de la médecine à l'université Paris VI, Bruno Halioua retrace les découvertes depuis les années 1960. De la greffe d'organe au clonage en passant par la procréation médicalement assistée, l'histoire de l'éthique médicale vise à mieux comprendre les enjeux et les conséquences des débats bioéthiques actuels.

deux Parlementaires : Anatole De Monzie et André Honnorat. Anatole De Monzie, Député socialiste du Lot est, à l'époque, Ministre de l'Éducation nationale. André Honnorat est élu en 1910 Député des Basses-Alpes sur la liste de la gauche radicale démocratique. En 1916, afin d'économiser l'énergie en temps de guerre, il crée l'heure d'été en France, et en 1919 il fait voter par la Chambre des Députés une loi instituant les sanatoriums pour tuberculeux dite « *Loi Honnorat* ». Il est, en 1920, nommé Ministre de l'Instruction Publique et fait créer la Cité Internationale Universitaire à Paris. En 1928, il effectue un voyage d'étude aux États-Unis sur l'invitation de John Davidson Rockefeller qui propose une donation de 150 millions de francs pour la reconstruction de la Faculté de Médecine de Paris à condition d'un effort financier équivalent de l'Administration française. C'est sur cette base, notamment, que se situe le projet de ces deux Parlementaires. Cette mesure est à présent critiquée. Il convient, en effet, d'examiner les repercussions de cette solution au triple point de vue de l'intérêt des malades et de leurs proches, de l'enseignement psychiatrique ainsi que des finances publiques, tant nationales que départementales. La suppression, après la guerre, des quartiers d'hospice de la Salpêtrière a constitué une mesure regrettable et maintes fois critiquée publiquement dans les réunions des Assemblées et des Commissions compétentes. Depuis cette date, l'Asile Sainte-Anne reste le « *seul Etablissement situé dans l'enceinte de la Ville* » où sont hospitalisés des Aliénés ; or certains malades aigus et affaiblis sont difficilement transportables ; pour certains autres des raisons impérieuses d'humanité commandent de les laisser le plus près possible de leurs proches dont certains parfois viennent vers eux quotidiennement et

Le projet de transfert de la Faculté de Médecine à l'asile Sainte-Anne

peuvent seuls leur faire accepter une alimentation obstinément refusée. Aussi bien l'Asile Sainte-Anne constitue un centre d'Enseignement fréquenté par les étudiants et par des médecins étrangers. C'est aussi, et surtout, un centre unique et irremplaçable d'Enseignement du Cadre national car il leur offre seul la possibilité de se tenir au contact avec les autres branches de la médecine. Ce projet fait craindre la destruction et, pour le moins, la dispersion d'un ensemble de créations du plus haut intérêt, qui constitue un Centre psychiatrique à Paris, national et de la plus haute importance. Il est possible de citer, par exemple, le centre d'impaludation du Docteur Leroy, certainement unique en France. Devant cette situation on enregistre de nombreuses réactions de protestation. Une réunion est organisée le 12 février 1933 par les médecins et le personnel à l'intention des familles de malades. Celles-ci sont nombreuses à ce rassemblement qui se tient avenue Reille à proximité de l'Asile menacé. Tous les visages reflètent l'angoisse de ces pauvres gens dont la possibilité de voir fréquemment les êtres chers, est la seule consolation. Plusieurs Parlementaires avaient promis de prendre la parole, mais la séance de la Chambre des Députés leur créant un empêchement majeur, ils se sont excusés. On ne sait si ce désengagement a été interprété comme une de ces hypocrisies politiques fréquentes sous la III^{ème} République. A l'issue de la réunion l'ordre du jour suivant proposé par le Bureau est adopté à l'unanimité. Les familles des malades, les médecins, les internes et les infirmiers, tous réunis dans une même pensée de protestation contre la suppression de l'Asile Sainte-Anne, après avoir entendu les différents orateurs, ratifient les mesures prises par le Comité d'Action décidant :

- 1°/ de créer immédiatement un Comité de défense des malades et de l'Asile.
- 2°/ d'engager une action vigoureuse et persévérante auprès des Pouvoirs publics, des Parlementaires, des Conseillers municipaux et généraux, et de la Presse tout entière.
- 3°/ de s'opposer à une mesure qui, non seulement lèserait d'importants et respectables intérêts collectifs, mais qui, encore, méconnaîtrait les intérêts généraux les plus évidents.

Dans l'hypothèse envisagée, que deviendraient les malades actuellement hospitalisés à l'Asile clinique ? Deux solutions seulement pourraient être actuellement proposées :

1ère solution : Leur répartition dans les Asiles existants de banlieue. Or la Commission de surveillance et les médecins n'ont cessé depuis plusieurs années de dénoncer leur encombrement progressif. Il a atteint, aujourd'hui, les plus extrêmes limites et nécessite des palliatifs d'urgence : construction de pavillons métalliques (« les tôles » dans le langage hospitalo-psychiatrique, financées par les dommages de guerre versés par l'Allemagne) et surélévation de bâtiments existants. Dans ces Etablissements de nouveaux pavillons ne peuvent être indéfiniment ajoutés et dont les services généraux, d'ores et déjà, sont insuffisants et craquent de toutes parts. On en arriverait rapidement à l'obligation d'agrandir ou de reconstruire entièrement cuisines, magasins, lingerie, buanderies, ateliers, bureaux : autant de mesures onéreuses qui favoriseraient l'entassement, ne faisant que stabiliser les conditions hygiéniques défectueuses au milieu desquelles les médecins se débattaient déjà. Elles n'apporteraient, bien au contraire, aucune des indispensables améliorations demandées depuis longtemps. Il serait donc nécessaire d'opérer des transferts massifs de

malades en Province. Or les Asiles de Province, parvenus eux-mêmes à la limite de l'encombrement, parfois de l'entassement, doivent se refuser à toute admission nouvelle de malades du Département de la Seine. *2ème solution* : on construit un nouvel Asile dans la limite des anciennes fortifications. L'édification d'un Asile neuf remplissant toutes les conditions nécessaires de situation et de modernisation serait l'unique argument pouvant inciter le Conseil Général de la Seine à accepter l'aliénation des locaux de l'Asile Sainte-Anne s'il avait la certitude absolue d'obtenir l'indemnisation correspondant à la valeur réelle du terrain, de l'Etablissement, des aménagements affectés exclusivement au service des Aliénés. D'ailleurs, cette nouvelle édification devrait être obligatoirement préalable à tout commencement de désaffectation ; ce qui constitue une condition extrêmement importante. Or, il apparaît que la conjoncture économique actuelle ne permettrait pas au budget départemental d'aboutir à une réalisation semblable. On peut se demander si les conditions du Budget national puissent la permettre même avec l'appoint de générosités étrangères, notamment la donation de John Davidson Rockefeller - le philanthrope américain - selon laquelle celui-ci offre de consacrer 150 millions de francs à l'érection d'une nouvelle Faculté de Médecine à Paris à condition que l'Administration française fasse un effort égal. La Presse intervient vigoureusement contre ce projet. Le 29 décembre 1932 « *L'Intransigeant* » et la « *Victoire* » impriment qu'ils protestent contre ce projet parce que personne n'a encore démontré qu'on ait refusé du monde, faute de place, dans les amphithéâtres et n'a pas démontré, d'ailleurs, qu'il soit impossible d'améliorer les Laboratoires de la Faculté sur leurs emplacements actuels. Le nombre des étudiants diminuant chaque année, ce serait un erreur de construire un immeuble plus grand qui ne serait disponible d'ailleurs qu'au moment précis où il cesserait d'être utile. Le 14 janvier 1933 le Docteur Bouquet écrit dans le journal « *Le Temps* ». Le futur « *emplacement* » de la Faculté de médecine a fait l'objet de propositions nombreuses entre autres : la Halle aux vins, Issy-les-Moulineaux et l'Asile Sainte-Anne. On a abandonné l'excellente idée, un instant émise, d'utiliser à des fins d'agrandissements sans transfert le terrain triangulaire limité par la rue de l'École de médecine, la rue Racine et le boulevard Saint-Michel. Dans cet emplacement pourraient être aménagés des Laboratoires et, notamment, ceux où se font les travaux pratiques, car leur exiguité actuelle constitue le seul problème. Il n'en est pas de même pour les Amphithéâtres qui sont largement suffisants. Qu'il n'y ait pas de tables dans la plupart des amphithéâtres c'est une chose depuis le dix-huitième siècle, et de nombreuses générations de médecins s'en sont convaincus sans que cette absence les ait empêchées de mener à bien leurs études. Le nombre de places des Amphithéâtres où se donnent les cours magistraux est satisfaisant car les étudiants d'aujourd'hui ne paraissent pas plus fidèlement assidus que ceux de jadis. On a surtout songé à déplacer la Faculté de Médecine le jour où John Davidson Rockefeller qui ne la trouvait pas sans doute à son goût américain, a offert 150 millions de francs pour la rebâtir à condition que l'Administration française fasse de son côté un important effort financier du même ordre que celui du Donateur. Il faut espérer qu'on voudra bien ne pas se hâter de décider pour la seule raison qu'il y a déjà long-

temps que l'on fait attendre le généreux Mécène d'Outre-Atlantique et que préalablement le projet devra être étudié sous toutes ses faces, de même que devront être envisagés tous ses retentissements possibles. Or, si Sainte-Anne continuait à être sacrifiée à la Faculté il faudrait bien rebâtir cet Asile quelque part car on ne saurait admettre que jusqu'à présent il ait été inutile. C'est un Centre de triage indispensable des Aliénés parisiens ; c'est, en outre, un centre de traitement qui comprend plusieurs importants Services. Combien de dizaines de millions de francs seraient nécessaires pour la reconstruction de l'Asile clinique ? Le 13 février 1933 le quotidien « *L'Oeuvre* » publie qu'il ne semble pas opportun de démolir l'Asile Sainte-Anne à grands frais pour y rebâtir à coups de millions une Faculté neuve, moderne, luxueuse, dût-on même lui adjoindre un grand Hôpital clinique où quelques vingt Professeurs se disputeraient la prééminence. A la même date le journal « *Le Quotidien* » prend nettement position contre le projet « *De Monzie-Roussy-Honnorat* » en signalant que l'Asile Sainte-Anne est l'un des mieux organisés,

l'un des meilleurs de France tant au point de vue des services qu'au point de vue de son personnel. Cette organisation ne survivrait évidemment pas à la disposition envisagée. D'autant plus que Sainte-Anne rend un double service : autant comme Clinique de médecine mentale que comme Etablissement chirurgical car c'est le seul Asile d'aliénés qui possède un service de chirurgie. C'est en mai 1933 que le projet est abandonné devant les vives protestations émises contre lui. Les problèmes complexes et financiers n'ont pas permis de donner suite à cette orientation qui était, on le sait maintenant, directement inspirée par John Davidson Rockefeller. Le Syndic du Conseil municipal de Paris adresse le 14 mai 1933 à la Société Médicale des Asiles de la Seine une correspondance dans laquelle il signale qu'il a vu « *il y a quelques jours le ministre de l'Instruction publique* » qui lui a fait connaître que le projet de transfert de la Faculté de médecine est, à l'heure actuelle, abandonné. Du côté des États-Unis, l'Asile Sainte-Anne n'a pas été agréé pour ce transfert et il est maintenant certain que le Gouvernement français ne présentera pas un autre plan. ■

Maurice Goudeband*

*Fondateur-Conservateur du Musée Sainte-Anne

Le musée social
Aux origines de l'Etat providence
 Janet Horne
 Traduction de Louis Bergeron
 Belin, 24,50 €

Le Musée social permet de mieux comprendre le processus de transformation dans la France de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle à la manière d'un télescope qui fournit un nouvel angle de vision et un instrument de mesure, puisqu'il ouvre de nouvelles perspectives sur les origines de l'Etat providence. Vers la fin du XIX^e siècle, un réseau dense de groupes réformateurs est venu de la société civile, attirant des personnalités peu impliquées dans la vie politique et leur donnant le moyen de faire entendre leur voix dans les débats qui s'ensuivirent autour de la réforme sociale. Le sociologue Christian Topalov a qualifié ce tissu serré d'organisations de « *nébuleuse réformatrice* » et mis en relief sa dimension internationale. Ce livre étudie la « *sphère parapolitique* » qui se logeait dans les interstices entre gouvernement, philanthropie et industrie, à mi-chemin entre les intérêts publics de l'Etat et ceux privés des individus. L'historiographie de l'Etat providence français est riche. De même qu'une interprétation, désormais abandonnée, de la croissance industrielle française soulignait sa « *lenteur* », la politique sociale de la Troisième République avant 1914 est couramment jugée « *retardataire* », dérisoire, hésitante, hantée par les échecs - aussi dépourvue d'imagination et « *embourbée dans la routine* » que la République bourgeoise elle-même - la référence implicite étant l'Allemagne bismarckienne et ses mesures pionnières d'assistance sociale. Le passage à une législation sociale s'expliquerait donc par une volonté nationaliste et impérialiste de compétition avec l'Allemagne et, selon cette logique, l'anxiété générale suscitée dans la France fin de siècle par le sentiment d'un taux de natalité trop faible se traduirait par un intérêt pour les questions de santé publique, le natalisme et le système sanitaire. Janet Horne examine le débat sur « *la question sociale* » en France et les conditions particulières qui donnèrent naissance à un discours réformateur au cours des trois premiers quarts du siècle, débouchant sur une rupture avec la tradition libérale. Cette discussion s'appuie, pour une part, sur le modèle d'industrialisation propre à la France, et sur les changements dans le dispositif traditionnel de la société et de l'Etat introduits par la Révolution française. Elle analyse, ensuite, la première prise de position « *officielle* » de la Troi-

sième République sur la question sociale, telle que l'Exposition universelle de 1889 l'a représentée. Janet Horne retrace également les étapes qui conduisirent à la création du Musée social et suggère que la sphère parapolitique joua un rôle essentiel dans l'élaboration d'un nouveau langage de la réforme sociale sous la Troisième République. La deuxième partie du livre se concentre sur le Musée social lui-même, l'institution et les hommes qui la constituaient. Sont étudiés, dans le détail, les adhérents du Musée social, sur la base d'un échantillon initial de 500 réformateurs. Quelles caractéristiques sociales les réformateurs partageaient-ils ? Leurs décisions, au cours de leur engagement dans le mouvement pour la réforme, ont-elles été motivées par leur profession ? Et jusqu'à quel point leurs opinions étaient-elles influencées par leur culture religieuse et politique ? L'auteur décrit, ensuite, le mécanisme des activités du Musée social. Une troisième partie est consacrée à deux des activités du musée dans le champ de la réforme sociale. D'abord, son engagement dans le mouvement mutualiste français jusqu'au vote de la loi de 1910 sur le système national de retraites : la mutualité, en effet, illustre les tensions entre le centralisme étatique et les valeurs républicaines libérales d'autoassistance, ainsi que la façon dont ces tensions ont influé sur le développement de la politique sociale en France. Ensuite, l'analyse s'attache au glissement qui s'est opéré chez les réformateurs du Musée social, d'un souci de la fin du XIX^e siècle, le logement ouvrier, à une préoccupation du début du XX^e siècle, l'hygiène publique, la planification urbaine et la préservation de l'environnement. La période qui précède la Première Guerre mondiale, en France, est souvent décrite comme une époque de relative stagnation dans le domaine de la protection sociale. Un examen plus attentif révèle que cette période vit le début d'une évolution vers une conception plus interventionniste du rôle de l'Etat : le passage de la philanthropie privée à une assistance publique combinée avec l'action d'associations, et des activités bénévoles de réformateurs bourgeois à l'esprit tourné vers le social à l'acceptation du principe de droits sociaux garantis par des lois sociales. C'est pourquoi l'histoire du Musée social brève et les organisations qui ont aidé la France à traverser une période cruciale de transition, et ont posé les fondations modernes de l'Etat providence.

Aperçu de l'hôpital psychiatrique de La Havane

-De 1902 à 1950 Cuba est sous domination américaine mais la situation s'améliore.

- De 1950 à 1959, moment le plus critique. Les chroniques des journaux de l'époque reflètent l'horreur de la situation. Une trentaine de lits, des paillasses en fer sont alignées dans une pièce. La saleté règne. Fidel parle de « l'enfer de Dante ».

-1959 : le Che entre dans La Havane. Toutes les installations de l'hôpital sont reconstruites en un temps éclair. De 6500 patients pour 2500 lits, on passe à de plus justes proportions et on construit des installations sportives et des ateliers de « réhabilitation »⁽¹⁾.

Aujourd'hui, l'hôpital est doté de 3500 lits répartis dans 36 pavillons et de 12 centres de réhabilitation sur l'extra-hospitalier. Les services ambulatoires se développent et permettent la réduction du nombre de lits et la réinsertion sociale des patients.

De cette dernière étape, rien au fond qui ne diffère de l'expérience de l'antipsychiatrie initiée dans les années 70 à Trieste.

Les services ambulatoires diffèrent peu des courants de thérapie pratiqués, aujourd'hui, dans les secteurs et les CHU. On y retrouve :

- des centres d'addiction,
- des centres de thérapies alternatives,
- des consultations de sexologie et d'orientation familiale,
- une clinique de la mémoire,
- une clinique du stress,
- le psychoballet.

L'extra hospitalier est, également, pourvu d'un hôpital de jour, accueillant des cas de névroses et de psychoses et d'un hôpital de nuit.

Les diapositives défilent vite. Le confé-

rencier, actuel directeur de l'hôpital, laisse peu de place aux questions. La visite de l'hôpital est remise après le repas.

Dehors, un air moite, un terrain vague entre des bâtiments anonymes. Et toujours les présences lointaines de ces autres comme des ombres. Après un grillage, un bâtiment quelconque à la couleur passée. Echanges de bonjour et de regards avec les ombres, de quelques cigarettes. Et puis il faut entrer dans le couloir comme un goulet qui s'ouvre sur une grande salle à la lumière triste. On ne voit pas l'extérieur ; les murs sont très hauts, les fenêtres étroites. Le mojito offert en apéritif est excellent.

Là-haut, dans un renforcement sous le plafond, l'orchestre officiel est prêt à démarrer. L'acoustique est mauvaise. Les sons saturent. On ne s'entend pas parler. Les mets s'enchaînent, copieux. Une soprano entre en scène. Opérettes et salsa se succèdent.

Il faut repartir. Le car est là. Pas de visite des lieux de vie. Les ateliers de réhabilitation nous attendent. A peine plus loin, derrière un stade, le car s'arrête. La jeune femme là-bas qui entraîne un groupe de patients à la gymnastique est une athlète olympique de renom. D'autres patients toujours vêtus de blanc (quel rôle cette couleur occupe-t-elle dans la représentation de la folie ?) s'entraînent au volley. Ici, autour d'une sportive de haut niveau, on développe des enchaînements de danse, sans faille. Là, on fait danser des cerceaux autour de sa taille. On oublierait, facilement, qu'on se trouve dans le grand hôpital psychiatrique de Cuba.

La salle de thérapie occupationnelle Salvador Allende est un grand réfec-

Mourir de son remède...

■ HUMEUR

Scandale des vaccinations massives et abusives, scandale de l'oubli des personnes âgées mis en évidence lors de la dernière canicule, scandale du « trou de la sécurité sociale », scandale des suicides induits par l'effet désinhibiteur des antidépresseurs chez les sujets jeunes... je prévois l'entrée de la psychiatrie dans une ère nouvelle où elle devra affronter les critiques et remises en cause... Enfin le débat nécessaire à l'émulation intellectuelle de notre discipline renâtra et verra le choc des idées, la naissance de nouveaux projets, la formations de projets enfin originaux.

Sortir d'une pensée molle, se libérer du discours froid et stérile de la biologie et de la psychologie qui n'a d'autres lumières que celles des néons des hôpitaux universitaires, fuir les précieux et précieuses ridicules de la psychanalyse qui marchent dans l'ombre de Freud sans jamais arriver à sa hauteur, ne plus accepter les consensus qui dictent des bonnes conduites et accusent de manque d'éthique ceux qui pensent autrement... Exemple ? Les traitements de substitution pour les toxicomanes.

L'idéologie prend le pas sur l'art médical. Donner de la drogue aux drogués ! Pourquoi pas du sucre aux diabétiques, de l'alcool aux alcooliques, des victimes aux pervers... Ils nous présentent des résultats, ils nous expliquent les raisons de cette démarche et ils tentent de nous imposer cette pratique (« lorsqu'un patient toxicomane est hospitalisé dans votre service, vous devez lui donner sa dose sinon vous n'êtes pas éthique (sic) »).

Le patient toxicomane n'est plus un patient mais l'objet d'un chantage idéologique : il est présenté comme une victime de la société qui doit alors réparer sa dette en lui donnant elle-même sa drogue.

Quant aux études statistiques qui nous présentent les bienfaits de la substitution elles sont une pure rhétorique comparable à une lecture politique des sondages : toujours plusieurs sens.

Qui aujourd'hui dans le paysage médiatique ose simplement critiquer cette médecine dealer ? Serais-je seul ? Je vous en prie donnez votre avis.

En attendant les réponses, lire attentivement Molière : « Presque tous les hommes meurent de leurs remèdes, et non pas de leurs maladies ». ■

Serge Tribolet

toire vitré sur ses deux longueurs. La lumière est franche. Le portrait de Fidel trône en bout de salle et dessous, ces mots

« unidos lucamos unidos vencemos ».

De grandes tables se succèdent. Des femmes, autour, suivent leurs rythmes propres. Sur une table regroupant une vingtaine de patientes, un monticule d'étoffes. Une femme, le regard vide semble émettre un bout de tissu. Une autre s'affaire. Une autre ose le regard. A cette autre table, on fabrique des poupées chiffon. Et les femmes toujours vêtues de cette même robe en coton blanc sans manches.

La réhabilitation passe aussi par la rééducation culturelle. Dans une salle de classe ouverte sur l'atelier, une infirmière institutrice grosse en blouse blanche aide une patiente à faire une addition sur un tableau noir. Et, toujours, cette même atmosphère industrielle.

Un autre pavillon de réhabilitation, des femmes encore, mêmes tenues blanches. Une infirmière aide une patiente à broder le drapeau cubain. Une vieille femme édentée accroche le regard. Elle a vécu 7 ans en France. Le troisième atelier est mixte. A l'entrée, un salon de beauté (coiffure, pédicure, manucure) tout confort. Une infirmière lime énergiquement la corne sous le pied d'une malade.

Un quatrième pavillon, immense, une ruche. On y fait surtout de la vannerie. En marge, devant une machine, un homme aux chaussures éculées meule une corne noire.

Aucun des objets fabriqués ici ne sortira des ateliers, ni n'entrera dans l'économie. De temps en temps, une exposition offre les créations aux regards des familles.

Dehors, la moiteur tropicale reprend le corps. Le ciel est bas. Le car attend, s'arrête à peine plus loin devant la salle de spectacle pour une représentation de psychoballet. Sur scène, un groupe de musiciens, djembe, conga, guitare, piano, des femmes en robes blanches à dentelles et froufrous. A peine quelques minutes et l'on est repris par la musique, d'une qualité professionnelle. Le répertoire est large : salsas, rumbas, classique (Beethoven, Satie, de Falla),

airs d'opéras. Croirait-on que certains interprètes viennent de passer plusieurs mois à l'hôpital ?

Et comment comprendre qu'un hôpital psychiatrique favorise des spectacles qui, à priori, pourraient mettre en danger l'institution ? Une jeune femme, superbe, s'avance sur scène. Les percussionnistes martèlent un rythme afro-cubain. Elle invoque les dieux de la santéria⁽²⁾. Ochun (déesse de la sensualité et de la maternité) la prend. Des tremblements agitent, soudain, ses lèvres et ses membres. Ici, dans le grand hôpital psychiatrique de La Havane, on laisse les patients communiquer avec leurs dieux, on les y invite. A Cuba, la psychiatrie pratique selon des méthodes et des références théoriques semblables aux nôtres (neuroleptiques, outils diagnostics, psychothérapies, Freud, Lacan) et, dans le même temps, laisse se constituer, en son sein, des « ilots » qui vont à l'encontre du cartésianisme. Ce même paradoxe existe à l'échelle nationale. On trouve lecture de cela chez Freud, Bataille et Foucault. Le pulsionnel du vivant doit trouver des voies d'écoulement dont les plus immédiates sont la fête, la sexualité, deux phénomènes qui traversent, largement, Cuba. La musique, la danse tout comme la liberté sexuelle sont évidentes sur l'île. On laisse faire sous l'œil attentif de la police. Et que dire de la perfection atteinte par le psychoballet ? Verrait-on en France se développer, à ce point, les disciplines artistiques dans un EPS et si oui, à quel prix ? ■

Catherine Zittoun

Ce texte a été écrit suite à une visite à l'hôpital psychiatrique de La Havane dans le cadre du congrès « Freud, Lacan... et quelques autres, à Cuba » qui s'est tenu à La Havane du 16 au 19 mai 2004 à l'initiative de Psychiatres du Monde et de l'hôpital psychiatrique de La Havane.

(1) Ce mot n'est pas synonyme de guérison mais est l'expression que la personne peut se réaliser socialement, qu'elle soit reconnue et se sente reconnue.

(2) Religion afro-cubaine, syncrétisme entre une religion africaine et le catholicisme. Chaque dieu africain a son pendant parmi les saints du catholicisme.

Démences : les soins de santé coûtent près de 90 milliards d'euros chaque année en Europe

La 9^{ème} conférence internationale sur la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés a montré à Philadelphie que les soins de santé pour les personnes souffrant de démence, notamment la maladie d'Alzheimer, coûtent près de 90 milliards d'euros par an en Europe.

L'étude conduite par Arthur Zbrozek de Wyeth Research à Philadelphie et ses collègues du Stockholm Health Economics porte sur 11 pays européens (Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Italie, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède) pour lesquels le coût total des soins de santé s'élève à 87,22 milliards d'euros pour une prévalence de quelque 5,65 millions de personnes démentes (50 à 70% de maladie d'Alzheimer) en 2000.

Le coût annuel par patient en Europe est de 15349 euros en moyenne, l'Allemagne étant en tête avec des dépenses de 26793 euros par an et par patient et l'Espagne au dernier rang avec un coût de 4916 euros par an et par patient. La France, elle, dépense chaque année 9378 euros par patient.

La grande variabilité des résultats est liée, notamment, aux différences dans les systèmes de prise en charge sanitaire et sociale de chaque pays. En Italie, le coût annuel par patient des soins de santé n'est que de 81949 euros mais les patients sont davantage pris en charge par leur famille, à la différence de l'Allemagne.

Ces résultats sont issus d'une analyse de la littérature et portent sur les coûts de prise en charge médicale en ville, à l'hôpital, les médicaments, les services médicaux à domicile. Le coût des aidants n'a pas été pris en compte.

Un triplement des dépenses aux Etats-Unis d'ici 2015

Dans une autre étude, Henry Glick de l'université de Pennsylvanie a calculé les dépenses fédérales aux Etats-Unis pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, estimant qu'elles pourraient tripler d'ici 2015. Les dépenses du programme Medicare de prise en charge des personnes âgées pourraient passer de 62 milliards de dollars en 2000 à 189 milliards en 2015. Avec le vieillissement de la génération du baby-boom, ce sont 16 millions d'Américains qui seraient atteints de la maladie d'Alzheimer d'ici 2050.

Le coût annuel par patient a été évalué à 9710 dollars pour un homme et à près du double pour une femme, à 16327 dollars, en raison d'une espérance de vie plus grande en institution et d'une consommation plus importante de soins administrés par les aidants.

Dans un communiqué, l'Alzheimer's Association, qui organise la conférence, appelle le gouvernement américain à verser chaque année 1 milliard de dollars pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer. ■

G.M.

REVUES

Territoires : limites et franchissements

Rhizome 2004 n°16

Bulletin national santé mentale et précarité

Ce numéro intéresse ceux qui se posent la question du rapport entre le politique, les subjectivités et le territoire.

Le territoire est un espace structuré, d'essence politique, doté de sens, qui autorise une sociabilité active. Il est porté par un imaginaire historique : la révolution, la résistance, une mission valorisée. Mais l'imaginaire dynamique doit toujours se remettre au travail, en particulier à l'aide de situations non normatives : quel est le point fixe d'une communauté gitan ? Que signifie aller au centre ville pour des jeunes de banlieue ? Que représente un « placement » pour un enfant, un adolescent ? Quel est l'investissement du territoire pour un patient psychotique, pour un homme ou une femme de la rue, toute question qui interroge sur les espaces psychiques ?

Et puis, le rapport lancinant au « territoire de santé pertinent », posé du dehors au secteur de psychiatrie : ne serait-il pas devenu « trop petit », autant pour la gestion de la pénurie que pour des raisons techniques ? On sera, peut-être, surpris de lire quelques rappels « élémentaires » oubliés : des hommes avant des pierres, pas seulement des actes mais du temps, le nous avant le on, un rêve de fraternité. On croit rêver ! Ne pourrait-on parler plus sérieusement ? Il faut, à l'évidence des pierres et des budgets. Pourtant, on ne peut continuer d'avoir une vision de l'avenir, c'est-à-dire de le rêver, avec un programme gestionnaire exclusif qui ne permet même plus le cauchemar : simplement un aplatissement du projet, de l'amertume, un désengagement de survie appelé « individualisme », qui touche aussi les soignants et autres aidants. Pour autant, on trouve des idées intéressantes parce que chargées de sens, en particulier sur la non superposition des territoires de psychiatrie et de santé mentale. Pourrait-on imaginer, demande P. Chaltiel, de réparer le péché originel de la psychiatrie publique, à savoir la séparation de la psychiatrie « générale » et de la psychiatrie infanto-juvénile ? Il faudrait conserver des territoires permettant un travail de proximité (secteurs de psychiatrie) qui seraient regroupés en territoires plus vastes (de santé mentale) pour dépasser la surspécialité de la psychiatrie en de véritables réseaux de prévention, de soin et de réhabilitation sociale. Cette idée simple et logique peut-elle être au moins considérée ?

Restent deux questions difficiles :

- comment penser la pertinence pragmatique de politiques de plus en plus locales, alors que l'échelle des problèmes est de plus en plus globale ?
- dès qu'il s'agit d'idées de changement, en particulier de changement de territoires, comment ne pas fonctionner selon la loi du tout ou rien, comment ne pas faire comme les patients psychotiques : investir le monde extérieur comme une partie de soi ou ne pas l'investir du tout ?

Ont participé à ce numéro J. Furtos, M. Lussault, O. Chavanon, O. Moyano, M. Sassolas, Ch. Tellier, V. Colin, J.-M. Berthet, E. Vigneron, P. Chaltiel, E. Julliand, P. Arcella-Giroux.

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

LIVRES

Penser les pratiques sociales comme rituels
Ethnographie et genèse de communautés

Christoph Wulf et al.
L'Harmattan 35 €

Cet ouvrage rassemble les contributions de neuf universitaires allemands qui ont cherché à comprendre les mécanismes et la portée sociale des rituels. Partant du constat que les rituels vont de pair avec des relations de pouvoir et qu'ils participent de la genèse, de la continuation ou de la transformation des communautés (familiales, scolaires, institutionnelles), les auteurs décrivent ces mises en scène dans lesquelles surgit une expérience de la différence. Les rituels structurent, en permanence, la réalité sociale, dont ils peuvent transformer l'ordre et les hiérarchies. Le caractère performatif des rituels et des ritualisations représente le cœur de l'étude : analyser comment des énoncés de parole ont valeur d'acte, et quels effets et conséquences ils portent sur le rituel en lui-même. Les auteurs balayent la perspective d'un espace performatif large, la ville et ses quartiers, par des exemples précis où la socialisation va toujours de pair avec les rituels : les repas en famille, les enfants entre eux à l'école, leurs représentations médiatiques. Enfin, à observer comment les rituels se constituent le plus souvent comme des savoirs pratiques acquis par imitation, c'est l'esquisse d'une théorie mimétique du rituel et de l'agir rituel qui se dessine. Le concept du performatif fait, ainsi, ressortir le caractère représentatif de l'agir rituel, social et éducatif, ce qui fait que la corporalité de l'actant, le caractère événementiel et la qualité de mise en scène des actions en deviennent le centre d'intérêt.

Avec la collaboration de Christoph Wulf, Birgit Althans, Kathrin Audehm, Constanze Bausch, Michael Göhlich, Stephan Sting, Anja Tervooren, Monika Wagner-Willi, Jörg Zirfas.

La visite de conventionnement des EHPAD

Patrice Roussel
Editions ENSP

La réforme de la tarification des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) introduit l'obligation d'un conventionnement pluriannuel entre chaque établissement et ses tarificateurs. Un axe majeur de ce conventionnement concerne la qualité des prestations. Chaque établissement doit engager une démarche d'évaluation interne, au mieux par auto-évaluation collective, point de départ du processus de conventionnement. Celui-ci comporte une visite de l'établissement qui a pour but d'aboutir à un diagnostic partagé, inaugurant ainsi des relations nouvelles entre gestionnaires des EHPAD et autorités de tarification. La visite constitue une mission nouvelle, distincte de l'inspection, qui impose donc à ses acteurs d'apprendre à se positionner de façon adaptée. Ce guide a pour ambition de favoriser des pratiques de visite mieux définies, partagées et efficaces. Il présente les enjeux et objectifs de la visite, puis propose des outils, des référentiels et des méthodes utiles à tous les partenaires, financeurs comme responsables d'établissement. Il intéressera les acteurs concernés par les exigences de la loi du 2 janvier 2002 en matière d'évaluation interne et externe des établissements sociaux et médico-sociaux.

L'insuffisance des études concernant les refus de la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) vis-à-vis des demandes d'attribution de l'Allocation aux Adultes Handicapés, de la Carte d'Invalidité, de l'Allocation Compensatrice, et des orientations vers des structures d'hébergement et de reclassement professionnel, est notoirement connue. Parmi les rares études consacrées à ce sujet, citons celle de Ph. Durand (6), qui se rapproche de notre travail car basée sur des expertises psychiatriques. A partir de 30 dossiers cette étude aboutit aux conclusions suivantes :

- la majorité de requêtes concerne le rejet de l'attribution de l'Allocation aux Adultes Handicapés,
- les 45 - 54 ans sont les plus représentés,
- au niveau du diagnostic nosographique, les dépressions non psychotiques sont majoritaires (7 cas),

Ce travail s'appuie sur 85 expertises psychiatriques qui nous ont été confiées pendant 3 ans (de 2000 à 2003) par la Commission Régionale d'Invalidité et d'Incapacité Permanente de Lille en appel de décisions de la COTOREP (10) du Pas-de-Calais (Arras), avant notre mutation récente dans la région parisienne. Il couvre une période antérieure à la parution très récente du décret portant réforme du Tribunal du Contentieux de l'Incapacité (Journal Officiel du 5 juillet 2003) (3). Désormais cette juridiction est présidée par un magistrat de l'Ordre Judiciaire, le secrétariat restant assuré par un fonctionnaire de la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales). Nous chercherons non seulement à appréhender, globalement, la situation de ces personnes mais également le diagnostic clinique, l'évaluation d'autonomie, le motif de recours, et les conclusions de l'enquête.

Quel matériel ?

Il est constitué de 85 expertises psychiatriques de requérants en appel de décisions de la COTOREP du Pas-de-Calais. Ces expertises nous ont été confiées par la Commission Régionale d'Invalidité et d'Incapacité Permanente (Lille) de 1 janvier 2000 au 30 juin 2003.

Quel objectif ?

L'objectif de l'enquête est d'apprécier :

- les caractéristiques socio-démographiques des personnes concernées,
- la prévalence respective des troubles psychiques observés en fonction des critères de la classification des troubles mentaux et du comportement (CIM 10 (13)),
- le degré d'autonomie,
- le motif de la requête,
- la conclusion de l'expertise médicale.

Quel questionnaire ?

De nombreux instruments standardisés (7) peuvent être utilisés pour évaluer les expertises psychiatriques. Du fait des singularités de chaque situation, il n'y a pas de questionnaire ou échelle exploitable de façon systématique. Nous avons donc façonné notre propre questionnaire avec des items englobant :

- la fiche de file active habituelle que tout praticien est obligé de remplir pour tout patient examiné, pour les besoins de statistiques et de suivi d'activité auprès des autorités de tutelle ;
- l'échelle MRSS (Morning Side Rehabilitation Status Scale), qui est principalement destinée à évaluer le fonctionnement de patients psychiatriques en fonction des quatre dimensions suivantes : a) indépendance / dépendance, b) activité / inactivité, c) intégration sociale / isolement, d) effets des symptômes présents.

Les expertises psychiatriques de personnes en appel de décision de la COTOREP

Etude à partir de 85 dossiers

Quels résultats ?

Au total, il ressort le plus souvent que :

- la demande est un renouvellement (49 cas),
- elle émane de femmes (45 cas),
- l'âge se situe entre 20 et 30 ans (30 cas),
- l'intéressé est célibataire,
- ne vit pas seule (62 cas),
- est sans profession (69 cas),
- le diagnostic nosographique principal retenu est le retard mental (46 cas),
- l'affection somatique associée est une affection cérébrale (17 cas),
- les symptômes sont d'intensité moyenne (15 ans),
- l'autonomie fonctionnelle est limitée,
- le litige porte sur l'attribution de l'AAH (40 cas) et dans 50 % des cas, la requête nous a paru justifiée.

Un nouveau barème d'invalidité issu d'un long travail de concertation avec les associations d'handicapés, est applicable depuis la parution du décret du 4.11.1993 (J.O. du 6.11.1993) (4). La détermination du taux d'invalidité se fait en quatre étapes qui permettent une évaluation plus globale du handicap et de son retentissement sur la vie quotidienne de l'intéressé (11) :

- durant la première étape, le diagnostic médical est considéré, ainsi que la lourdeur et le retentissement sur la vie quotidienne du traitement en rapport avec ce diagnostic,
- dans un deuxième temps, il est procédé à une estimation des conséquences que peut, ou a pu, avoir la maladie sur l'organisme en termes de déficiences,

- à la quatrième étape, l'appréciation des limitations ou des interdits apportés à l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe, et des facteurs socioculturels permet d'estimer l'importance du désavantage social.

Ce barème indicatif, laisse une assez grande liberté d'appréciation à l'expert dans la détermination du taux d'incapacité. L'expert est, en outre, amené à apprécier si l'état du demandeur est compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée, élément relatif dans un département tel que le Pas-de-Calais où le taux de chômage avoisine presque les 20%. Cette difficulté est d'autant plus grande qu'il s'agit plus souvent de personnes n'ayant jamais travaillé (12).

L'appréciation du taux d'invalidité se fait donc en fonction non seulement du diagnostic médical, mais aussi en tenant compte, de manière plus globale, des déficiences, des incapacités et du désavantage social.

Néanmoins, les textes réglementaires laissent parfois perplexes. Ainsi les prestations proposées des Foyers à Double Tarification (F.D.T.) sont identiques à celles proposées en Maison d'Accueil Spécialisé. Actuellement la différence essentielle se situe au niveau de la prise en charge financière qui est double (sanitaire et sociale) comme son nom l'indique dans le foyer à double tarification (11).

L'expert, d'une façon générale, est celui qui, au nom d'une compétence acquise reconnue, est celui qui fait un choix parmi les possibles. Et procéder à une expertise n'est pas seulement faire un

diagnostic nosographique ni faire un bilan d'autonomie. Il s'agit d'un acte complexe qui s'inscrit dans une dynamique d'évaluation, d'assistance et de contenance.

Pour Louis Toupin, la compétence (13) est un « *savoir agir* », doublé d'un « *pouvoir agir* ». Il s'agit d'un processus dynamique qui valorise l'adaptabilité du soignant aux possibilités offertes. En d'autres termes, la compétence en tant que technique est un mode dominé par le « *pouvoir agir* » qui fait appel au provisoire et à la singularité et qui doit, constamment, justifier son existence. Cela étant, force est de reconnaître que l'expertise, avec une zone d'imprécision et son flou dans le domaine du droit, demeure exposée à l'arbitraire du fait que :

- la psychiatrie est en pleine mutation et le psychiatre en formation reçoit un enseignement qui le prépare mal à l'exercice réel de la discipline (8),
- la question du diagnostic n'est pas aussi lisible qu'il n'y paraît. Les représentations différentes que les praticiens ont du diagnostic montre que celui-ci est toujours lié à des modèles théoriques voire à des systèmes de croyance,
- les responsabilités du psychiatre sont devenues si lourdes, si complexes que les psychiatres agréés sont tentés de les fuir au nom de la difficulté de fixer les limites.
- s'affirme la lente montée d'une société contentieuse selon l'expression de Denis Kessler.

En pratique d'expertise psychiatrique de personnes en appel de décisions de la COTOREP, un point paraît plus spécifique, à savoir l'évaluation de l'autonomie et de la dépendance (9). Le champ est ouvert à la confusion entre dépendance (incapacité selon la définition biomédicale) et perte d'autonomie (droit à choisir son mode de vie). Il ne nous semble pas superflu de revenir sur les définitions des termes *autonomie* et *dépendance* qui sont loin de faire l'objet d'un consensus et recourent, dans les faits, plusieurs réalités. La notion d'autonomie est d'origine sociale et politique, du grec *autos* : soi-même et *nomos* : lois. Elle désigne la capacité, la liberté et le droit d'établir ses propres lois, la capacité de se gouverner soi-même qu'il s'agisse d'un peuple, d'un Etat ou d'un individu.

Les disciplines actuelles des sciences sociales humaines donnent, de l'autonomie, une approche différenciée : la cybernétique, la théorie des systèmes et la notion de complexité ont enrichi ce concept « *flou* », mais en le cadrant d'emblée dans son contexte obligé, l'environnement biologique, culturel, social et économique.

L'autonomie n'est pas le contraire de la dépendance et ne signifie pas la suppression de toute dépendance, puisqu'à l'intérieur d'un système, on ne peut être autonome que par et à travers des dépendances.

Dès qu'il est question de mieux cerner la dépendance de la personne handicapée et / ou âgée, les réponses en termes « *de recours* », de besoin d'aide humaine ou technique pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, traduisent le déficit, la réduction de capacités et s'inscrivent en négatif. Le terme *dépendance* qualifie donc un besoin d'aide subjectif et non un état physique objectif, qui correspondrait selon la classification des handicaps de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) à la notion d'Incapacité. La dépendance n'est donc pas l'inverse

Répartition d'expertises selon les années

	2000	2001	2002	2003	Total
Nombre d'expertises	17	10	31	27	85

Dans la majorité des cas, il ne s'agit pas d'une première demande auprès de la COTOREP.

Répartition selon 1ère ou renouvellement de demande

	2000	2001	2002	2003	Total
Première demande	9	7	14	6	36
Renouvellement	8	3	17	21	49
TOTAL	17	10	31	27	85

Rappelons que près de la moitié (45%) des premières demandes d'Allocations aux Adultes Handicapés est refusée par les Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP), selon une enquête de la D.R.E.E.S. qui a été réalisée dans 24 départements auprès de 10 000 demandeurs (7) :

- les refus sont motivés soit pour un taux d'incapacité trop faible, soit parce que l'impossibilité de se procurer un emploi en raison du handicap n'est pas avérée,
- le taux d'acceptation est, en revanche, beaucoup plus élevé pour les renouvellements, avec 90 %.

Au total, 69% des demandes ont été acceptées, dont 42% avec un taux d'incapacité supérieur à 80% et 27% avec un taux compris entre 50 et 79%. 40% des dossiers étaient des premières demandes, 50% des renouvellements et 1% étaient indéterminés.

Dans notre travail la répartition selon le sexe est identique en 2000 et 2001. En 2003 les hommes sont plus représentés. En 2002, c'est l'inverse.

Répartition selon le sexe

	2000	2001	2002	2003	Total
Masculin	8	5	11	16	40
Féminin	9	5	20	11	45
TOTAL	17	10	31	27	85

Au niveau pyramide des âges, les 20-30 ans sont les plus représentés.

	Répartition selon l'âge				
	2000	2001	2002	2003	Total
Plus de 60 ans			1	1	2
50-60 ans	4		10	4	18
40-50 ans	3	2	7	4	16
30-40 ans	5	3	3	8	19
20-30 ans	5	5	10	10	30
TOTAL	17	10	31	27	85

Les célibataires sont sur-représentés.

	Répartition selon la situation de famille				
	2000	2001	2002	2003	Total
Célibataires	9	8	12	19	48
Concubinages		1	6	2	9
Divorcés	2		4	2	8
Mariés	5		6	3	14
Séparés	1		2	1	
Veufs				4	
TOTAL	17	10	31	27	85

La majorité des personnes ne vivent pas seules. Elles vivent, soit avec l'entourage, soit en institution.

	Répartition selon le mode de vie				
	2000	2001	2002	2003	Total
Personnes vivant seules	3	3	9	8	23
Personnes ne vivant pas seules	14	7	2	19	62
TOTAL	17	10	31	27	85

Au niveau activité professionnelle, les personnes sans activité et sans profession sont en très forte majorité.

	Répartition selon l'activité professionnelle				
	2000	2001	2002	2003	Total
Milieu ordinaire	1		1		
Milieu protégé	1	1		2	4
Retraité					
Demandeur d'emploi			4	1	5
Demandeur d'emploi n'ayant jamais travaillé				1	1
Étudiant					
RMI			3	1	4
Femme au foyer					
Sans profession	15	9	23	22	69
Veufs				4	
TOTAL	17	10	31	27	85

Si l'on se réfère à la classification internationale de la CIM X⁽⁵⁾, les retards mentaux sont les plus représentés, bien avant les psychoses et les états névrotiques.

	Répartition selon le diagnostic psychiatrique				
	2000	2001	2002	2003	Total
Affections organiques cérébrales	8	7	10	21	46
Psychoses	3	3	5	1	12
Troubles névrotiques	6		16	5	3
TOTAL	17	10	31	27	85

Parmi les troubles névrotiques, les troubles de l'adaptation et réaction dépressive prolongée sont sur-représentés.

	Troubles de l'adaptation et réaction dépressive prolongée				
	2000	2001	2002	2003	Total
Troubles de l'adaptation et réaction dépressive prolongée	5		15	4	24
Total des troubles névrotiques	6		16	5	27

de handicap : citons par exemple, la personne paraplégique, décidant de se faire conduire au théâtre pour une représentation choisie, à l'heure de son choix. Si son acheminement est organisé, il n'est pas dépendant et dispose de toute son autonomie, limitée dès que le tiers assurant son transport ne peut répondre ou impose un horaire. Plusieurs types de classification permettent d'évaluer la dépendance, chacune correspondant à une instrumentalisation d'un phénomène et est donc par essence arbitraire, aléatoire mais indispensable pour des applications épidémiologiques, statistiques et administratives (attribution de prestations). Parmi ces classifications, citons en deux parmi les plus utilisées : la classification internationale des handicaps et la classification des activités de la vie quotidienne élaborée par Lawton et Brodij en 1969 :

1 - La classification internationale des

handicaps est le fruit des travaux de P. Wood en réponse à la demande de l'O.M.S. de classer les conséquences des maladies chroniques afin de compléter la Classification Internationale des Maladies (CIM). On y distingue la déficience, l'incapacité et le désavantage (handicap).

La déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elle correspond à la déviation par rapport à une norme biomédicale de l'individu. L'incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale, de la capacité d'accomplir certaines fonctions physiques ou mentales, comportementales ou les activités de la vie courante.

Le désavantage ou handicap social pour un individu donné résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle

normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels).

Ce désavantage est limité à la désignation de la résultante sociale des maladies, blessures, malformations et donc au désavantage qu'entraînent celles-ci pour une personne déficiente placée dans une situation donnée.

2 - L'échelle *Instrumentale Activités in Ailey Living* (IADL) ⁽⁷⁾ évalue essentiellement le niveau de dépendance d'un patient à travers l'appréciation des activités de la vie quotidienne. Elle se compose de deux parties :

- une échelle d'autonomie physique, appréciant la capacité à faire sa toilette, s'alimenter, s'habiller, se mouvoir ;
- une échelle estimant les activités instrumentales telles que faire ses courses, utiliser les transports, téléphoner, gérer son budget, préparer ses repas, entretenir sa maison.

La dépendance est, ainsi, explorée à travers cinq rôles fondamentaux :

LIVRES ET REVUES

Les épileptiques ne se cachent plus pour guérir Dialogue à l'usage des pratiquants de l'épilepsie

René Soulayrol

Préface de Joseph Roger

John Libbey Eurotext 22 €

Cet ouvrage n'est pas un livre sur l'épilepsie, mais sur l'épileptique et sa psychopathologie. Un dialogue s'engage entre un pédopsychiatre proche de la retraite et une jeune femme, ancienne épileptique, qu'il avait soignée, quand elle était enfant. Elle lui demande des informations sur « ce qui s'est passé », lui signifiant qu'elle veut avoir des précisions médicales sur les symptômes, les mécanismes et les causes de son épilepsie, mais aussi sur les bouleversements qu'elle a provoqués dans la construction et le fonctionnement de sa personnalité.

La nationalité

Les effets de son acquisition

Supplément au n°2351 des *Actualités Sociales Hebdomadaires* du 19 mars 2004

Cette dernière édition tient compte de la dernière réforme du droit de la nationalité issue de la loi du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers et à la nationalité.

La nationalité française est « l'appartenance juridique et politique d'une personne à la population constitutive d'un Etat ». Les modes d'accès à la nationalité française sont, aujourd'hui, nombreux. Ils combinent la naissance d'un parent français (droit du sang ou *ius sanguinis*), la naissance sur le territoire français (droit du sol ou *ius soli*), la résidence en France, les liens familiaux avec une personne de nationalité française, la volonté individuelle. On distingue la nationalité d'origine, attribuée à la naissance, et la nationalité acquise qui permet à un étranger de devenir français pour l'avenir. La nationalité française peut, également, être réintégrée, dans le cas d'une personne qui a été française, a perdu cette nationalité puis a la possibilité de la recouvrer.

De la reconnaissance

Don, identité et estime de soi

Revue du MAUSS*

Premier semestre 2004 n°23

La Découverte 30 €

Pendant au moins deux siècles, l'essentiel du conflit dans les sociétés modernes aura porté sur les inégalités économiques. Depuis les deux ou trois dernières décennies, au contraire, il s'organise à partir de la question dite de la reconnaissance : qu'il s'agisse du genre, des minorités ethniques, culturelles ou religieuses, de la sexualité, mais aussi

des conflits économiques eux-mêmes. Tout le monde veut d'abord voir reconnue et respectée son identité, individuelle et/ou collective. Sans cette reconnaissance, qui fournit les bases de la dignité et de l'estime de soi, nous ne saurions vivre. Mais identité, respect et reconnaissance peuvent-ils se produire et se distribuer de la même manière que les biens économiques ? Sont-ils même susceptibles d'être distribués de manière égale ? Ces questions sont, aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et en Allemagne, au cœur des débats de la philosophie morale et politique contemporaine, et aussi au cœur des luttes sociales concrètes pour la reconnaissance, évidemment. Ce numéro, qui accueille certains des principaux protagonistes du débat, y fournit une introduction. Mais, au-delà, sont esquissées des reformulations inédites qui proposent, dans le sillage de Hegel, d'Arendt et de Marcel Mauss, de lier étroitement l'interrogation sur la reconnaissance à la question du don agonistique. Le don est, en effet, le moyen par lequel s'opère la reconnaissance de l'autre, à la fois dans son altérité et dans son identité. Etre reconnu, n'est-ce pas être reconnu comme un donateur généreux, que ce soit de son temps, de son énergie, de ses talents ou de son travail ? Et n'est-ce pas, également, à ce titre qu'on est susceptible d'être estimé et de s'estimer soi-même ?

Avec les contributions de M. B. Anspach, S. Au-mercier, G. Berthoud, J.-L. Boilleau, A. Caillé, M. P. di Bella, F. Flahault, N. Fraser, J.T. Godbout, S. Haber, M. Hénaff, A. Honneth, A. Iteanu, J.-P. Lambert, Ch. Lazzeri, L. Maitrier, P.H. Martins, A. Pigliaru, E. Renault, R. Sobel, M. Terestchenko, B. Viard.

* Mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales

Mesurer les événements de vie en psychiatrie

Philip Gorwood

Masson

Il s'agit du rapport de Thérapeutique de l'avant dernier Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Les événements de la vie - le divorce, la perte d'un proche, le chômage, un déménagement, une maladie grave, etc. - peuvent être considérés comme des facteurs déclencheurs ou précipitants, entrant dans la genèse des pathologies psychiatriques, s'inscrivant dans un contexte et s'associant à des facteurs de vulnérabilité diverses. La genèse du lien de causalité entre événements de vie et psychopathologie est complexe à décrire même si des progrès majeurs ont été réalisés au niveau méthodologique (échelles et questionnaires d'évaluation) qui permettent de mieux mesurer leur impact. Le but de cet ouvrage est de sensibiliser à l'approche rigoureuse de leur mesure dans la recherche en psychiatrie : les principaux questionnaires et échelles les plus utilisés y sont comparés (avantages et limites à la fois théoriques et pratiques).

Une attention toute particulière est accordée à la LEDS (Life Events and Difficulties Schedule), considérée comme l'outil le plus performant. Des exemples d'études réalisées en psychiatrie, essentiellement avec la LEDS, sont présentés dans un second temps, concernant l'alcool-dépendance, les troubles de l'humeur (dépression et trouble bipolaire), le syndrome de stress post-traumatique, les troubles anxieux et la schizophrénie.

Sociologie de la prison

Nouvelle édition

Philippe Combessie

Collection Repères

La Découverte

Ce livre propose une synthèse des orientations de recherche des principaux sociologues d'Europe et d'Amérique du Nord qui se sont intéressés à la prison. Une première partie, socio-historique, montre comment la prison s'est imposée en instrument de régulation et de traitement des troubles sociaux.

L'articulation entre les logiques des sanctions et celles de l'enfermement explique son enracinement dans les sociétés modernes et éclaire ses logiques de justification. Après une présentation des lieux d'enfermement, la deuxième partie s'attache aux caractéristiques sociologiques des acteurs de la prison : détenus, mais aussi personnels qui travaillent en milieu carcéral, professionnels ou à titre bénévole.

A partir de ces repères, sont examinées les politiques pénitentiaires et pénales qui intègrent la question carcérale, c'est-à-dire les mises en pratique des théories des sanctions présentées en première partie.

Chronologiquement, les premières investigations sociologiques portant sur les prisons les envisageaient comme des espaces clos, des sociétés autonomes. Deux axes de recherche ont été privilégiés : les adaptations à l'univers carcéral et la prison comme organisation sont présentées dans le cinquième chapitre. Au cours des années 1970 (le tournant est marqué, en France, par les analyses de Michel Foucault), une orientation apparaît : la prison est moins le centre des recherches que l'occasion et l'objet d'une analyse de la société qui la sécrète, l'organise, la tolère. Le cinquième et dernier chapitre intitulé « La prison dans la société » comporte, en seconde partie, une approche de la récidive grâce à laquelle on peut voir comment les travaux sociologiques se croisent, s'opposent ou se complètent pour apprécier le rôle que la société confie à ses prisons. Ces analyses débouchent sur les questions que posent les pratiques carcérales aux sociétés démocratiques. Les exigences éthiques et les limites pragmatiques des projets de réforme pénitentiaire doivent être envisagés dans une perspective de réduction des risques.

LIVRES ET REVUES

Le sens du travail Chronique de la modernisation au guichet

Fabienne Hanique
Erès 25 €

L'auteur a suivi une équipe de guichetiers d'un bureau de poste de la banlieue parisienne. L'enjeu était d'observer, du point de vue des agents, la mise en œuvre de la modernisation. Dans une démarche ethnographique, appuyée à une posture clinique, Fabienne Hanique met au jour le quotidien de cette équipe et les effets de la modernisation. On assiste à une lente décomposition des fonctionnements collectifs et à une transformation du rapport subjectif au travail. Loin de la fameuse « résistance au changement », cet ouvrage montre de l'intérieur la manière dont les agents, pour la plupart fonctionnaires, s'organisent entre eux (collectivement) et en eux (subjectivement) pour répondre aux exigences qui leur sont faites d'évoluer. L'histoire qui se construit est une chronique d'une modernisation ordinaire, emblématique des transformations à l'œuvre dans les entreprises du secteur public. Mais au-delà du clivage public/privé, elle éclaire les questions que tout salarié se pose sur le sens de son activité dès lors que l'univers de son travail se trouve reconfiguré.

Rompre l'isolement et renforcer la solidarité

Alcoologie et addictologie,
Supplément au n°1

Rompre l'isolement et renforcer la solidarité étaient les deux axes des premières Journées nationales des associations d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool organisées en novembre 2002, à Trinité, Martinique. Initiées par l'AMASA, elles ont réuni plus de 200 personnes pendant deux jours. Permettre une rencontre et des échanges entre intervenants associatifs en alcoologie et dans le cadre plus large de l'addictologie, du département, de la Caraïbe et de métropole afin d'enrichir la Pratique quotidienne de chacun était le meilleur moyen de se connaître, et donc de renforcer la solidarité.

Pour la première fois, toutes les associations nationales d'entraide (dix au total) ont partagé leur savoir-faire et leurs réflexions sur les orientations futures.

Construire une éthique en établissements pour personnes âgées

Bernard Laborel, Richard
Vercauteren
Préface de Michel Paquet
Erès 23 €

La complexité des situations rencontrées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées plonge les acteurs du quotidien dans des situations déroutantes, voire déstabilisantes. Faute d'un travail approfondi, mené de façon personnelle et collective, sur les valeurs et les principes guidant les décisions et les comportements, les pratiques perdent de leur sens, allant parfois jusqu'à des dérives, au détriment des résidents comme des professionnels. La recherche éthique ouvre le débat sur des conceptions qui ne sauraient apporter de réponse unique mais qui soulignent les exigences de cohérence nécessaires dans le fonctionnement des établissements. Elle apparaît directement articulée aux thèmes de la mort, de la dignité, de la qualité de vie.

	Affections somatiques associées				
	2000	2001	2002	2003	Total
Autres affections		1	4	3	8
Total affections somatiques	4	5	7	12	28
TOTAL	17	10	31	27	

Répartition selon l'adaptation sociale et les années

	2000							2001							2002							2003								
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7		
Effets des symptômes actuels		3	5	3	6				2	3		2	1				6	8	6	5	2	1			4	6	2	4	4	6
Dépendance	4	7	3	3				4	2	3	1					6	13	5	2	1	1			3	8	3	2	4	6	
Intégration - isolement social	4	7	2	4				4	2	3	1					4	14	6	2	1	1			3	9	2	2	4	6	
Inactivité	4	7	2	4				4	2	3	1					6	13	5	2	1	1			3	10	1	2	4	6	

l'orientation, l'indépendance physique, la mobilité physique, l'intégration sociale et la suffisance économique.

L'approche selon la lecture de Wood (maladie / déficience / incapacité / et désavantage social) s'impose. Le dernier guide barème applicable pour l'attribution de prestations aux personnes handicapées (décret n° 93 - 1213 du 4 novembre 93) en fait référence de façon explicite.

De nombreux auteurs dont J. Ayme (1) reprochent la prépondérance du versant social de l'incapacité à savoir l'aspect physique et instrumental (tâches élémentaires de la vie courante) sur celui de l'affectif. Selon eux, l'approche globalisante de Wood méconnaît l'aspect psychologique : dimension du vécu quotidien, les conséquences pour les familles, etc. Pour F. Chapiro (2), Wood ne les a pas incluses dans sa classification car la commande de l'OMS portait uniquement sur les conséquences de la maladie chez la personne. De plus, les psychiatres consultés à l'époque, se sont récusés en critiquant un travail trop éloigné, à leur goût, de la psychométrie.

Au sens le plus large, suggéré par l'étymologie, la responsabilité est l'obligation de « répondre » de quelque chose devant une autorité. On peut distinguer deux formes de responsabilité suivant la nature devant laquelle nous sommes tenus de répondre :

- ou bien il s'agit d'une responsabilité sociale dans le sens où je suis tenu de répondre devant un tribunal ou une autre autorité,

- ou bien, il s'agit de responsabilité morale : je suis normalement responsable lorsqu'en conscience, je me reconnais l'auteur de mes actes. Dans ce cas, je dois répondre de mes actes en mon for intérieur, c'est-à-dire devant le tribunal intime de ma conscience.

Le concept de responsabilité doit concilier, comme point d'ancrage, les conflits de devoir et notamment l'application « équilibrée » de la réglementation en vigueur. Et l'obtention de résultats n'a de valeur qu'au nom de l'intention. En conséquence, notre action peut, en ce sens, permettre un moindre mal si celui-ci permet d'en épargner un supérieur. Le choix repose sur une évaluation qui tente de trouver le meilleur compromis. Ainsi, il apparaît possible d'échapper à la logique paralysante à appliquer stricto-sensu les règles. Nous parvenons ainsi à nous conformer à l'exigence morale, tout en nous libérant du fantasme de la perfection. Cela étant, ceci ne constitue pas une réponse à la question de savoir si l'adaptation partielle, raisonnable dans un contexte donné ne revient pas à abandonner le point de vue de l'éthique.

La prise en compte des données culturelles vient toujours peser, peu ou prou, sur le travail du médecin expert. De ce fait, dans certaines situations et

sans avoir conscience de faillir à sa mission, le psychiatre expert peut être conduit, plus que d'autres collègues, dans d'autres disciplines, à privilégier le versant culturel d'un acte dans une visée plus respectueuse du sujet dans son groupe social. « Le problème est complexe, car l'attribution de l'A.A.H. va autoriser les malades à une certaine autonomie de vie, mais mettre gravement en cause les effets thérapeutiques destinés à éviter le passage à la chronicité » (Ph. Durand (6)) Dans ces conditions, l'expertise, lorsqu'elle est requise devrait pouvoir replacer la décision dans le nécessaire continuum thérapeutique.

On a pu constater, tout au long de ce travail, que le rôle de l'expert psychiatre dans le cadre d'un contentieux technique de la Sécurité Sociale en appel de la décision de la COTOREP ne consiste pas seulement à donner le diagnostic de l'affection mentale. Il doit, principalement, fixer un taux d'incapacité pour la personne examinée en fonction du guide barème (décret numéro 93-1216 du 4 novembre 1993) lequel s'appuie sur les concepts de l'Organisation Mondiale de la Santé (déficience, incapacité et désavantage).

En pratique, dès que le psychiatre pense sa mission sous différents angles, ce que le bon sens donne pour évident, la part de « l'indécidable » s'accroît. Bref, au bout d'un certain moment, il convient de cesser de réfléchir et de décider tout en gardant, parfois, une certaine perplexité.

Ce hiatus entre les recommandations diverses et leurs applications délicates fragilisent la position du psychiatre expert.

Préalable à toute réflexion pertinente sur le sujet, la grille d'examen psychiatrique s'avère, de l'aveu général, un point aussi épineux qu'irrésolu. A l'origine de cette difficulté, on rencontre un phénomène d'éclatement de la psychiatrie que les partenaires et correspondants des psychiatres ne prennent pas suffisamment en considération. ■

NAILI - DOUAOUDA
Benameyer*

*Psychiatre Praticien Hospitalier, Secteur 94G04, C.H. Les Murets, La Queue en Brié.

Bibliographie

- (1) Ayme J, *La loi d'orientation en faveur des handicapés*, L'information Psychiatrique, 1982, 58, 3, 375-381.
- (2) CHAPIROU F, *Les malades au long cours : gravité ou handicap ?* L'Information Psychiatrique, 1995, 8, 765-772.
- (3) DECRET N°2003 - 614 DU 3 JUILLET 2003 relatif au contentieux de la Sécurité Sociale et modifiant le Code de la Sécurité Sociale.
- (4) DECRET n°93 - 1216 du 4 Novembre 93 relatif au guide barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux

personnes handicapées et modifiant le Code de la famille et de l'aide sociale, le Code de la Sécurité Sociale et le décret n° 77 - 1549 du 31 décembre 1991

(5) DIVISION DE LA SANTE. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. CIM 10 classification des troubles mentaux et du comportements. Genève 1992.

(6) DURAND Ph, *L'expertise psychiatrique dans le système contentieux du régime général de la Sécurité Sociale*, Université Paris VII. Fac. Med. Lariboisière- St Louis, 12.03.1985.

(7) GUELFY J.D. (sous la direction), *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, Edition Médicale Pierre Fabre, 1977, T2, p 477- 486.

(8) LANTERI-LAURA G., *Regard sur la psychiatrie contemporaine. Esquisse d'une rétros-*

pective, Raison Présente, n° 144, 4ème trimestre 2002, pages 21-36

(9) LEYRIE J, *Le dommage psychiatrique en droit commun*, Masson, Paris 1994.

(10) LOI n° 75- 534 du 30 Juin 1975 relative à l'orientation en faveur des personnes handicapées

(11) MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI, *Guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé dans le domaine de la santé mentale*, janvier 2001.

(12) MOLCZADZKI M., *L'allocation aux adultes handicapés en psychiatrie. Exemple de procédure d'attribution. Réflexions*, Synapse, 1985, N° 14, 86 - 91

(13) TOUPIN L., *Les facettes de la compétence*, Science Humaine Hors série 24/1999 pages 44-49.

Dans la majorité des cas :

- les symptômes sont modérés mais handicapent certains domaines spécifiques de la vie courante,

- la dépendance est régulière à l'égard du personnel, des parents ou d'amis,

- la participation est limitée à des contacts peu fréquents,

- l'activité est diminuée.

Répartition totale selon l'adaptation sociale

	1	2	3	4	5	6	7
Effets des symptômes actuels	15	22	13	17	7	7	
Dépendance	17	28	13	10	8	7	
Intégration - isolement social	15	30	12	11	8	7	
Inactivité	17	30	10	11	6	7	

Quel est l'objet du litige ? Dans la majorité des cas, il s'agit de l'attribution de l'A.A.H. et, pour 50 % des cas, l'attribution nous a paru justifiée. Par ailleurs, le nombre élevé concernant la réorientation en foyer double tarification, par rapport aux foyers occupationnels, s'explique par la distinction difficile entre les deux structures.

Répartition selon la demande et les conclusions de l'expertise psychiatrique selon les normes

	C.I.	A.C.T.	C.A.T.	Foyer	M.A.S.	F.D.T.
2000						
Nbre de demandes	8	4	1	4	1	
Justifiée	4	3		3		
Non justifiée	4	1	1	1	1	
2001						
Nbre de demandes	4	3	2	1	1	
Justifiée	2		1	1	1	
Non justifiée	2	3	1			
2002						
Nbre de demandes	17	10	2	2		1
Justifiée	9	1	2	2		1
Non justifiée	8	9				
2003						
Nbre de demandes	11	4	1	1		10
Justifiée	5	1				5
Non justifiée	6	3	1	1		5

Répartition totale selon la demande et les conclusions de l'expertise psychiatrique

	C.I.	A.C.T.	C.A.T.	Foyer	M.A.S.	F.D.T.
Nbre de demandes	40	21	6	8	2	10
Justifiée	20	5	1	4	1	5
Non justifiée	20	16	5	4	1	5

A.A.H. : Allocation aux Adultes Handicapés

C.I. : Carte d'Invalidité

A.C.T. : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

C.A.T. : Centre d'Aide par le Travail

Foyer : Foyer Occupationnel

M.A.S. : Maison d'Accueil Spécialisé

F.D.T. : Foyer à Double Tarification

Les affres de l'expérience esthétique

Chroniques Harpocratiques n°XVIII

« Hors de son alvéole de désir et de cruauté, l'œuvre se réfléchit (...) ».

René Char

Le rapport entretenu avec l'esthétique est pour chacun de l'ordre de l'intime. Un espace de transitions, plein de silences doux et graves où le sérieux des émotions et l'ambiguïté des représentations se cherchent. L'art se prête au jeu, par essence. Le vif du vivant et tous ces mystères sont un gage de liberté et une promesse d'avenir. L'expérience esthétique comporte aussi ses zones d'ombres, ses affres. Entre le renoncement pulsionnel et une secrète affirmation de ses dérivations toujours possible. Entre l'angoisse et le plaisir, les processus primaires et leurs secondarisations. Raison de plus pour ne pas céder sur son désir, de s'essayer à en dire quelque chose, plutôt que rien. Chaque nouvelle expérience esthétique nous rapproche et nous éloigne, en même temps, du mystère de la vie et des limbes de la parole. Le savoir a peu d'importance, même s'il demeure une nécessité. D'ailleurs, tout a déjà été exprimé par les artistes, et mille fois plutôt qu'une.

Débordant de mouvements psychiques divers et contradictoires, il nous est difficile de rester critique. Ainsi, n'oubliant que peu de choses, il nous est difficile de nous souvenir. De même que toute activité risque d'éloigner des sentiments, des sensations... Les mêmes interrogations, toujours, autrement... Quel que soit le sujet, les poètes l'ont depuis longtemps abordé (Winnicott paraphrasant Freud). Freud s'inspire de Sophocle, de Goethe et de Shakespeare, et non l'in-

verse. Toute expérience esthétique « significative » est une rencontre troublante, véritable danse de l'étonnement et des forces de répétition. Une double confrontation forcément imparfaite du désir, du manque et de la part de réalité qui entoure l'art de son aura. Quelque soit l'angle de vision, l'esthétique demeure donc ce sujet voilé où regards et résonances ne cessent de se croiser, de s'éviter, de se chercher, d'entrer en collision ou en symbiose. Autant de traces infimes, inaltérables, invisibles, inexprimables... Traces de quoi ? Un univers singulier et commun où le vif de la chose menace de perdre la trace des premiers balbutiements, des premières tentatives de se représenter l'irreprésentable, aux sources de l'inconscient et des processus civilisateurs. Une renaissance intemporelle ? Quelques soient les larmes ou les rires étouffés, le monde est recréé à chaque instant, sous une forme ou sous une autre, dans un espace d'entre-deux. Images et réalités tantôt terribles, tantôt joyeuses, tour à tour angoissantes et apaisantes, sans que l'on ne sache vraiment de quoi il retourne... Ce que nous voyons, c'est ce qui nous regarde. Ce que nous croyons écouter, ce sont ces mélodies intérieures étrangement familières qui nous animent à notre insu : « L'homme s'est dégagé de la bête dans un effroyable silence » (Elie Faure)... Cruelle réalité des univers de l'imaginaire ? Van Gogh prophétise que « la tristesse durera toujours »... Les mythes fondamentaux de la créativité en témoignent avec insistance (Icare, Prométhée, Orphée, Marsyas). Qui dira où se terre l'essentiel ? L'art signe du fait de la dualité de ses mythes, l'espoir d'un espoir, malgré le désespoir, entre la

fièvre dyonisiaque et l'harmonie apollinienne. De même que la névrose s'auto-engendre à travers ses illusions, hors du temps. Mythe ou réalité ? Des affres ou des plaisirs ? Tout effort d'objectivation pourrait rester lettre morte. Peu importe. Il faut travailler. Il faut vivre (Tchekhov)... Continuer à déambuler frénétiquement à travers les couloirs de nos musées imaginaires respectifs, là où valsent les œuvres aimées et les autres, les goûts et les couleurs, les sensibilités, les susceptibilités... Aux sources du souvenir et de l'oubli, de la nostalgie et des réminiscences, de l'incertitude et de la fugitivité, d'un silence intemporel et d'un langage en perpétuelle révolution.

L'expérience esthétique nous projette sens dessus dessous à « l'horizon de la présence de ce tout » (Yves Bonnefoy) sublime illusion recréée hors du temps. Un étrange arrière-pays. Un « univers des formes » (Elie Faure) en archéologue de l'humanité chez l'humain. Depuis l'art funéraire des premières cultures préhistoriques jusqu'aux discordances de l'histoire contemporaine de l'art... Stupéfiante mais provisoire victoire sur le temps (et la mort ?), au-delà même du dialogue avec l'absent(s), les œuvres d'art répondent en écho au vide qui agite nos existences éphémères et l'inconsistance de nos discours, à distance des prodiges apparemment projetés par les peintres de Lascaux ou par Picasso sur leurs parois, sur leurs écrans respectifs. Le même rêve, à chaque fois un autre, pris dans les reflets trompeurs de nos images mentales et des mirages d'une réalité bien incertaine... Autant « d'objets affolants » (Jacques Lacan) d'un vivant vif qui va du divertissement à l'amplification poétique des premiers sentiments. Des chagrins et des éclats de rire de l'enfance, de la part infantile que toute poésie sublime à travers l'angoisse, le plaisir, les multiples contraintes du fonctionnement psychique. « Quel génie ne sauve ses enfances ? » (Baudelaire)... La divine comédie de nos paradis perdus tient aussi dans ce qui nous échappe de ce que nous pourrions dire, faire, voir, entendre, à propos des espaces transitionnels de la créativité artistique. Une virtualité ? Une archéologie des émotions et des impressions. La nôtre ? A chaque fois une autre.

Ainsi, en va-t-il de la sublimation comme de la transgression. Du désir et de la cruauté. De la plénitude au manque et du silence au vacarme. La douleur, comme la joie, durent toujours. Le temps que ça dure... Ce que l'apprenti critique d'art ne manque pas de repérer dans ce qui le motive, s'inspirant à distance plus ou moins respectable d'une créativité de l'art destinée, de surcroît, à vaincre le temps. Comme il y a l'horizon des premiers regards, des premières voix, des premiers griboillages, des premiers sons, l'amateur d'art se joue de ses souvenirs esthétiques. Entre autres sujets de jeu. L'enfance des arts... Autant de visions holographiques et de sensations disposées dans l'ordre apparent d'une vitrine intérieure, la collection à la fois vivante et lissée par les années de ses sentiments et de ses rencontres esthétiques. Une bien étrange collection. Un kaléidoscope vibrant d'énergie qui nous fait douter de l'existence même des choses tout en la manifestant. Un ensemble d'objets intemporels qui nous interroge : les moments esthétiques ont-ils un sens et, si oui, lequel ? Et pourtant ça fonctionne. L'art tourne sur lui-même depuis des millénaires... Peut-être un des plus éclatants prodiges de l'humanité en chacun. Le jeu n'en vaut-il pas la chandelle ? « Ont-ils oublié les terribles passions qui les torturaient lorsqu'ils étaient enfants ? -Moi pas ». (Egon Schiele). Pas de tragédie, naturellement, sans divertissement. Pas d'éclat de rire sans quelque profondeur masquée. Pas de beauté sans lutte des forces souterraines (évidemment, le Beau n'est pas joli)... Les œuvres d'art

Artaud Œuvres

Edition établie, présentée et annotée par Evelyne Grossman
Quarto
Gallimard, 35 €

Dans les années 60, à la faveur de la publication, à San Francisco, d'une anthologie tronquée des textes d'Artaud, s'imposa aux Etats-Unis l'image d'un drogué, adepte de tous les délires, chantre des paradis artificiels et de la libération sociale. Promu prophète de la Beat Generation, Artaud traversa ainsi la révolution hippie et le popart. A la même époque en Europe, la lutte contre l'enfermement asilaire menée par le mouvement antipsychiatrique britannique, leur hypothèse d'une genèse familiale et sociale de la schizophrénie relayée par les théories de Michel Foucault ou de Gilles Deleuze sur la folie, suscitèrent toute une série de lectures militantes des textes d'Artaud « *le Momo* », le « *schizo* », le « *suicidé de la société* ». On brandit, à l'époque, les textes les plus violemment inspirés d'Artaud condamnant la médecine et les psychiatres, stigmatisant dans l'institution asilaire le bras armé d'une société prompt à défendre par la force la « *santé d'un monde d'avachis* » : il devint l'étendard de toutes les luttes contre la normalisation sociale en marche.

Incontestablement, l'expérience à laquelle est confronté tout lecteur d'Artaud est celle d'un bouleversement de ses repères subjectifs : il lui faut non seulement lire et lier mais aussi délier et délirer (au sens où André Green parle de « *déliation* »). Ainsi l'exige la traversée de la pratique protéiforme de l'écriture chez Artaud : théâtre, poésie, dessin, traductions, textes critiques et politiques, langues imaginaires...

L'histoire de l'œuvre s'est compliquée en raison du rôle qu'y a joué l'institution psychiatrique. Il faut rappeler que, de son internement en octobre 1937 à sa sortie définitive de l'hôpital de Rodez en mai 1946, Antonin Artaud aura passé neuf ans dans divers asiles d'aliénés, à une époque où les conditions de vie, ou de survie des malades y étaient particuliè-

rement dramatiques. A l'exception d'une lettre que l'on trouvera ici, rien ne nous est parvenu de la première période de son internement, soit qu'il n'ait rien écrit, soit que toute trace en ait été perdue. Il faut attendre son transfert à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard en février 1939, pour que de nombreuses lettres de lui commencent à parvenir à l'extérieur ou soient conservées par les médecins. On s'accorde, aujourd'hui, à reconnaître que son départ de Ville-Evrard pour l'asile de Rodez en 1943 a, sans doute, sauvé Artaud de l'enlèvement définitif dans la vie asilaire.

Cette édition n'entend pas rivaliser avec l'ampleur et la richesse des *Œuvres complètes*. Il s'agit plutôt de proposer, pour la première fois, une vue d'ensemble de l'œuvre d'Antonin Artaud, depuis ses premiers écrits de jeunesse jusqu'aux derniers textes de 1948, afin d'en montrer, à la fois, la logique profonde mais aussi la constante diversité. Plutôt que répartis en plusieurs pôles thématiques (poèmes, cinéma, théâtre) comme dans les premiers tomes des *Œuvres complètes*, les textes sont ici rétablis dans leur chronologie afin de faire percevoir la multiplicité simultanée des champs d'intérêt du premier Artaud, refusant de choisir entre théâtre, cinéma et littérature, menant de front un nombre impressionnant d'activités avec une avidité et une force vitale étonnantes en dépit de ses angoisses et de ses souffrances. Les nombreuses lettres qu'on pourra lire et qui sont, pour la plupart, des textes poétiques à part entière, dont certains inédits ont également été remis à leur place dans la chronologie. Il en résulte une vision singulièrement modifiée et enrichie d'Antonin Artaud, à la fois dans ses activités d'écrivain, de comédien, d'homme de théâtre, de critique, mais aussi dans sa vie personnelle. Apparaît ainsi en pleine lumière la violence des forces contraires qui le déchirèrent toute sa vie : d'un côté une rare énergie vitale et passionnelle, de l'autre une souffrance physique et psychique écrasante.

inoubliables sont souvent bizarres, complexes, sauvages, terribles. A chacun selon sa sensibilité. Vraiment. Quant au risque d'y laisser des plumes... Quitte à se couper les ailes, à se faire manger le foie par un aigle, à devenir fou à Florence ou en Inde, à demeurer indifférent ou à virer iconoclaste, voire (pire) : cynique. Pas évident, toutefois, d'explorer cet arrière pays inexplorable des émotions artistiques, au cœur du silence de la contemplation comme dans le vacarme des couloirs d'un musée, en face à face comme dans une foule, dans le désert ou l'océan, par le passé comme dans l'avenir. La souffrance ? Une donnée incontournable. L'angoisse ? La condition même de tout. La solitude ? Une sourde nécessité. Comme l'aube qui suit la nuit et la lumière prenant sa source dans l'obscurité de tout. Souvenons-nous de l'esprit de Stendhal qui craque brutalement au sortir de *Santa Croce*, après avoir vu les fresques tant attendues du Volterrano, à Florence. Sachons observer, à juste distance, les sourires d'enfants lorsqu'on leur raconte une histoire, ou mieux encore, lorsqu'ils l'inventent... « *C'est tellement beau qu'on en reste muet* » ! « *The rest is silence* » (Hamlet) ? Peut-être. Mais pas seulement Pleurer, rire, dormir, rêver, sentir, vivre... Le reste ? Du verbiage aussi... Que suis-je, d'ailleurs, en train de faire sinon parler pour ne rien dire ? Mais quand même... D'ailleurs ? Il reste ce mouvement de nos rêves, humain, trop humain : « *Ce qu'il faut capter, c'est bien ce qui est entre le sujet et nous* »

(Monet)... « *A l'attaque !* » (Céline) ? Une pensée en déplacements vibratiles, le plus loin possible de « *ces paroles creuses et soufflantes* » (Freud) qui envahissent l'énigme des beautés de l'art au moment de les commenter, de les analyser... Ces « *paroles creuses* » supposées faire l'économie d'une rencontre incertaine et dérangeante avec les enjeux et les luttes titanesques et les forces souterraines de l'esthétique. Cette vacuité prétentieuse, la nôtre, résiste, et pour cause, aux énergies que l'univers des formes, tentant à grand peine de s'extraire du chaos qui l'a vu naître, manifeste avec tant d'éclat pour des millions d'années.

Ainsi, sommes-nous tous des « *Verdurin* » (Proust, « *le plus sérieux rival de Freud* » (André Green)), chacun dans un style qu'il feint de croire au-dessus de la mêlée, errant sans repère dans les couloirs mystérieux d'un musée imaginaire à la fois silencieux et obscur. Sommes-nous en mesure de saisir quelque chose, presque rien, en clair-obscur, à mi-voix. Ce serait déjà un signe encourageant, comme l'image d'une oasis dans le désert ou d'une plage pour le naufragé. Un mirage de plus ? « *N'est-ce pas encore plus beau quand c'est impossible* » (Cyrano de Bergerac) ? De sorte que l'expérience esthétique se donne « *toujours en train de se faire* », de se défaire, de se dérouler et de s'enrouler sur elle-même. Littéralement impossible à appréhender. Une manière hypnoïde de flirter avec l'inconnu, avec les peurs et les fantasmés originaires qui poussaient déjà

SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS
Institut de psychanalyse de Paris

LA PSYCHANALYSE DE L'ENFANT

Conférences du mercredi

"Régressions et dépendances"

- 13 octobre 2004**
Entre régression et repli : à propos des tensions entre narcissisme et pulsions chez l'enfant
Michel Ody
- 24 novembre 2004**
Régression et dépendance à partir de Winnicott
Denys Ribas
- 8 décembre 2004**
La source et le puits sans fond
Diran Donabédian
- 12 janvier 2005**
Dépendance interne et régression hallucinatoire
Christian Gérard
- 9 mars 2005**
L'incapacité d'être seul
Annette Fréjaville
- 13 avril 2005**
Moments dépressifs et dépendance pendant l'adolescence
Michel Vincent
- 15 juin 2005**
Agir, partir pour ne pas se séparer. Les avatars de la régression adolescente
Elsa Schmid-Kitsikis

LIEU DES CONFÉRENCES : UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES
Un mercredi par mois à 21h15. Conférences ouvertes à tout public - 12 rue de l'École de Médecine 75006 Paris

Renseignements : Société Psychanalytique de Paris, 187 rue Saint-Jacques, 75005 Paris. Tél. 01 43 29 66 70 lundi-mercredi de 13h à 17h. E-mail : spp@spp.asso.fr. Site internet : www.spp.asso.fr. Incriptions : secrétariat de la Société Psychanalytique de Paris uniquement pour le cycle complet ou sur place, le soir de la conférence pour les conférences à l'unité ou le cycle complet. Cycle complet des conférences du mercredi : 90 € (60 € pour les étudiants - joindre copie carte), à l'unité : 15 € (10 € pour les étudiants sur présentation de la carte). AUCUNE INSCRIPTION N'EST PRISE PAR L'UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES.

LIVRES

Anthologie du rire

S. Tribolet, G. Mabillet
Editions de Santé 18€

Etude à la fois littéraire et philosophique du rire, cet ouvrage aborde la question du rire par de nombreuses portes : historique (le rire chez les Grecs, chez les Romains...); philosophique et religieuse (le rire dans les textes bibliques, dans l'Eglise, chez les humanistes de la Renaissance, chez Kant ou chez Bergson...); catégorielle (le rire ironique, sarcastique, cynique, le ridicule...). La place du rire dans la littérature tient également, comme il se doit, une place importante. A chaque fois, un parti pris de concision, une écriture rythmée, allègent le propos : l'étude savante se lit avec un réel plaisir, les exemples et les aphorismes abondent. Un livre très original, et de surcroît dans une édition de grande qualité (la collection « Humanités » des Editions de Santé).

C. Spadone

La société amoureuse

Notes sur Fourier pour une révision de l'éthique amoureuse et sexuelle

Arrigo Colombo
Traduction de Marie-Josèphe Beauchard
L'Harmattan 20 €

L'éthique amoureuse et sexuelle de la société occidentale est une éthique répressive liée au pouvoir ecclésiastique, dans l'Eglise catholique en particulier. Ce n'est pas vraiment une éthique « chrétienne », dans la mesure où elle ne provient pas de l'annonce évangélique, mais d'une racine stoïcienne et gnostico-manichéenne. C'est là, pourtant, que l'Occident a grandi : l'éthique puritaine et l'éthique victorienne en dérivent. Une proposition libératoire en ce domaine est contenue dans une œuvre de Fourier, *Le nouveau monde amoureux*, qui a été publiée seulement en 1967, et a rejoint une certaine résonance dans les années de la « révolution sexuelle » et du féminisme, qui ont accompli de grands pas pour la libération des liens de cette éthique.

La timidité

Comment la surmonter

Gérard Macqueron et Stéphane Roy
Editions Odile Jacob 21,90€

Tiré de la collection « Guide pour s'aider soi-même » cet ouvrage sur l'anxiété sociale s'adapte aux préoccupations de chacun. Son abord, accessible et agréable, associé à de nombreuses vignettes cliniques le destine au grand public. Ainsi, ce manuel se propose d'apprendre, selon les principes des thérapies comportementales et cognitives, à faire face au regard d'autrui dans différents contextes quotidiens. Dans un premier temps, sont présentés la timidité et ses divers moyens d'expression (psychologiques, comportementaux, physiques), ainsi que les différentes racines de cet état d'être : biologiques, psychologiques, environnementales. S'ensuit une seconde étape, plus pratique, débutant par une évaluation de la timidité. Le lecteur est alors accompagné dans l'identification des différentes situations et émotions posant problèmes. Sont ensuite proposées différentes techniques visant à modifier les comportements et pensées, à améliorer les capacités de communication. Enfin, les auteurs donnent quelques clés pour maintenir et accroître encore les progrès. Respectant jusqu'à son terme sa volonté d'accompagnement, le manuel s'achève par des adresses professionnelles et associatives.

Vanessa Giocanti

Prix Jean Trémolières 2003

Le Prix Jean Trémolières 2003, décerné par l'APRID (Association des Praticiens pour l'Information en Nutrition et Diététique) a été attribué à

Madame Sylvie SANCHEZ

Chercheur associé au CETAH (Centre d'Etudes Transdisciplinaires de Sociologie, Anthropologie et Histoire), Paris

Pour sa thèse de Doctorat de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales en Anthropologie sociale, intitulée :

UNE SÉDUCTION TRANSCULTURELLE : LA PIZZA

Polymorphisme, appropriation et identité dans l'alimentation

les artistes du néolithique à marquer leur passage sur la pierre des grottes rupestres. Afin de témoigner dans la douleur et dans l'angoisse de leur univers débordant de croyances, d'une présence qui apporterait un sens à la peur comme au désir, à l'horreur et aux joies simples, à l'absurdité de la vie et à sa beauté. Un clin d'œil au destin nécessaire ? Une créativité qui s'affirme comme acte de résistance et nécessité de ne pas trop céder aux chants des sirènes... A l'exemple des créateurs que nous prétendons aimer en « admirant » leurs œuvres. Devendrions-nous meilleurs dans l'ombre des œuvres admirées ? Fantôme surprenant. Certains ont même été jusqu'à imaginer que nous pourrions mourir meilleurs, sous l'aile protectrice des beaux arts... Impossible d'y croire ? Sans doute. Le labyrinthe des contradictions inhérentes aux objets culturels est sans fin, depuis ses origines religieuses jusqu'à la mort de Dieu. Le sourire des tortionnaires Khmers rouges ne répond-il pas de manière inquiétante à celui des bouddhas d'Anghkor ? Pour le meilleur et pour le pire... D'où le « malaise » (Freud)... Les mécènes et les commanditaires des temps anciens admiraient autant les œuvres dont ils jouissaient fièrement qu'ils goûtaient sans mesure les atrocités commises en leurs noms. Bizarre, décidément ?

A trop y croire, en somme, on pourrait être déçu par les promesses de l'art... N'y songez même pas ! Sigmund Freud, grand amateur d'art, collectionneur d'antiquités et créateur de génie, s'autorise courageusement à émettre quelques idées sur le sujet, avec une vraie fausse modestie... Retournons-y... Des années auparavant, Francisco Goya remarquait en annonçant les plus belles pages de Freud sur la question « qu'en chaque homme cohabitent un moine et un bourreau ». Dont acte. C'est la danse intemporelle, tragique et festive, d'Eros et de Thanatos. Le conflit intemporel entre les processus civilisateurs et les pulsions primaires, en chacun de nous, aux sources de chaque créativité et des sublimations esthétiques. Freud rejoint Nietzsche sur ce point aussi. Il y a encore Rainer Maria Rilke présenté à Freud par Lou : « Le Beau n'est rien que le premier degré du terrible... A peine le supportons-nous et, si nous l'admirons ainsi, c'est qu'il néglige de nous détruire » (Rilke). Souvenons-nous du poème de Ronsard où deux vieillards s'extasiaient devant la beauté d'Hélène, de loin, en bas des remparts de Troie : « Ne nous étonnons pas si pour de telles beautés nous souffrons tant de peine... Notre mal ne vaut pas un seul de ses regards »... Extraordinaire métaphore de l'activité poétique, de la sublimation des pulsions intriquées, des paradoxes de la contemplation méditative, des luttes internes et des combats perdus... La nature et la culture. Eros et Thanatos. Apollon et Dionysos. Le vide et l'harmonie étrangement mêlés. Le vacarme des horreurs de la guerre et les silences du Beau, à jamais indissociables, depuis l'enfance de l'art et les premiers objets sculptés dans l'os. « Ne nous étonnons pas dès lors, si pour de telles beautés

nous souffrons tant de peine... »... Tel l'enfant que Freud observe en train de jouer avec sa bobine (le for-da), et qui tente de donner sens à l'absence et à la terreur par une symbolisation parlante, comme aux origines de tout langage. Combien ont coûté de souffrances et d'angoisses, de doutes et d'épuisements la genèse d'une œuvre d'art dont nous admirons tranquillement les charmes et les promesses ? A quoi avons-nous renoncé en apprenant à parler ? Qu'avons-nous conjointement découvert ? « Ma torture à écrire, c'est atroce ! », confie pourtant Flaubert et tant d'autres... Ce à quoi Ronsard répond justement : ces affres ne « valent pas un seul des regards du mystère de la beauté qu'il produit ». Il ne s'agit pas seulement de rejouer à travers l'activité créatrice et le plaisir esthétique quelques voluptés enfouies ; mais de transfigurer notre solitude dans la rencontre riche en prolongements avec l'œuvre, dans l'expérience d'une rencontre avec l'autre. L'œuvre d'art et son génie créateur telle qu'elle a vu le jour, s'engendrant elle-même, survivant par elle-même à la solitude et aux affres de son créateur. Telle que « l'éternité la change » (Mallarmé)... « Je souffre, mais j'y consens, dans la peur de ne pas mourir tout à fait », propose le visionnaire Antonin Artaud. Voilà qui est dit et sera accompli. Les créateurs métamorphosent en terrain de jeu la traversée du pire, ce « pire désert » de la condition humaine, là où justement, parfois pour notre plus grand plaisir, la sécurité de l'esprit et la névrose quotidienne découvrent quelque chose plutôt que rien... Pour un moment seulement, hors du champ de la répétition. La peinture de Van Gogh témoigne ainsi du fait que sa « prunelle » (Artaud) étant toujours sur le point de « verser dans le vide », un espoir est permis. Le seul maître absolu que se reconnaissait Van Gogh, Rembrandt, sublime lui aussi devant nos yeux ébahis les intentions magiques de l'art anciennement sacré. La sublimation en train de se faire de fait d'exister. A partir de cet « antique désordre originel » (Hölderlin) où nos peurs à venir et nos chagrins d'enfant se perdraient dans l'écho des œuvres admirées. Stupéfiante résolution qui donne l'impression de colmater les brèches et de compenser le néant, mais aussi de retrouver le temps perdu, de se réconcilier même un instant fugitif avec la vie. Une expérience décidément étrangement familière, au cœur d'un réel qui ne serait plus que jouissance en train de se faire, à mi-chemin du renoncement et du désir, entre le manque dévoilé jusque dans le corps et une improbable complétude narcissique, entre le fantasme d'immortalité et la valeur si précieuse de l'éphémère. L'artiste talentueux est peut-être celui qui offre sa contribution à « l'édifice immense » (Proust) du souvenir. Une vision partagée qui rêverait de rendre au monde le visage de sa présence... « Avec Rembrandt, ce que submerge la nuit prolonge dans l'invisible ce qui plonge dans la lumière » (Elie Faure). A partir de là, pourquoi avoir peur ? Karamazov suggère que la beauté est atroce car elle est indéfinissable...

C'est juste. Mais le contraire ne l'est pas moins. Et si l'expérience esthétique se situe à la croisée des chemins du symbolique et de l'imaginaire, là où surgit un excès de réel, là où quelque « chose » (Lacan) se précipite, le jeu en vaut peut-être la chandelle... Les beautés de l'art nous projettent, nous plongeant aux limites de l'indéfinissable, aux frontières de l'inexprimable, aux confins de l'irreprésentable. C'est pourquoi le Beau tend à être « terrible »... Le tragique de l'existence et l'espoir d'une joie indicible. De réminiscences en anticipations plus ou moins affreuses, plus ou moins belles. Dans la clarté de l'ombre du vivant. En même temps, l'absence et la présence que l'œuvre cache et figure, dans ses contenus comme dans ce qu'elle transfigure. Un tremblement de l'être jusque dans le plaisir de s'en sortir, pour un temps, en un lieu restant imaginaire... Une joie, mais aussi une souffrance, en secret, en double, de part et d'autre. D'où les innombrables manières de vivre une expérience esthétique, entre censure et pénitence, révolution de palais et cataclysme historique, petit plaisir et mirage d'extase. Certains n'en finissent pas de parler, de rationaliser, se perdant dans leur propre verbiage. D'autres imaginent garder un silence respectueux, plein de pudeur mais aussi d'une obséquiosité non dénuée d'ambivalence. Chacun de nous oscille entre ces grandes lignes croisées, à sa façon. Les enjeux fondamentaux, les paradoxes et les mystères de l'art demeurent des sujets tabou. Certains dévots imaginent-ils pouvoir imposer un silence respectueux à la sorcière métapsychologique ? Nul n'est à l'abri de tels dérives si compréhensibles... Bien pris qui croyait prendre... Une certaine psychanalyse appliquée ou la sauvagerie de certaines psychobiographies d'artistes offrent d'ailleurs un spectacle tout aussi défendu. Mais encore une fois, à chacun sa liberté. S'il y a bien un champ

civilisateur où tout est permis... Difficile de sortir du cercle des Verdun, mais pas impossible. A chacun son chemin, selon sa sensibilité, à travers ce que les œuvres réfléchissent, au sein de « la marmite dans laquelle bout l'agitation dont nous sommes possédés » (Klee).

Le plaisir esthétique surgit peut-être dans l'arrêt momentané de ces résistances légitimes. L'éclair plus ou moins suspendu d'un instant... Comme en écho à ce « déchirement dans la réalité » qui envahit Giacometti devant les Giotto de Padoue, Stendhal à Florence et Proust devant un Vermeer. Une rencontre plus ou moins creuse ou affolante avec cet « paix de l'abîme » chère à la prodigieuse vision critique des « métamorphoses de l'art » d'André Malraux ? La liaison dangereuse et terriblement excitante de la compensation illusoire du malheur et de la prise de conscience que même si « l'épouvante est en nous » (Malraux), il n'est pas interdit de s'en contenter, à défaut de s'en réjouir, voire de s'en plaindre. Affreux ? Chacun s'adonne à un jeu qui, en somme, semble en valoir la peine, y retrouvant l'étendue de ce qui échappe au savoir et le pouvoir libérateur du double sentiment de se retrouver et de se perdre. Parfois, on se souvient, parfois on oublie. A certains moments on ressent quelque chose, parfois rien. C'est ainsi que nous retrouverions parfois, de manière inattendue ou prévisible, étonnante et mystérieuse, un peu de force, un peu de bien être, le sentiment vague d'une étrange compagnie. Un certain goût pour la vie, un souffle d'espoir, sans renverser le deuil en manie, justement par une emprise sublimatoire sur la chose perdue (Julia Kristeva) qui comporterait aussi une dimension de détachement... Le mystère de l'expérience esthétique c'est peut-être cette « soif d'ineffable jamais apaisée » (Jankélévitch). ■

Christophe Paradass

SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS
Institut de psychanalyse de Paris

LA PSYCHANALYSE DE L'ADULTE

Conférences du jeudi

"Régressions et dépendances"

- 21 octobre 2004**
Régression et dépendance, régression et indépendance
César Botella
- 17 mars 2005**
Cure psychanalytique et addictions : traitement de noyaux fétichiques, autistiques ou autocalmants ?
François Duparc
- 18 novembre 2004**
Espaces de scène et dépendance
Gérard Bayle
- 14 avril 2005**
De la capacité de régresser en présence de l'autre
Marina Papageorgiou
- 2 décembre 2004**
Régression en psychanalyse et psychothérapie
Bernard Brusset
- 9 juin 2005**
Régression et désorganisation
Claude Smadja
- 20 janvier 2005**
Régrédiende, progrédiende et hallucinatoire de transfert
Guy Lavallée

LIEU DES CONFÉRENCES : UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES
Un jeudi par mois à 21h15. Conférences ouvertes à tout public - 12 rue de l'Ecole de Médecine 75006 Paris

Renseignements : Société Psychanalytique de Paris, 187 rue Saint-Jacques, 75005 Paris. Tél. 01 43 29 66 70 lundi-mercredi de 9h à 13h. E-mail : spp@spp.asso.fr. **Site internet :** www.spp.asso.fr. **Inscriptions :** secrétariat de la Société Psychanalytique de Paris uniquement pour le cycle complet ou sur place, le soir de la conférence pour les conférences à l'unité ou le cycle complet. **Cycle complet des conférences du jeudi : 90 €** (60 € pour les étudiants - joindre copie carte), à l'unité : **15 €** (10 € pour les étudiants sur présentation de la carte). **AUCUNE INSCRIPTION N'EST PRISE PAR L'UNIVERSITÉ RENÉ DESCARTES.**

Marie-Françoise Dubois-Sacrispeyre : On ne présente plus Gérard Pommier, psychanalyste parisien, aujourd'hui professeur à l'université de Nantes... Pourtant, en 1996, quand il me téléphona, je dois, avouer qu'à ma grande honte je ne le connaissais pas, contrairement à sa maison d'éditions que j'avais bien évidemment repérée. Sa rencontre fut déterminante pour les éditions Erès.

Il me proposait un policier psychanalytique qu'il venait d'achever. J'étais hésitante car, aux romans, nous n'y connaissions rien, mais celui-là était psychanalytique... Alors, pourquoi ne pas tenter puisque les éditeurs de polars le trouvaient trop intello ? Je le rencontrai donc au Salon du livre en mars 1996, alors que nous disposions d'un petit stand du côté du Salon des revues, et acceptais *Ceci n'est pas un pape*. Quelque temps plus tard, il souhaita nous associer à la création d'une revue psychanalytique animée par lui-même, Christiane Lacôte et Charles Melman, en liaison avec des psychanalystes américains et sud-américains. Son projet était de rendre compte véritablement de la clinique lacanienne ; ce sera d'ailleurs le titre retenu pour la revue et pour son premier numéro paru en octobre 1996. Alors que nous travaillions à la mise en oeuvre de cette nouvelle revue, il me demanda si Erès s'intéresserait à la maison d'éditions Point hors ligne qu'il avait créée dans les années 1980 et qui avait connu de beaux succès de librairie (certains titres étant passés en livre de poche). Il se disait fatigué par cette activité où il s'était fait autant d'amis que d'ennemis ! Il souhaitait se dessaisir des stocks mais poursuivre la diffusion des titres parus, qui était jusqu'à présent effectuée par l'intermédiaire de Distique. C'était juste avant le dépôt de bilan de cette société de distribution qui coûta la vie à nombre de petits éditeurs ! Après réflexion et consultation de notre diffuseur, nous acceptâmes sa proposition. Avec Point hors ligne qui prolongeait sa vie en devenant une de ses collections, Erès affirmait sa place dans ce domaine éditorial. Les représentants parisiens de Diffédit se montrèrent enthousiastes car grâce aux titres déjà parus, ils étaient reçus dans des librairies plus littéraires qui jusque-là ne s'intéressaient pas à la production d'Erès. Gérard Pommier choisit lui-même Jean-Claude Aguerre comme directeur de la collection Point hors ligne. Les deux premiers titres publiés sous la marque Erès tinrent leurs promesses. *Les noms du père chez Jacques Lacan* d'Erik Porge, avec qui nous renouions, et *Un monde sans limite* de Jean-Pierre Lebrun, accroissant ainsi rapidement la notoriété de notre maison d'éditions.

Ce rapide historique situe les débuts de notre collaboration. Peut-être pourrait-on remonter un peu le temps pour vous demander, Gérard Pommier, dans quelles circonstances vous avez décidé de créer votre propre maison d'éditions ? Dans quels objectifs ? Vous souvenez-vous de votre premier titre ?

Gérard Pommier : PHL commence son activité au moment de la dissolution de l'École freudienne de Paris. A cette époque, peu de grandes maisons d'éditions publiaient de jeunes auteurs en psychanalyse et encore moins les lacaniens, et les rares qui s'y autorisaient étaient verrouillées par les directeurs de collection de l'establishment. Dans ces très difficiles conditions, il était presque impossible de publier sans faire partie d'un appareil et sans avoir montré un certain degré de conformisme. C'est pourquoi avec deux autres complices, Catherine Millot et Jean Guir, nous décidâmes de créer une structure d'édition destinée à accueillir ceux qui cherchaient à innover. Les trois premiers titres, dont *La logique de la psychanalyse*, connurent aussitôt un grand succès (toutes proportions gar-

Rencontre avec Gérard Pommier et Jean-Claude Aguerre

dées) et nous fûmes tous trois persuadés que la gloire allait couronner cette audacieuse entreprise... de sorte que six mois plus tard, nous étions ruinés ! Nous avions en effet calculé que la fabrication d'un livre coûtait 10 francs et que sa vente tournait autour de 100 francs (prix de l'époque) : il était clair que l'audace intellectuelle allait enfin payer. Catherine Millot s'acheta un manteau de lynx (splendide), Jean Guir organisa des fêtes dont il avait le secret, et moi-même acquis une voiture de sport. Quoi qu'il en soit, nous nous étions bien amusés et ce climat euphorique nous permit d'écrire d'autres livres, si bien que d'autres auteurs nous rejoignirent. Les publications reprirent sur un rythme plus raisonnable, jusqu'à atteindre une cinquantaine de titres. A ce moment, l'activité de PHL fut transférée chez Erès. En fait, nous avions édité au même rythme que les grandes maisons d'éditions toujours aussi avaries de publications nouvelles.

MFDS : Vous avez ainsi publié des titres qui ont fait date dans le champ psychanalytique...

GP : Je tiens à souligner que c'est surtout le style de notre aventure qui a fait date. Il montrait que la psychanalyse n'était pas close avec Jacques Lacan. Au contraire, ce dernier était pour nous source d'innovation. Chacun à leur manière, les livres de cette collection ont apporté quelque chose de nouveau, essentiellement parce que leurs auteurs écrivaient en position de découvreurs.

MFDS : Comment avez-vous connu les éditions Erès ? Qu'est-ce qui vous a poussé à nous faire confiance ?

GP : Dans le champ éditorial, il était clair pour moi que depuis longtemps les grandes éditions ne voulaient publier que des valeurs sûres, qu'elles ne prenaient jamais aucun risque. Ce n'était pas le cas des éditions Erès qui, non seulement éditaient des inconnus, mais faisaient de gros efforts de promotion. Politique qu'elles poursuivent aujourd'hui encore, ce que je trouve aussi risqué que méritoire.

MFDS : Vous souhaitez que Point hors ligne continue sa vie sous une autre forme et sans vous. Vous avez préféré confier la direction de la collection à Jean-Claude Aguerre qui avait eu une expérience éditoriale au sein d'EPEL. Comment envisagiez-vous la collaboration avec lui ?

GP : A vrai dire, je n'avais aucun plan précis sinon ma confiance dans une relation amicale et dans des capacités éditoriales qui avaient fait leurs preuves.

MFDS : Jean-Claude, quand Gérard Pommier a pris contact avec toi pour te proposer de t'occuper de la collection Point hors ligne, quelle a été ta réaction ? Connais-tu Erès ?

Jean-Claude Aguerre : Bien sûr je connaissais Erès ! Erès est une maison d'édition incontournable pour n'importe quel psychanalyste. De plus, j'ai travaillé plusieurs années pour les éditions EPEL dont les premiers ouvrages furent d'abord édités par Erès avant que l'école lacanienne de psychanalyse ne décide de fonder sa propre société d'éditions.

MFDS : Comment définis-tu le projet de la collection Point hors ligne, à la fois en lien avec son passé et surtout en rapport avec l'avenir ?

JCA : Gérard a bien précisé le côté découvreur, aventurier, qu'il a voulu donner à PHL ; il est bien évident que

je conserve cette direction. Chaque ouvrage de la collection se doit d'apporter quelque chose à la psychanalyse, que ce soit une idée nouvelle ou une nouvelle lecture d'un texte classique lui donnant un éclairage original.

MFDS : En revisitant presque huit années de collaboration, quel bilan tires-tu de cette expérience éditoriale ? Parmi les titres parus, plusieurs ont dépassé le cap des 2500 exemplaires vendus, ce qui, dans un climat peu favorable aux sciences humaines, constitue des succès...

JCA : La collection au sein d'Erès a profité de la réputation qu'elle s'était faite avec les premiers titres, et un certain nombre d'auteurs étaient connus dans le monde analytique. J'ai été très satisfait des deux livres d'Erik Porge (*Les noms du père chez Jacques Lacan*, 1996 ; *Jacques Lacan, un psychanalyste*, 2000, et de celui de Philippe Julien, *Psychose, perversion, névrose*, 2000). Dans le cadre des manifestations autour des vingt ans d'Erès, j'ai organisé un débat avec ces auteurs au café *Les deux magots* sur le thème : « Comment dire la psychanalyse ? ». En effet, ces ouvrages, chacun dans leur style, répondent à cette question et donnent une lecture des travaux de Lacan très novatrice, complètement débarrassée de la langue de bois qui plombe de nombreuses publications sur Freud et Lacan. Ils sont extrêmement précieux pour les jeunes analystes en formation qui n'ont pas connu Lacan de son vivant. Les deux livres de Jean-Pierre Lebrun (*Un monde sans limite*, 1997, *Les désarrois nouveaux du sujet*, 2001) sont également essentiels. *Un monde sans limite*, c'est le texte de base sur la place du père dans notre société, question qui est devenue polémique avec le dernier ouvrage d'Aldo Naouri. Je tiens à préciser que ces livres se vendent bien certes, mais au regard des scores habituels réalisés par les publications sérieuses. Je ne décolère toujours pas de voir les ouvrages de vulgarisation - qui dénaturent complètement la psychanalyse, qui la rendent totalement incompréhensible - se vendre à plusieurs centaines de milliers d'exemplaires !

MFDS : Dans la collection, il y a aussi des textes qui nous semblaient prometteurs par l'originalité de leur approche et qui n'ont pas encore trouvé toute leur place.

Psychologisation dans la société

Connexions* n°81, 25 €
Erès

Notre société est envahie par des interprétations psychologisantes de la réalité sociale. Est-ce une nouvelle idéologie, un phénomène passager ou un état récurrent ?

Il ne s'agit pas seulement d'un appauvrissement de la représentation de la réalité sociale, institutionnelle, organisationnelle et individuelle, mais d'une perversion des rapports de causalité. Est ainsi attribuée à des individus l'origine des événements qu'ils subissent, inversant l'ordre des causes et des effets. La personne mise au chômage devra chercher la cause dans ses propres difficultés, dans son histoire, dans ses failles et incomplétudes. Ce qui est vrai pour certains devient une explication généralisée à tous, dans la dénégation de facteurs structurels, économiques, financiers, géopolitiques et pouvant même se transformer à la suite en jugements dépréciatifs et persécutatoires sur la personne.

Ce numéro traite des paradoxes créés par cette situation, dont le moindre n'est pas que ce soient des psychiatres, des psychologues, des psychosociologues, des psychanalystes qui soient amenés à désigner ces « psychologisation du social ». Le symptôme en serait l'appellation banalisée de « psy », qui vide de sens la spécificité des pratiques, des dispositifs et de leurs cadres institutionnels.

Ont participé à ce dossier Serge Blondeau, Jean-Claude Rouchy, Emmanuel Diet, Gérald Boutin, Gilles Amado, Jean-Pierre Algoud, Michel Boutanquoi.

P.C.

*Revue semestrielle publiée par l'ARIP, Association pour la Recherche et l'Intervention Psychologiques.

LIVRES

Carnap et la construction logique du monde

Sandra Laugier (éd.)

Librairie Philosophique J. Vrin 21 €

Le livre fondateur de R. Carnap est *Der logische Aufbau der Welt* (1928). *L'Aufbau*, écrit dans le contexte de la Nouvelle Logique de Frege et Russell, préfigure l'empirisme du Cercle de Vienne, et a une place essentielle dans la constitution de la philosophie analytique. Au confluent des différentes traditions philosophiques du XX^e siècle, il contient tous les enjeux de la théorie de la connaissance contemporaine : question d'une logique de l'expérience et d'une phénoménologie, statut et ontologie du langage de la science, critique de la métaphysique et élimination des « faux problèmes » en philosophie. Après l'émigration de Carnap en Amérique, puis les critiques apportées à l'empirisme logique par ses successeurs, *L'Aufbau* a été longtemps négligé. Il est redécouvert, à la lumière de l'évolution de la science et de l'épistémologie contemporaines.

Ont contribué à ce volume : Anouk Barberousse, Jocelyn Benoist, James Conant, Jean-Claude Dupont, Max Kistler, Sandra Laugier, C. Ulises Moulines, Jean-Philippe Narboux, Jean-Baptiste Rauzy, Stéphane Rey, Jean-Gérard Rossi, Pierre Wagner, Norma Yunez-Naude.

Souffrance, sens et croyance

L'effet thérapeutique

Jacqueline Barus-Michel

Erès 23 €

Au carrefour de la psychopathologie, de la psychologie sociale et de l'anthropologie, cet essai plaide pour une approche pluridisciplinaire en sciences humaines qui tienne compte de l'interdépendance du psychique, du social et du physiologique, la souffrance et ses modes de recours en étant une illustration.

Les décisions absurdes

Sociologie des erreurs radicales et persistantes

Christian Morel

Gallimard Folio

L'objectif de cet ouvrage publié en 2002 et réédité maintenant en Folio est de décrire, analyser et comprendre des décisions étranges : celles où leurs auteurs agissent avec constance et de façon intensive contre le but qu'ils se sont fixé. Il s'agit d'une catégorie particulière d'erreurs : les erreurs radicales persistantes. Après l'exposé des cas et la définition, l'auteur analyse les décisions absurdes selon trois éclairages : l'analyse cognitive, l'analyse collective et l'analyse téléologique (c'est-à-dire la façon dont les acteurs traitent les finalités), sans prétendre identifier un modèle global. Dans une première partie, il donne des exemples de ces décisions dans des domaines variés (aéronautique, navigation en mer, management, vie quotidienne). Ensuite, il tente de définir une décision absurde et de la situer par rapport à d'autres décisions pour lesquelles le but n'est pas atteint. Dans l'activité humaine les résultats insatisfaisants sont courants et il convient de faire le tri pour y voir plus clair. Dans la deuxième partie, sont abordés les processus de raisonnement (mécanismes dits « cognitifs ») qui ont conduit les acteurs à se tromper et à persévérer dans leur erreur. Dans la troisième partie Christian Morel analyse une dimension essentielle : les phénomènes collectifs. Une décision absurde ne peut pas s'expliquer si l'on ne fait pas intervenir les facteurs collectifs. Comme les rôles du manager, de l'expert et du candide en fonction des phénomènes d'étanchéité des erreurs vis-à-vis des possibles corrections venant de l'extérieur ou des formes de l'interaction entre les acteurs comme facteurs de la décision absurde.

REVUES

Femmes hommes
Nouvelles données

Services de l'homme et Sociétés
Cultures en Mouvement Juillet-Août
2004 n°69, 5,50 €

Le paysage des relations femmes/hommes est en remaniement profond. Qu'il s'agisse de relations institutionnalisées, formalisées comme la, conjugalité ou la parentalité, ou bien de comportements plus informels, comme la sexualité et les relations amoureuses, N. Aubert montre qu'une recomposition apparaît et que des décalages se font jour, induisant une volatilité et une « éphémérisation » de ces relations.

Dans un contexte en évolution, proposant de nouveaux cadres de socialisation marqués par une volonté publique, politique de transformation des rôles sociaux de sexe, Ch. Buisson et G. Bergonmer-Dupuy étudient la construction des identités maternelles et paternelles et le vécu de l'expérience parentale, chez des parents hétérosexuels vivant actuellement en couple. L'égalité de principe femme/homme n'efface pas des positionnements différents : les femmes tendues vers la cohabitation entre exigences sociales et familiales, les hommes demeurant tournés vers l'extérieur, même si le partage des tâches est désiré mais plus au niveau réflexif que pratique.

La grossesse précoce, les comportements et les fantasmes qui l'accompagnent s'inscrivent dans des contextes très différents. La rivalité avec la mère semble dominer. La volonté d'entrer dans la vie adulte viserait, pour J.-P. Mouras, à échapper à un mal de vivre latent et à un sentiment de solitude. Malgré ces tensions et ces ambiguïtés, l'adolescente cherche ainsi, paradoxalement, les chemins d'une identité de femme.

C'est sans doute parce que le couple est aujourd'hui l'espace d'exigences idéales que la rupture se situe comme un processus complexe qui doit nécessairement impliquer un remaniement personnel. La médiation familiale concerne des personnes, parents et enfants, qui doivent réinventer leurs liens. Une part de leur relation doit demeurer « indestructible », une autre doit se transformer. Les nouvelles unions impliquent d'autres formes de ruptures marquées par le recul des identités traditionnelles et la transitionnalité. Il s'agit pour Y. Morhain d'une autre manière de s'ouvrir à l'autre pour maintenir le lien et rompre avec la souffrance. Notre société a fondé, principalement, son principe de filiation sur un ordre biologique, social, culturel, symbolique, faisant des géniteurs, les parents d'un enfant. Les exceptions à cette règle sont organisées socialement pour s'y référer même si la diversité des configurations familiales vient aujourd'hui questionner ce modèle. E. Gratton indique que l'homoparentalité vient interroger les nouvelles formes d'unions amoureuses qui s'inscrivent dans la modernité et les mutations civilisationnelles.

Alors qu'émergent de nouvelles préoccupations des hommes concernant leur corps, leur apparence et leur mode de reconnaissance identitaire, de multiples recompositions ont une influence libératrice sur les rôles sexués. Pendant que les hommes s'interrogent sur leur positionnement symbolique et demeurent traversés par des références plurielles - de la tradition la plus extrême au plus « moderne » - une polyculture de la parentalité pose, désormais, pour Ch. Castelan-Meunier un travail d'invention de soi y compris par rapport aux conduites parentales. Être père, être homme s'invente ainsi de plus en plus dans une reconnaissance de la pluralité des trajectoires à l'opposé d'un masculin éternel.

JCA : La vocation de PHL n'était certes pas de diffuser des colloques, cependant une sorte de tradition s'était établie avec les rencontres de la Fondation européenne pour la psychanalyse. Je pense finalement qu'il est mieux de laisser les actes de colloques aux différentes revues. Mais les journées organisées par Pascale Bélot-Fourcade et Diane Winaver, qui ont donné naissance à ce livre, traitaient d'un sujet tabou : la ménopause ! Beaucoup disaient que ce seul terme, figurant en couverture, condamnerait le livre à une mévente totale. Or l'ouvrage réunit des textes de psychanalystes et de gynécologues dans une synthèse particulièrement intéressante. Dans un domaine où la bibliographie est quasi inexistante, il n'est pas impossible que cet ouvrage devienne lui aussi une référence.

MFDS : Au mois de mai, nous avons eu le plaisir d'accueillir un ouvrage du « père fondateur » de la collection ! Gérard Pommier, pouvez-vous nous parler de Qu'est-ce que le réel ? Comme vous le dites dans la page IV de couverture, la notion de réel, souvent employée pour expliquer l'impossibilité d'expliquer, aurait-elle servi de refuge à un obscurantisme rampant ?

GP : J'ai écrit ce livre assez rapidement, mais il est le fruit de dix années de travail, de colloques, et surtout de polémiques. Comme vous le rappelez, le réel est utilisé comme un véritable fourre-tout chez certains lacaniens qui, à force de se croire à l'avant-garde, se retrouvent largement dépassés. Pour

ne pas parler de ceux qui répètent hors contexte certaines formules de Lacan. Après tout, il n'est pas déshonorant de se retrouver à l'arrière-garde lorsque c'est en compagnie de Platon ou de Descartes, car tous deux avaient à peu près la même conception du réel que les lacaniens en question. Cependant leurs points de vue devenaient franchement insupportables à partir du moment où ces conceptions éculées du réel servaient, en réalité, à enterrer Freud avec Lacan. En fait, leur réel n'est qu'un cache-sexe. J'espère, toutefois, en dépit de ces prémisses, avoir réussi à montrer en quoi le réel de la psychanalyse concerne le traumatisme sexuel, tel que Freud l'a découvert et tel que Lacan en a proposé une logique. JCA : Cela faisait longtemps que je souhaitais que Gérard publie dans PHL. J'ai organisé, en même temps que pour Porge et Julien, une rencontre aux Deux magots avec Gérard à propos de son ouvrage *Les anges de la postmodernité*, alors que ce n'était pas un livre d'Erès. Cependant Gérard fait partie de ceux qui trouvent les mots pour dire la psychanalyse.

MFDS : A l'automne, dans une perspective différente, le réel se retrouve sur le devant de la scène avec l'ouvrage de Danièle Eleb, *l'inconscient et destin, qui explore, en partant de la philosophie d'Aristote, la problématique lacanienne du hasard et du réel...*

JCA : Danièle Eleb est philosophe, son abord de la question du réel est fondamentale en ce sens qu'elle retourne

aux bases premières (à brûlepourpoint, qui a lu *La Physique* d'Aristote ?). Si Freud affichait une « préciosité » à l'égard de la philosophie, avec Lacan elle devient incontournable. Lacan cite les philosophes dans l'évidence du fait que nous avons baigné dans leur enseignement on est fondé de douter que ce soit toujours le cas aujourd'hui. L'outil philosophique dans l'abord de la psychanalyse est une chose que j'aimerais développer avec PHL.

MFDS : Pour finir cet entretien, vous pourriez dire un mot de la revue *La clinique lacanienne* qui, malgré son apériodicité, a de nombreux lecteurs.

GP : La clinique lacanienne s'est d'abord voulue internationale, publiée simultanément à Paris, New York, Buenos-Aires et Rio. A son apériodicité française a répondu une apériodicité internationale. Cependant, elle a tissé un réseau de relations de travail tout à fait important. En réalité, ce vaste projet était au service de la même ambition que celle qui avait assisté à la naissance de PHL, c'est-à-dire la psychanalyse en mouvement, la psychanalyse travaillée par les questions essentielles. Ce sont tout au moins les qualités que cherche à mettre en valeur cette revue. Elle a en quelque sorte les défauts de ses qualités, elle ne dispose pas d'un appareil bureaucratique et elle n'en veut pas. De même, elle n'est pas suivie par une société psychanalytique particulière, un groupement de sociétés, ou une université.

JCA : Gérard m'a demandé d'aider au

Moniteur éducateur
Un professionnel du quotidien

Philippe Gaberan, Patrick Perrard
Erès 13 €

Être moniteur éducateur, nécessite de l'engagement (notamment la prise de risque de la proximité avec la personne aidée, enfant ou adulte) et des compétences (savoir observer une situation, comprendre une souffrance et mettre en place un lien à partir d'une activité de vie quotidienne ou de loisir). Les textes officiels définissent le moniteur éducateur comme un « spécialiste de la vie quotidienne » : son rôle est d'aider l'enfant ou l'adulte accueilli en institutions spécialisées dans les actes simples de la vie tels que, le lever, le coucher, les toilettes, les repas... Rien de plus facile, en apparence, que d'être présent pendant ces moments et pourtant, très vite, le moniteur éducateur se trouve au cœur de ce qui fait l'intimité de l'être, la vie, la mort, la sexualité ou la peur de la solitude.

développement de cette revue. Nous recevons de nombreux travaux collectifs, dont certains sont excellents, comme celui qui paraîtra à l'automne : *D'une femme à l'autre... et à quelques autres*. La clinique lacanienne pourrait, sans pour autant devenir un support d'actes de colloques, leur servir de vecteur et ainsi mieux réguler sa périodicité. ■

Séminaire de Psychogériatrie pour la région Paris / Ile-de-France

PROGRAMME 2004 - 2005

Continuité psychiatrique : JC. MONFORT, Hôpital Sainte-Anne, Paris

Continuité gériatrique : A.-M. MATHIEU, Hôpital Corentin Celton, Issy-Les-Moulineaux

Thème : La psychogériatrie est l'approche pluridisciplinaire des personnes âgées qui souffrent de difficultés psychologiques et de troubles psychiatriques. Cette approche se situe là où les personnes se trouvent : à domicile, dans les foyer-résidences, dans les maisons de retraite, en gériatrie et dans les secteurs de psychiatrie générale (avec la mise en place de dispositifs à vocation intersectorielle et parfois un véritable intersecteur de psychiatrie des personnes âgées).

Horaires : le mercredi après-midi de 17h à 19h (sauf en périodes de vacances scolaires).

Lieu : Amphithéâtre Pierre DENIKER, Service du Pr Henri LOO, Hôpital Sainte-Anne (entrée : 7 rue Cabanis, 75014 Paris - Métro : Glacière).

Inscriptions : Cet enseignement, qui existe depuis 1990, est libre, gratuit et ouvert aux internes de Psychiatrie (séances suppl. le samedi de supervision vidéo à visée psychothérapique) ; aux professionnels de santé ayant en charge les personnes âgées ; aux médecins, psychiatres, gériatres, généralistes.

Renseignements et inscriptions : Alexis ROBIN 01 45 65 81 30 (ou le secrétariat au 01 45 65 84 49), service du Dr Gérard MASSÉ.

LISTE DES SÉANCES

01- **Mercredi 17 Novembre 2004.** *Les personnes âgées qualifiées de « difficiles » : personnalité ou dépression ?* JC. MONFORT (Psychiatre) - Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris.

02- **Mercredi 24 Novembre 2004.** *Prise en charge non pharmacologique des personnes âgées en institution.* X. CNOCKAERT (Géiatre) - Hôpital de Beauvais.

03- **Mercredi 1 Décembre 2004.** *L'avance en âge des adultes avant un délire chronique et les délires d'apparition tardive.* N. BAZIN (Psychiatre) - Centre Hospitalier de Versailles.

04- **Mercredi 8 Décembre 2004.** *La prise en compte de la vie affective et sexuelle des personnes âgées.* S. AMAR (Psychologue) - Hôtel Dieu, Paris.

05- **Mercredi 15 Décembre 2004.** *La personne âgée maltraitée et « le syndrome de captation affective ». Tutelle à la personne et soutien psychologique.* JC. MONFORT (Psychiatre) - G. MASSÉ (Psychiatre expert). S. RIMAUD (ALMA Paris).

06- **Mercredi 12 Janvier 2005.** *La contention physique des personnes âgées et les recommandations de l'ANAES.* MP. HERVY (Géiatre) Hôpital du Kremlin-Bicêtre - JC. MONFORT (Psychiatre).

07- **Mercredi 19 Janvier 2005.** *Attitudes et comportements précédant la mort. Le Psychiatre doit-il prendre en compte l'appartenance religieuse ?* D. FARHI (Rabbin de communauté), Paris - W. HATTON (Aumônier du culte protestant) Maison de Santé Claire Demeure, Versailles (78) - Dr S. EL KEBIR (Aumônier du culte musulman), Médecin, Paris - G. de BALINCOURT (Aumônier du culte catholique), Long séjour de la Fondation Roguet, Clichy.

08- **Mercredi 26 Janvier 2005.** *Début d'une démence par des troubles mnésiques.* Atelier mémoire, M. SARAZIN (Neurologue) Consultation Mémoire, Hôpital A. Chenevier - E. MUZIO (Psychologue) Hôpital Emile Roux.

09- **Mercredi 2 Février 2005.** *La théorie de l'attachement : l'apport de la*

pédopsychiatrie et son utilisation en psychogériatrie. N. GUEDENEY (Pédopsychiatre) Sce Pr Jeamment, Paris.

10- **Mercredi 9 Février 2005.** *Les chutes des personnes âgées et l'urgence des soins à visée psychothérapique.* J.-P. VIGNAT (Psychiatre) - Hôpital Saint-Jean de Dieu, Lyon.

11- **Mercredi 9 Mars 2005.** *Les prises en charge institutionnelles des troubles du comportement chez la personne âgée démente.* O. de LADOUCKETTE (Psychiatre), Villa d'Epidaure, Garches - J. LAPORTE (Psychiatre), Clinique de Regennes (89380 Appoigny).

12- **Mercredi 16 Mars 2005.** *Mémoires traumatiques : évolution avec l'avance en âge.* M. VITRY (psychologue, psychanalyste, spécialiste en psychotraumatisme).

13- **Mercredi 23 Mars 2005.** *Réussir son avance en âge malgré les épreuves de la vie.* I. DESTRUBE (Psychiatre). P. LETARTE (Psychiatre - Psychanalyste SPP).

14- **Mercredi 30 Mars 2005.** *Le suicide de la personne âgée : particularités en milieu rural et en institution.* J. BOSCREDON-NOE (Psychiatre) - Centre Hospitalier Général de Montauban.

15- **Mercredi 6 Avril 2005.** *Syndrôme de glissement chez la personne âgée.* F. BARBARAY (Médecin-généraliste) / S. MARTIN (Médecin-généraliste), Département de l'Eure - JC. MONFORT (Psychiatre).

16- **Mercredi 13 Avril 2005.** *Usage des psychotropes : Les pièges les plus fréquents chez les personnes âgées.* J. PLAS (Psychiatre), Hôpital Sainte-Anne, Paris 75014.

17- **Mercredi 20 Avril 2005.** *Maladies démentielles : l'importance de l'enfance.* JP. CLEMENT (Psychiatre), CHS Esquirol, Limoges.

18- **Mercredi 11 Mai 2005.** *Les auxiliaires de vie « garde-malades » et les personnes âgées. Vie quotidienne et interactions psychologiques.* A. BARJONNET (Association France-Alzheimer. Paris-Sud) - M. KHOSRAVI (Psychologue), Charenton. JC. MANO (aide-soignant Hôpital Sainte-Anne, Paris).

19- **Mercredi 18 Mai 2005.** *Psychothérapies des personnes âgées et interventions familiales à visée psychothérapique.* P. CHARAZAC (Psychiatre), Hôpital Saint-Jean de Dieu, Lyon.

20- **Mercredi 25 Mai 2005.** *L'empathie revisitée : la validation, un outil d'aide relationnel pour les soignants.* F. BLANCHARD (Géiatre, Pr de Santé Publique), Hôpital Sébastopol, Reims.

21- **Mercredi 1 Juin 2005.** *L'apport du psychomotricien auprès des personnes âgées.* A. ROBIN (Psychomotricien) - Hôpital Sainte-Anne, Paris.

22- **Mercredi 8 Juin 2005.** *Psychogériatrie de liaison : le fonctionnement d'un binôme Psychiatre/Infirmier et leur rôle en amont dans la prévention des hospitalisations.* B. JOUGLA-ROUX (Psychiatre), (infirmier) Hôpital Sainte-Anne, 75674 Paris Cedex 14.

23- **Mercredi 15 Juin 2005.** *Les intersecteurs de psychiatrie des personnes âgées : Revue des régions ayant réussi la mise en place de ce dispositif qualifié par la lettre Z. Présentation de l'expérience intersectorielle du sud des Yvelines.* L. PORCHE (Psychiatre), C. NAISSE (cadre de santé) Institut Marcel Rivière - La Verrière.

Une appréciation hétérogène

La santé mentale est une conception qui rompt avec la problématique de réparation de la pathologie mentale, propre à la psychiatrie traditionnelle, au profit d'une problématique plus large consistant à prévenir les troubles mentaux et à favoriser l'accomplissement de soi au nom d'un idéal de « *croissance psychique* » (R. Castel). Toutefois, il est difficile de lui trouver une définition satisfaisante car elle manque de signes objectifs, universellement acceptables, et implique souvent un jugement de valeur pertinent uniquement à l'intérieur d'un système socio-culturel donné (F. Cloutier). Plutôt que de l'enfermer dans une formule unique, certains préfèrent identifier les conditions dans lesquelles elle peut être opérationnelle. Ainsi, pour M. Joubert, seule une approche multidimensionnelle de la santé mentale intégrant les variations sociales et culturelles peut permettre de prendre en compte toutes les manifestations de la souffrance psychique. La nature relative et subjective de la santé mentale ressort, clairement, des analyses sociologiques et anthropologiques qui lui ont été consacrées. Ainsi, les catégories couramment utilisées en France pour désigner certains troubles psychiques reposent sur des représentations populaires qui induisent des attitudes spécifiques à l'égard des comportements déviants (M. Anguis, J.-L. Roelandt, A. Caria). Or, ces représentations dominantes de la santé mentale peuvent s'avérer erronées d'un strict point de vue anthropologique. Si les SDF ont souvent tendance à reconstruire « *avantageusement* » leur parcours et à « *raconter des histoires* », ce n'est pas parce qu'ils sont « *fous* » ou parce qu'ils « *délièrent* », mais parce qu'ils font de cet arrangement des faits un moyen de survie identitaire dans un environnement qui les exclut et qui leur est hostile (C. Lanzarini). En réalité, on a d'autant plus tendance à qualifier quelqu'un de « *malade mental* » que son comportement est incompréhensible. Cette incompréhensibilité peut tenir à une distance relationnelle, culturelle, sociale, sexuelle ou raciale. Elle influence, en tout cas, fortement l'appréciation que l'on porte sur la santé mentale des autres ou de soi-même, indépendamment de l'existence de symptômes cliniques (J.C. Phelan, B. G. Link). Par ailleurs, avant d'être un objet soumis aux pratiques significatives d'un psychothérapeute, les manifestations empiriques du trouble mental ou de la souffrance psychique sont déjà des signes pour la personne concernée et pour son entourage qui, structurés autour d'idiomes, fournissent le vocabulaire de base d'un discours personnalisé sur ses symptômes (R. Massé). Cependant, l'expression de ce vécu est de plus en plus formaté par le langage « *psy* ». En se banalisant, ce dernier a, en effet, bouleversé la manière dont le sujet négocie son rapport à lui-même et à ses proches (N. Rose). Il a également offert au sujet qui souffre de multiples façons d'être malade et d'être équilibré mentalement (F. Parot), rendant d'autant plus flou le champ de la santé mentale.

Une objectivation est-elle possible ?

Cependant, même si la santé mentale peut être appréhendée de manière très hétérogène, à la fois culturellement et socialement, les démarches empiriques sont nombreuses qui tentent d'en donner une mesure objective (G. E. Vaillant). L'objectivation de la santé mentale est, en effet, indispensable si l'on veut satisfaire les besoins existants, tout en respectant l'objectif de rationalisation des coûts du système de soins. La meilleure stratégie consiste, sans doute, à prendre en compte les systèmes de classification diagnostique

Santé mentale et société

Anne Lovell vient de présenter un dossier sur ce thème dans la revue Problèmes politiques et sociaux. La moisson des textes nous est apparue particulièrement intéressante.*

de la psychiatrie (E. Zarifian), en les combinant à d'autres approches. En France, V. Kovess et ses collègues se sont attelés à cette tâche et cherchent à mettre au point une définition administrative des besoins de santé mentale à des fins de planification et de comparaisons.

Les chercheurs ont, depuis longtemps, montré que certains facteurs sociaux favorisent l'apparition de problèmes de santé mentale. D'un point de vue anthropologique, on peut considérer que la dépression est la pathologie d'une société individualiste et démocratique, où l'individu est écrasé par l'impératif contemporain d'affirmation individuelle (A. Ehrenberg). En matière d'épidémiologie, il semble bien établi (A. M. Lovell) que la prévalence de troubles mentaux est intimement corrélée à certains facteurs socio-économiques : un individu a plus de chance de voir son état psychique dégradé du fait d'une position sociale désavantagée ou d'une situation de chômage. Les types de problèmes de santé mentale varient, également, en fonction de variables socio-démographiques comme l'âge des conduites et des états autrefois jugés caractéristiques de la période adolescente sont désormais interprétés comme les manifestations d'une souffrance psychique (HCSP) - ou le sexe (M. J. Del Vecchio Good) - certaines études mettant en valeur les facteurs associés qui peuvent expliquer une prévalence supérieure de la morbidité psychologique chez la femme. Enfin, des contextes spécifiques, comme les conditions de travail, peuvent s'avérer mentalement pathogènes (C. Dejours). La loi l'a d'ailleurs récemment reconnu en punissant les cas de harcèlement moral (M.-F. Hidgoyen). Depuis quelques années, la demande de soins psychologiques a fortement augmenté. Certains professionnels du secteur, comme M. Brian, expliquent ce phénomène par la banalisation du recours au psychiatre, elle-même rendue possible par une plus grande disponibilité du système de soins psychiatriques et par l'émergence de nouvelles aspirations au bien-être psychologique. Faut-il voir dans ces dernières une des raisons de la croissance endémique de la consommation de psychotropes en France depuis 1970 (P. Le Moigne) ? Des recherches épidémiologiques ont établi qu'il n'existe pas forcément de lien direct entre le trouble, la prescription et l'usage médicamenteux des produits psychotropes (P. Le Moigne), ces derniers semblent donc sortis de leur cadre légitime (le traitement curatif des pathologies mentales), « *pathologisant* » les épreuves de la vie quotidienne (E. Zarifian). Cette évolution explique, sans doute, en partie pourquoi la dépression déclarée est en prévalence croissante depuis 30 ans (A. Le Pape, T. Lecomte).

Une explosion de la demande

Associée à la ruine du paradigme de la psychanalyse comme norme des thérapies du type relationnel, cette explosion de la demande sociale de soins psychologiques a abouti à la multiplication des psychothérapies (P.-H. Castel) - une multiplication source de confusion, que l'amendement Accoyer, très critiqué par les défenseurs de la psychanalyse (B.-H. Lévy), a tenté d'encadrer (C. Bert). Parallèlement à l'explosion de la demande « *psy* », se développe une nouvelle conception du patient comme victime d'un état de stress post-traumatique. La création du délit de harcèlement moral en France

en est un signe précurseur (P. Daviez). Il s'inscrit dans un processus amorcé aux Etats-Unis avec la troisième version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM III), qui a reconnu l'état de stress post-traumatique afin de permettre aux victimes de la guerre du Viêt-Nam, puis à celles d'accidents, de violences, de guerres ou de torture d'obtenir une réparation financière. Tout en redéfinissant le rapport entre société, malades et expertise psychiatrique, cette évolution a bouleversé la condition de victime pour le meilleur et pour le pire (R. Rechtman). Ses effets sont déjà sensibles aux Etats-Unis où les personnes pensant souffrir d'un trouble lié à un état de stress post-traumatique militent pour sa reconnaissance officielle, dans le but d'obtenir un dédommagement et une caution de normalité. Le patient se transforme en militant avec, en arrière-plan, le développement d'un véritable marché de la justice restauratrice (O. Dumit).

Longtemps assimilée à une politique de santé mentale - le secteur fait son entrée dans le paysage administratif français sous la forme d'une timide circulaire en 1960 -, la politique de sectorisation psychiatrique visait initialement à traiter la maladie mentale à un stade aussi précoce que possible, à éviter les récurrences et à séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. Mais, dans la pratique, la sectorisation s'est développée de manière totalement anarchique, à côté de l'institution psychiatrique (Y. Bernard). Les deux dernières décennies ont néanmoins vu s'affirmer le passage de la psychiatrie à la santé mentale (S. Biarez) : l'organisation des soins en santé mentale a été redéfinie, sous l'effet des nouveaux impératifs d'évaluation, de planification et de rationalisation budgétaire ; les structures intersectorielles se sont développées et l'ambition pour un secteur de tout faire et de tout bien faire a été abandonnée (M. Reynaud, A.-M. Gallot, L. Lefèvre). A côté de la psychiatrie générale et de ses différents modes de prises en charge (M. Coldefy, F. Bousquet, G. Rotbart), se sont peu à peu développées d'autres offres de soins, comme le secteur médico-social associatif, né après la Seconde Guerre mondiale pour prendre en charge la demande infanto-juvénile (R. Salbreux), ou les services d'urgences urbains, qui interviennent en cas de crise (J. Joseph).

Considéré dans une perspective de santé mentale, le système de soins actuel présente toutefois plusieurs limites. Tout d'abord, si l'offre de soins psychiatriques est indéniablement importante, elle reste prépondérante dans le secteur public, au détriment du secteur privé, et demeure mal répartie en France - les écarts de capacités de lits et de places variant, par exemple, de 1 à 9 selon les départements (E. Piel, J.-L. Roelandt).

Elle risque aussi de connaître des changements importants du fait de la diminution à venir de la démographie médicale, évolution problématique alors que les demandes adressées à la psychiatrie ne cessent de se multiplier (C. Alezrah, H. Bokobza, D. Sechter, C. Aussilloux). Ensuite, comme l'a souligné un rapport récent, les usagers du système de soins psychiatriques ont encore trop rarement voix au chapitre dans les orientations de la politique française de santé mentale, faute d'une représentation digne de ce nom et de protections substantielles (E. Piel, J.-L. Roelandt). La législation relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles men-

taux et à leurs conditions d'hospitalisation, par ses nombreuses insuffisances, en est l'illustration la plus frappante (C. Gékrière). Enfin, le système de soins actuel souffre du manque de coopération entre les différents acteurs concernés par les questions de santé mentale, qui n'exercent pas uniquement dans le domaine de la psychiatrie (M. Jaeger). Pallier ces insuffisances paraît nécessaire pour mettre en place une véritable politique de santé mentale en France. Certains préconisent également de rapprocher la psychiatrie de la demande de soins en clarifiant son positionnement à l'égard de la question sociale : les politiques publiques locales leur apparaissent comme une source de renouvellement possible de l'action publique en matière de santé mentale (M. Joubert, F. Bertolotto). D'autres voient dans le développement des

réseaux intersectoriels une manière de fédérer les moyens disponibles en l'absence de budget clairement défini et de partager les connaissances des troubles psychiques acquises par les différents acteurs. (M.-C. Hardy-Baylé, C. Bronnec). Enfin, si certaines avancées ont été réalisées au niveau législatif pour associer davantage les usagers à la politique de santé mentale notamment au sein des organes locaux de concertation et de médiation (J.-L. Roelandt), l'avènement d'un nouveau modèle de citoyenneté dans le champ de la santé mentale n'est pas sans soulever des craintes spécifiques quant à l'effectivité des libertés et des protections accordées aux usagers (J. de Munck). ■

Santé mentale et société, Dossier réalisé par Anne M. Lovell, Problèmes politiques et sociaux 2004 n°899, La Documentation Française 9 €.

LIVRES

Une jeune aveugle dans la France du XIXe siècle

Commentaires de Zina Weygand et Catherine J. Kudlick

Thérèse-Adèle Husson

Traduction de l'américain par Lise-Hélène Trouilloud, révisé par Zina Weygand, Préface de Bonnie G. Smith

Erès 15 €

Ce livre présente un manuscrit adressé au directeur de l'hôpital des Quinze-Vingts par une jeune aveugle du XIXe siècle commenté par Zina Weygand, française spécialiste de l'histoire des aveugles et des représentations sociales de la cécité, et Catherine J. Kudlick, historienne des femmes, dont l'intérêt pour l'histoire des aveugles en France et aux Etats-Unis était plus récent. Thérèse-Adèle Husson, jeune fille pauvre, originaire de Nancy, livre, spécialement à l'attention des femmes aveugles, ses « *réflexions* » sur la cécité, et ses conseils sur l'éducation des aveugles. Ce texte, le premier qui ait été écrit par une femme aveugle sur son expérience, était resté inédit, et par conséquent ignoré des auteurs d'ouvrages sur la cécité et l'éducation des aveugles publiés en France aux XIXe et XXe siècles.

Les médecins et la mort

XIXe-XXe siècle

Anne Carol

Aubier

C'est un processus de longue durée, qui voit le médecin intervenir de plus en plus souvent autour du mourant, du mourir et du mort. Processus lent, porté par des courants de fond et parfois par quelques avancées techniques, étalé sur presque deux siècles, que ce livre décrit de l'âge de la clinique aux années 1960, où s'opère un tournant rapide vers la mort actuelle.

Décrire ce processus, c'est essayer de préciser le contenu de cette présence médicale : sa fréquence, ses nuances sociales, son degré d'investissement personnel ou collectif, les formes d'action ou d'abstention qu'elle suppose, ses complaisances et ses réticences, ses plages de conquêtes et ses zones tabous. Dans cette progression, les médecins rencontrent d'autres acteurs, armés d'autres légitimités : les proches, la famille, la communauté, le prêtre, la puissance publique ; c'est donc aussi la distribution des rôles autour du mourant qu'il faut chercher à établir, à commencer par celui tenu par le mourant lui-même, longtemps « *oublié* » dans le combat contre la mort. Conflits et collaborations contribuent à construire une éthique de la mort, dont le poids sur la médecine actuelle est encore perceptible.

Pour tenter de cerner les discours et les pratiques médicales sur deux siècles, il fallait de la matière et un fil directeur. La première n'a, certes, pas fait défaut. Les sources médicales sont d'une prolifération redoutable sur la mort, mais cette richesse est inégalement répartie. La pléthore surgit là où l'on ne l'attend pas, dans la question des signes de la mort par exemple, pourtant déjà posée aux siècles précédents mais dont l'acuité ne se dément que tardivement. Les questions actuelles de l'euthanasie, de la douleur, sont plus discrètes dans les sources, du moins jusqu'au début du XXe siècle. Il y a un savoir médical sur la mort qu'il faut confronter à ce qu'on peut entrevoir des pratiques et comparer aux usages contemporains.

La complexité des angles d'attaque imposait le choix d'une approche simple : c'est la chronologie de la mort de l'annonce du pronostic fatal à l'agonie, de l'agonie au constat de la mort, de la mort avérée au cadavre. Cette démarche a plusieurs avantages : en l'abordant par des points de vue différents mais convergents, sur des temporalités plus emboîtées que successives, elle permet de cerner ce point aveugle qu'est la mort. Elle fait apparaître aussi des rythmes décalés, là où le facteur technique peut jouer un rôle d'accélérateur ponctuel dans les usages. Seul le dernier chapitre échappe à cette logique : il paraît impossible de ne pas isoler, pour mieux les souligner, les changements radicaux intervenus à partir des années 1960 dans le traitement médical de la mort, où les paramètres techniques deviennent déterminants et bouleversent les conceptions traditionnelles de l'agonie, les critères de la mort, les usages du cadavre.

Les personnes handicapées : des citoyens !

Une leçon d'humanité

Sous la direction de Louis-Michel Renier et Rossignol

L'Harmattan 15,50 €

Ce travail est le fruit d'un groupe de recherche pluridisciplinaire adossé à la Faculté de Théologie de l'Université Catholique de l'Ouest (Angers), et composé de professionnels travaillant auprès de personnes handicapées. Ce livre n'a pas l'ambition de parler au nom des personnes handicapées. Les auteurs, conscients de leurs limites, se considèrent comme un groupe de citoyens qui entendent tenir une parole engagée sur le handicap, parole qui veut interpeller, sans stigmatiser ni exclure, tout un chacun concerné par la question de la citoyenneté, car le handicap est aussi un phénomène public et donc politique. Le défi principal que les personnes handicapées posent à la société concerne l'image même de l'homme, son humanisation, sa réalisation, ses modèles et ses finalités.

LIVRES ET REVUES

Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités

Etudes et Résultats n° 342
octobre 2004

La Documentation Française

Durant l'année 2000, les 830 secteurs de psychiatrie générale ont suivi plus d'un million de patients. Ce nombre est en augmentation régulière de près de 5% par an, soit 11% depuis 1997 et 62% depuis 1989. Entre 1889 et 2000, les structures ont évolué, avec une diminution de 49% du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein, un fort développement des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et un meilleur accès aux centres médico-psychologiques (CMP) dont tous les secteurs sont maintenant équipés.

Les soins sont désormais réalisés à 85% en ambulatoire, et le nombre de patients suivis à temps partiel a doublé en 12 ans. Le nombre de personnes hospitalisées a toutefois légèrement augmenté, mais les hospitalisations tendent à être plus courtes (la durée moyenne d'hospitalisation est ainsi passée de près de 86 jours en 1989 à 45 en 2000). Selon le type d'établissement auquel sont rattachés les secteurs, le taux de recours aux soins psychiatriques peut sensiblement varier, ainsi que les modalités de prises en charge des patients. L'hospitalisation à temps plein reste, à cet égard, plus importante dans les secteurs rattachés à des établissements spécialisés. En matière d'accueil, les délais d'attente pour un premier rendez-vous sont inférieurs à un mois dans 82% des secteurs et, dans la plupart des cas, un référent assure le suivi des patients. 85% des secteurs développent, également, des dispositifs spécifiques en cas d'urgence. La psychiatrie de liaison est, en outre, pratiquée par trois secteurs sur quatre, et la moitié des secteurs participe aux urgences de l'hôpital général. Enfin, la quasi-totalité des secteurs est en relation avec les médecins traitants des patients, mais ces relations sont plus fréquentes lorsqu'il s'agit de psychiatres.

Examen des fondements de la psychanalyse

Paul Bercherie

L'Harmattan

Il nous faut saluer la nouvelle publication de deux livres devenus des grands classiques de P. Bercherie « Les fondements de la clinique » et « La genèse des concepts freudiens ». Simultanément, les éditions L'Harmattan proposent cette analyse minutieuse des fondements de la psychanalyse dans sa constitution historique et dans sa structure philosophique. L'apparition de la psychanalyse y est présentée comme un aspect de puissant mouvement de subversion de la rationalité. Bercherie montre les bases éthico-philosophiques de la constitution du champ psychanalytique et la disparité de ces options fondamentales. Cette hétérogénéité est à l'origine d'une certaine inconciliable des doctrines, des connaissances et des pratiques ainsi que des divisions et scissions qui émaillent l'histoire de la psychanalyse. Il y a quelque chose dans cette histoire d'analogie avec le choc entre les grandes orientations qui structuraient naguère le champ religieux et l'avancée triomphante du rationalisme scientifique. La psychanalyse se présente ainsi comme le « retour du refoulé de la Science ». Un livre fondamental qui apporte les bases pour toute réflexion sur les théories psychanalytiques actuelles, leurs implications et, au-delà, pour toute réflexion clinique.

Serge Tribolet

Le 17^{ème} Congrès du Collège Européen de Neuropsychopharmacologie s'est tenu du 9 au 14 octobre 2004 à Stockholm, contrée du Prix Nobel. Plusieurs symposium (*) se sont consacrés aux innovations dans le traitement de la schizophrénie. Psychiatres et Neuropharmacologues ont synthétisé les connaissances dans le domaine de la physiopathologie de la maladie et leur portée dans la recherche et la commercialisation de nouveaux antipsychotiques. L'Aripiprazole (Abilify®) est le premier antipsychotique atypique de nouvelle génération. C'est une découverte OTSUKA Pharmaceutical, firme japonaise fondée en 1964, implantée dans de multiples pays et il est commercialisé par Bristol-Myers Squibb. Son mécanisme d'action novateur est à l'origine d'une efficacité clinique remarquable avec une tolérance maximale.

De l'hypothèse dopaminergique de la schizophrénie aux antipsychotiques de seconde génération

Cliniciens et chercheurs tentent d'élucider la cascade physiopathologique à l'origine de la schizophrénie et élaborent, à cet effet, de nombreux modèles explicatifs. Le modèle moléculaire le plus pertinent fut proposé avec l'apparition des premiers traitements antipsychotiques efficaces (chlorpromazine). Dans la théorie dopaminergique, la schizophrénie résulte d'une perturbation de la transmission de la dopamine dans le cerveau. Une hyperdopaminergie de la voie mésolimbique serait à l'origine de la symptomatologie dite positive (phénomènes délirants, hallucinations...). L'insuffisance dopaminergique au niveau de la voie mésocorticale se traduirait par des symptômes de la lignée négative (apathie, anhédonie, ralentissement...). On y rattache, habituellement, l'altération des fonctions cognitives tels que les troubles du cours de la pensée, de l'attention ou de la mémoire. Des découvertes récentes contre-disent l'hypothèse d'une altération chronique durable mais démontrent que l'hyperdopaminergie est séquentielle. Les cycles dopaminergiques semblent être sous l'influence de nombreux facteurs dont, probablement, le stress. Les neuroleptiques se sont avérés être efficaces dans le traitement pharmacologique de la schizophrénie depuis leur découverte il y a 50 ans. Pourtant, on ne connaît pas exactement le mécanisme par lequel ils améliorent la symptomatologie. Au vu des connaissances actuelles sur la neurobiochimie du cerveau, il paraît probable que le blocage des récepteurs dopaminergiques soit à l'origine de l'efficacité médicamenteuse. C'est malheureusement par ce même mécanisme que les neuroleptiques déclenchent des effets extra-pyramidaux invalidants et qu'ils renforcent la symptomatologie négative déficitaire. L'hyperprolactinémie découle du même phénomène. Une meilleure traçabilité des neurotransmetteurs par l'utilisation de marqueurs a permis d'enrichir ce modèle. La schizophrénie ne peut plus être réduite à une maladie isolée du système dopaminergique. Un modèle plus récent, pertinent et étayé, est la théorie sérotoninergique. Il est apparu après l'utilisation de neuroleptiques atypiques tels que la Clozapine. Celle-ci bloque les récepteurs 5HT_{2A} avec une affinité nettement supérieure au blocage qu'elle exerce sur les récepteurs dopaminergiques D₂. Les antagonistes des récepteurs 5-HT_{2A} et 5-HT_{2C} qui traversent la barrière hémato-encéphalique ont des propriétés antipsychotiques en particulier sur les symptômes de la lignée négative répondant mal aux neuroleptiques classiques. Leur efficacité est associée à une meilleure

Traitement de la schizophrénie : un antipsychotique de nouvelle génération régulateur de la dopamine

tolérance, en particulier en termes de syndromes extra-pyramidaux. Ainsi, la physiopathologie de la schizophrénie comprend divers acteurs dont les rôles sont loin d'être univoques. Il paraît légitime, en neuropharmacologie, d'avoir comme objectif une régulation efficace des substances présentes dans la fente synaptique. « L'obtention d'une stabilisation de l'hyperdopaminergie par un agoniste partiel est probablement la stratégie thérapeutique la plus pertinente dans la schizophrénie ». Quand Arvid Carlsson émet ce genre d'hypothèse, c'est l'ensemble de la communauté scientifique qui s'interroge. Prix Nobel de Médecine en 2000, il est le père de la L-Dopa, pionnier dans la compréhension et le traitement de la maladie de Parkinson. Certes, la physiopathologie de la schizophrénie implique

excessivement stimulés et en augmentant son activité là où ces récepteurs sont, au contraire, insuffisamment stimulés. La régulation de l'hyperactivité dopaminergique mésolimbique et de l'hypoactivité mésocorticale trouve son origine dans ce mécanisme. Cette capacité agoniste partielle explique, probablement, l'effet délétère limité sur les voies nigrostriées et tubéro-infundibulaires. D'un point de vue théorique, il est attendu de l'Aripiprazole, un effet sur la symptomatologie de la schizophrénie avec une incidence neurologique (mouvements involontaires) et endocrinologique (hyperprolactinémie) limitée. Nous verrons, par la suite, que la molécule répond parfaitement à ces exigences. En matière de sélectivité, l'Aripiprazole est un antagoniste des récepteurs dopaminergiques post-synaptiques D₂ et un agoniste des

vision extrêmement désagréables et sources de rupture thérapeutique. Une prise quotidienne de 10 à 15 mg (et jusqu'à 30mg) est recommandée et l'heure d'absorption n'influence pas la biodisponibilité. Les fluctuations plasmatiques, durant la phase d'initiation du traitement, s'estompent après deux semaines.

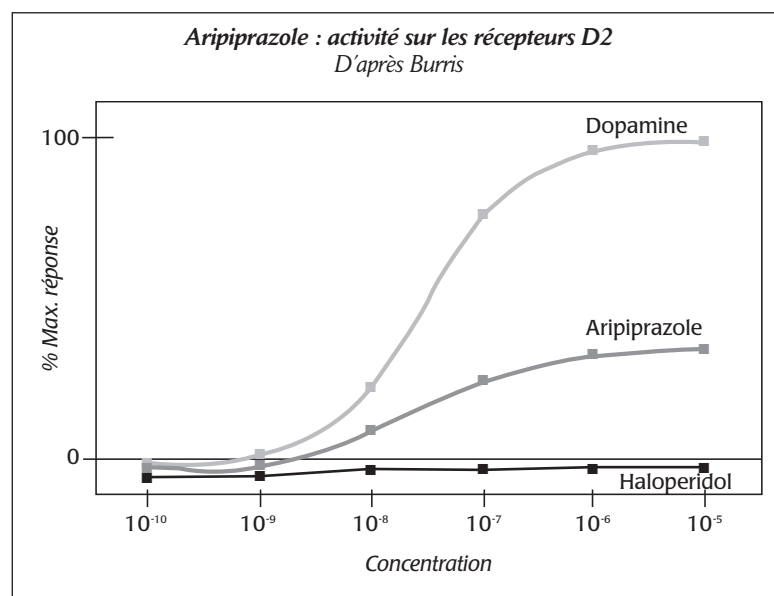
Une efficacité thérapeutique documentée

L'efficacité d'Abilify® dans le traitement de la schizophrénie a été évaluée initialement à court terme (4 à 6 semaines) au moyen d'essais cliniques contrôlés contre placebo menés auprès de patients souffrant de rechutes graves. Dans l'étude de Kane, les symptômes de la schizophrénie ont été évalués principalement à l'aide des échelles standards : l'échelle des symptômes positifs et négatifs (PANSS) ainsi que l'échelle d'impression clinique globale (CGI) qui permet au médecin d'évaluer cliniquement l'état général du patient. L'Aripiprazole et l'Halopéridol, comparés au placebo, ont statistiquement amélioré les scores aux échelles avec une absence d'effets extra-pyramidaux pour l'Aripiprazole.

Un point particulier a éveillé l'attention des expérimentateurs : après un mois de traitement, il n'y a eu aucune incidence de l'Aripiprazole sur le poids des patients.

Siegfried Kasper dirige le Département de Psychiatrie de l'Université de Vienne en Autriche. Il a été coordonnateur de multiples programmes de recherche comparant l'efficacité des traitements chimiques dans la schizophrénie répertoriés depuis dans les Guidelines Internationales. Son étude en double aveugle, randomisée, Aripiprazole (30 mg / jour) versus Halopéridol (10 mg / jour) a été conduite dans 33 centres d'expérimentation aux USA et 137 centres à travers le monde. Les conclusions sont explicites, documentées et largement en faveur de l'Aripiprazole qui présente une efficacité comparable voire supérieure à l'Halopéridol quels que soient les critères d'investigation retenus. L'interruption du traitement du fait d'effets délétères ou de l'absence d'amélioration clinique a été statistiquement (p=0,0001) plus importante dans la cohorte traitée par Halopéridol. Ce rapport clinique démontre avec rigueur l'efficacité à long terme, la sécurité et la tolérance des agonistes dopaminergiques partiels dans la schizophrénie. Dans le cadre de la soumission pour une AMM européenne, les autorités ont reçu des données portant sur plus de 3476 patients schizophrènes ayant pris de l'Aripiprazole, avec une exposition d'environ 2024 patients-années.

Dans une étude naturalistique (Tandon et col.), deux patients sur trois ont évalué Abilify® comme « Bien meilleur, je préfère ce médicament », huit semaines après le remplacement de leur traitement neuroleptique usuel par Abilify®. Cet essai clinique, BETA (Broad Effectiveness Trial with Aripiprazole), incluant 1500 patients, a été présenté le 21 juin 2004 à Paris. C'est au Canada, dans l'équipe du Dr Cornblatt, qu'ont été comparés les effets neurocognitifs de l'Aripiprazole (30mg/j) versus Olanzapine (15mg/j). Les performances globales ont été améliorées par les deux molécules. La mémoire verbale s'est montrée, par contre, être un item discriminant en faveur de l'Aripiprazole.



un traitement stabilisateur de la dopamine, mais il importe aussi d'éviter les conséquences délétères sur les sphères cognitive et métabolique des traitements habituellement administrés. Des études scientifiques récentes suggèrent que l'utilisation de l'Aripiprazole répond à ces différents critères.

Du blocage à la stabilisation des neurotransmetteurs

BMS tient à préciser que tout comme les autres médicaments efficaces dans le traitement de la schizophrénie, le mécanisme d'action d'Abilify®, un dérivé de la quinolinone, demeure inconnu. Les chercheurs pensent, tout de même, qu'il n'agit pas de la même façon que les autres neuroleptiques. Son efficacité est sûrement attribuable à une combinaison de l'activité agoniste partielle sur les récepteurs de la dopamine D₂ et sur les récepteurs de la sérotonine 5-HT_{1A}, ainsi que de l'activité antagoniste sur les récepteurs de la sérotonine 5-HT_{2A}. Par agonisme partiel, il faut comprendre la capacité d'inhiber l'activité d'un récepteur s'il est hyperstimulé, ou de stimuler son activité dans le cas contraire. McQuade a constaté in vitro que la présence simultanée de la dopamine et d'Aripiprazole au niveau des récepteurs de dopamine réduisait l'intensité de la réponse, conduisant à l'hypothèse d'un effet antagoniste. Le même type d'expérience avec de l'Halopéridol entraîne un blocage complet de toute activité du tissu cellulaire (cf. Figure). Abilify® exerce une régulation sur la dopamine en atténuant ses effets dans les aires cérébrales où les récepteurs D₂ sont

La prise en charge somatique du patient schizophrène

La vulnérabilité du schizophrène au diabète, aux coronaropathies, à l'HTA ampute son espérance de vie de 20%. Cette sensibilité est multifactorielle: aux causes génétiques, familiales, s'ajoutent les particularités du mode de vie de nos patients tels que le tabagisme, la sédentarité, la consommation d'alcool et de drogue. Certains antipsychotiques aggravent cette situation somatique précaire en élevant les triglycérides ou le cholestérol, en déclenchant un diabète de type II, en favorisant une prise de poids ou en modifiant les tracés électrocardiographiques. Tout prescripteur est sensibilisé au dépistage des affections neurologiques (syndromes parkinsoniens et extra-pyramidaux, dyskésies) consécutifs à l'utilisation des neuroleptiques conventionnels. L'avènement des prescriptions d'antipsychotiques dits atypiques doit s'accompagner de bilans métaboliques systématiques d'autant que le retentissement cardio-vasculaire ou endocrinologique est propre à chaque molécule. Nous n'y prêtons que trop peu d'attention. Daniel Casey, Psychiatre et Neurologue, est reconnu par la communauté internationale pour ses travaux (200 publications) sur la morbidité et la mortalité des patients schizophrènes. Il appuie son exposé sur des valeurs chiffrées préoccupantes. L'âge moyen de décès avoisine les 61 ans vs 76 ans pour la population appariée. La prévalence de l'obésité explose avec 42% des patients au BMI (Body Mass Index) pathologique. Le taux de diabète de type II, est lui, deux fois supérieur. Ainsi, les risques de décéder d'une maladie cardio-vasculaire, sont multipliés par 2 chez les patients schizophrènes. Le Professeur Casey distingue des facteurs de risque non modifiables (histoire familiale et personnelle, âge, sexe) de ceux qu'il reste possible de corriger ou de prévenir (obésité, dyslipidémie, diabète, HTA, tabac, activité physique). Le choix d'un traitement répond à plusieurs impératifs : le rapport bénéfice/risque, les traitements antérieurs utilisés, l'expérience du prescripteur, les désirs du patient, conditionnent la rédaction de l'ordonnance. Certains paramètres biologiques sensibles peuvent orienter nos préférences. Les résultats de la conférence de consensus *Antipsychotic Drugs, Obesity and Diabetes* ont été publiés dans la revue *Diabetes Care* en février 2004. On y lit en conclusion : « Les SGA (Second Generation Antipsychotic) apportent un bénéfice considérable à une large population souffrant de troubles psychiatriques. A l'image de tout médicament, les SGA sont accompagnés d'effets indésirables. Citons dans un premier

panel, le risque d'obésité, de diabète et de dyslipidémie. Ces trois pathologies sont étroitement liées et leur prévalence dépend du SGA utilisé. La Clozapine et l'Olanzapine sont associées au plus grand risque de prise de poids et à l'apparition la plus fréquente de diabète et de dyslipidémie. La Risperidone et la Quétiapine apparaissent avoir un effet intermédiaire. L'Aripiprazole et la Ziprasidone sont associés à un gain de poids, un diabète ou une dyslipidémie faibles ou inexistantes mais leur expérience est limitée ». L'innocuité et la tolérance d'Abilify® ont été établis lors d'études menées auprès de 5500 sujets cumulant près de 3600 années-patients de traitement. Cela comprend plus de 1250 sujets traités pendant un minimum d'une année. L'apparition limitée d'effets secondaires est à souligner. Ces essais n'ont révélé aucun écart au niveau de l'incidence d'abandon attribuable aux effets indésirables entre le groupe traité par Abilify® (7%) et celui ayant reçu un placebo (9%). Parmi les effets secondaires constatés le plus fréquemment citons les céphalées, l'anxiété et l'insomnie. Rares sont les sujets affectés par de la somnolence (premier argument avancé habituellement par les patients pour interrompre leur traitement), 11% des patients ont souffert de sédation (contre 8% avec le placebo). L'hypotension orthostatique parfois constatée est à attribuer à un probable effet antagoniste des récepteurs alpha1 adrénergiques. L'allongement de l'intervalle QTc à l'ECG est identique à celui du placebo. Morganti, membre de l'Université de Leeds, dans le cadre du système Cochrane Database, a effectué une revue de la littérature particulièrement exhaustive. L'élargissement de l'espace QTc y est inférieur à celui constaté avec un autre antipsychotique atypique (la Risperidone). L'induction d'effets secondaires neurologiques est un élément de la définition princeps du concept de neuroleptique. Les essais cliniques à court terme contrôlés contre placebo ont révélé, tant chez les sujets traités par Abilify® que chez les sujets du groupe témoin, une incidence de 6% de syndromes extra-pyramidaux. Les syndromes neurologiques, handicapants, visibles et stigmatisants, sont une source non négligeable de rupture de soin. Marder signe dans *Schizophrenia Research* une vaste étude où il conclue à une prévalence comparable des effets extra-pyramidaux chez les témoins prenant un placebo et chez les patients sous Aripiprazole. Dans une étude à long terme sur 26 semaines contrôlée versus Olanzapine, l'incidence des symptômes extra-pyramidaux a été de 16,8% chez les patients traités par l'Aripiprazole et de 15,7% chez ceux ayant reçu de l'Olanzapine. Les compétences d'agoniste partiel permettent semblait-il à l'Aripiprazole de stabiliser le taux

Un site Internet pour mieux comprendre la schizophrénie

Schiz'ose dire est un programme d'actions destiné à sensibiliser le grand public sur la schizophrénie et sur sa prise en charge. Cette initiative est née d'une nécessité exprimée par les patients, leurs proches et le personnel soignant d'en savoir plus sur cette pathologie et sur les stratégies thérapeutiques envisageables. Un site Internet leur est désormais dédié pour les aider au quotidien à « mieux vivre » et à comprendre cette pathologie qui touche 1% de la population mondiale.

www.schizosedire.com a été développé pour apporter une information claire, exhaustive et pragmatique, répondant aux interrogations des patients, de leurs familles, de leur entourage et du personnel soignant.

Il permet surtout de comprendre que la vie du patient ne se réduit pas à LA maladie mais qu'il souffre D'UNE maladie et que des professionnels, des associations et des programmes sont là pour l'aider.

Le site accompagne, en quelques clics, tous ceux qui souhaitent être informés sur la schizophrénie, établir le dialogue, être rassurés ou orientés.

C'est un lieu d'échanges où tous peuvent s'exprimer à travers des manifestations artistiques et des témoignages.

www.schizosedire.com s'articule autour de 3 parties :

- comprendre : pour donner des réponses aux questions les plus fréquemment posées par les patients et leurs proches ;
- s'exprimer : pour donner la parole aux patients, à la famille et aux soignants ;
- agir : pour relayer l'information sur les dernières actualités, les actions ou événements importants, l'agenda des dernières manifestations. ■ B.L.

de dopamine. Ces capacités de régulation couplées à une hypersélectivité expliquent l'incidence limitée des effets extra-pyramidaux. L'absence de recul clinique ne permet pas d'avoir d'information précise au sujet de l'apparition de mouvements involontaires tels que des dyskésies tardives. Cependant, l'absence d'ajustement du nombre des récepteurs D2 habituellement retrouvé après traitement neuroleptique laisse présager une absence de troubles neurologiques à long terme. Le système dopaminergique tubéro-infundibulaire joue un rôle essentiel dans la régulation de la prolactine. L'élévation du taux plasmatique de prolactine est un désordre endocrinien fréquemment associé aux neuroleptiques par un mécanisme de blocage des récepteurs dopaminergiques. Les traductions cliniques sont particulièrement gênantes: outre la galactorrhée, les femmes voient leur cycle menstruel se dérégler et les hommes apparaître un dysfonctionnement sexuel. A l'extrême, des cas d'ostéoporose ont pu être décrits. Contrairement aux neuroleptiques (conventionnels et atypiques) susceptibles d'augmenter le taux de prolactine, l'Aripiprazole, quelle que soit la dose utilisée, a tendance à en diminuer les concentrations plasmatiques. Bref, cette molécule semble être bien tolérée, elle présente un profil pondéral exceptionnel, elle ne nécessite aucun bilan pré-thérapeutique ni n'implique une surveillance biologique particulière.

Conclusion

Parce que qualité de soin et qualité de vie sont tout simplement indissociables, les recommandations en termes de médicaments à prescrire chez nos patients schizophrènes publiées dans les Guidelines ont évolué. Les plus récentes argumentent en faveur d'une utilisation en première intention des antipsychotiques atypiques dont les effets sont similaires aux référentiels mais dont la tolérance neurologique est bien meilleure et en particulier leur moindre induction d'effets extra-pyramidaux. Le syndrome métabolique décrit ces dernières années mérite une vigilance toute particulière. L'Aripiprazole répond à ces critères en ayant montré son efficacité sur la symptomatologie, en respectant les capacités cognitives déjà bien mises à mal par la maladie tout en induisant un minimum d'effets adverses. Il offre une nouvelle approche du traitement de la schizophrénie en stabilisant le système dopamine/sérotinine. Abilify® est disponible dans 16 pays à travers le monde et 560 000 patients ont déjà pu en bénéficier. Il reste à préciser les spécificités de l'Aripiprazole avec, notamment, une

meilleure appréhension de ses capacités à juguler l'anxiété ou à prendre en charge les troubles thymiques liés à la schizophrénie. ■

Eric HENSGEN

Psychiatre, Service du Docteur C. SCHAAL, Centre Hospitalier de Rouffach

(*)Symposiums satellites co-organisés par les laboratoires Bristol-Myers Squibb et Otsuka Pharmaceutical:

- "The Next Generation of Antipsychotics and the Future of Schizophrenia Care"
- "Beyond Schizophrenia: The Expanding Role of Next-Generation Antipsychotics in Psychiatric Illness"

Bibliographie

American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American Association of Clinical Endocrinologists; North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care*. 2004 Feb;27(2):596-601.

BURRIS KD, MOLSKI TF, XU C, RYAN E, TOTTORI K, KIKUCHI T, YOCCA FD, MOLINOFF PB, Aripiprazole, a novel antipsychotic, is a high-affinity partial agonist at human dopamine D2 receptors. *J Pharmacol Exp Ther*. 2002 Jul;302(1):381-9.

DELEON A, PATEL NC, CRISMON ML, Aripiprazole: a comprehensive review of its pharmacology, clinical efficacy, and tolerability. *Clin Ther*. 2004 May;26(5):649-66.

EL-SAYEH HG, MORGANTI C, Aripiprazole for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD004578.

GREEN B, Focus on aripiprazole. *Curr Med Res Opin*. 2004;20(2):207-13.

GRUNDER G, CARLSSON A, WONG DF, Mechanism of new antipsychotic medications: occupancy is not just antagonism. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Oct; 60(10): 974-7.

KANE JM, CARSON WH, SAHA AR, MCQUADE RD, INGENITO GG, ZIMBROFF DL, ALI MW, Efficacy and safety of aripiprazole and haloperidol versus placebo in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002 Sep;63(9):763-71.

KASPER S, LERMAN MN, MCQUADE RD, SAHA A, CARSON WH, ALI M, ARCHIBALD D, INGENITO G, MARCUS R, PIGOTT T, Efficacy and safety of aripiprazole vs. haloperidol for long-term maintenance treatment following acute relapse of schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2003 Dec;6(4):325-37.

LLORCA M. Quels sont les agents pharmacologiques les mieux adaptés au traitement des schizophrénies débutantes ? Les schizophrénies débutantes. Conférence de consensus janvier 2003. Ed. John Libbey Eurotext.

MARDER SR, ESSOCK SM, MILLER AL, BUCHANAN RW, CASEY DE, DAVIS JM, KANE JM, LIEBERMAN JA, SCHOOLER NR, COVELL N, STROUP S, WEISSMAN EM, WIRSHING DA, HALL CS, POGACH L, PI-SUNYER X, BIGGER JT JR, FRIEDMAN A, KLEINBERG D, YEVICH SJ, DAVIS B, SHON S, Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004 Aug;161(8):1334-49.

MARDER SR, MCQUADE RD, STOCK

E, KAPLITA S, MARCUS R, SAFFERMAN AZ, SAHA A, ALI M, IWAMOTO T. Aripiprazole in the treatment of schizophrenia: safety and tolerability in short-term, placebo-controlled trials. *Schizophr Res*. 2003 Jun 1;61(2-3):123-36.

PIGOTT TA, CARSON WH, SAHA AR, TORBEYNS AF, STOCK EG, INGENITO GG, Aripiprazole Study Group. Aripiprazole for the prevention of relapse in stabilized patients with chronic schizophrenia: a placebo-controlled 26-week study. *J Clin Psychiatry*. 2003 Sep;64(9):1048-56.

POTKIN SG, SAHA AR, KUJAWA MJ, CARSON WH, ALI M, STOCK E, STRINGFELLOW J, INGENITO G, MARDER SR, Aripiprazole, an antipsychotic with a novel mechanism of action, and risperidone vs placebo in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Jul;60(7):681-90.

TANDON et al, Preference of medication: percent of patients rating new treatment "much better" than the previous one, Presented at IPS 2003.

LIVRES

Le cancer Approche psychodynamique chez l'adulte

Sous la direction de Patrick Ben Soussan
Préface de Pascale Briand
Erès 28€

Ce livre propose de penser le cancer et ses répercussions psychoaffectives dans une démarche narrative qui est attentive à l'histoire individuelle du patient, dans le réel tout autant qu'aux confins de ses représentations psychiques. Elle intègre aussi les facteurs culturels, sociaux, groupaux, qui surdéterminent souvent certains comportements et certaines opinions des patients. Cette réalité psychique individuelle se trouve particulièrement mobilisée quand la maladie, par les facteurs actuels, voire vitaux, qu'elle convoque, rappelle des événements traumatiques, évoque des fantasmes ou se heurte à des difficultés de per-laboration. Des symptômes, voire des « décompensations », s'expriment alors et révèlent la précarité de l'équilibre antérieur maintenu jusque-là avec peine ou aisément.

L'expérience subjective de la maladie cancéreuse est abordée ici hors de toute logique de causalité psychosomatique et de toute démarche où la psychogenèse serait censée se mesurer à l'organogenèse. Le constat est fait qu'il existe un fait organique considéré comme objectif et incontournable, en se centrant davantage sur les relations entre le psychisme et l'expérience de la maladie, avec ses conséquences motrices, cognitives, perceptives, et sur la façon dont celles-ci s'intègrent dans la vie fantasmatique du sujet et de son entourage, dans son histoire personnelle et familiale, qu'elle soit consciente ou inconsciente.

Avec la participation de : Jérôme Alric, Yolande Arnault, Jean-Simon Azario, Nicole Bellemine-Noël, Marie-Laure Cadart, Mireille Destandau, Thérèse Dhomont, Eric Dudoit, Florence Duffaut, François Eisinger, Roger Favre, Roland Gori, Anne-Marie Gros, Benjamin Jacobi, Anne-Gaëlle Le Corroller Soriano, Pierre Le Coz, Geneviève Lemaignan, Perrine Malzac, Jean-Paul Moatti, Cynthia Nunez de Freitas, Sandy Orsini, Isabelle Pellegrini, Christel Protiere, Bénédicte Robin, Aline Sarradon-Eck, René Schaefer, Hagay Sobol, Jean-Louis Vidalenc, Robert Zittoun.

Vivre le grand âge de nos parents

Anne Belot, Joëlle Chabert
Albin Michel 20€

Deux journalistes spécialisées dans les questions du grand âge, passent en revue, avec l'aide de nombreux spécialistes, cinquante situations caractéristiques des relations que nous pouvons tous avoir avec des parents âgés, qui perdent peu à peu une partie de leur autonomie. Ils abordent des sujets de vie quotidienne et de psychologie mais aussi des sujets plus graves, tels que la maladie d'Alzheimer ou le suicide.

SÉMINAIRE DU JEUDI - Rencontres cliniques

Association ECART

Enseignement Création Analyse Recherche Transmission

Thème 2005

Transmission / Psychanalyse

• 20 janvier 2005 : Marie ALIONE, Pédo-psychiatre, Psychanalyste, responsable du secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Alès (Gard), membre de l'Association Espace Analytique, interviendra sur le thème « Raconte-moi une histoire... ».

• 24 mars 2005 : Dominique GUYOMARD, Psychanalyste, membre actif de la SPF (Société de Psychanalyse Freudienne), interviendra sur le thème « Les liens cachés de la transmission ».

• 21 avril 2005 : « Les travailleuses sociales ont la parole » : Annie ESTEULE, Mireille BUREAU, Nadège ORTHET, Christine DANQUIGNY.

• 12 mai 2005 : « Les psychologues stagiaires ont la parole ».

• 19 mai 2005 : Françoise DELBARY, Psychanalyste, membre du Cercle Freudien, Philosophe, interviendra sur le thème « Transmission et inconscient : l'aménagement généalogique ».

Hôpital Esquirol, porte 19, 10h30. Responsable du séminaire : Florence Reznik.

LIVRES ET REVUES

Variations

Psychotropes

Revue internationale des toxicomanies et des addictions 2004, n° 1

De Boeck 32 €

Dans ce numéro Romain Giffard, dans une recherche personnelle, interroge la famille du toxicomane, à travers ses mythes, en l'occurrence celui de « famille sans histoire ». Il émet l'hypothèse d'une toxicomanie qui représenterait une attaque d'un mythe familial normalisant et banalisant, qui, rigide, inadapté et ne servant plus le groupe, ne correspondrait à aucune réalité. L'article de Michel Makouala est l'œuvre d'une recherche collective faite par une équipe du Nord de la France. Elle concerne le suivi de 116 toxicomanes sur une durée d'un an. Les enquêtes de suivi de cohortes de toxicomanes sont difficiles à réaliser et les publications sont donc, en France, très rares sur ce sujet. Pascal Hachet, psychologue intervenant auprès de toxicomanes incarcérés, fait par de ses réflexions théoriques et cliniques quant à ce mode de prise en charge. Il montre les obstacles de ce travail, mais aussi l'intérêt que ce cadre si particulier peut apporter. Dans la rubrique « *Fait clinique* », Virginie Gourlay interroge le rang de naissance dans la fratrie du toxicomane et Xavier Aknine rapporte un cas de primoconsommation de Subutex. Christian Sueur, bien connu dans le milieu des intervenants en toxicomanie, notamment pour son implication dans Médecins du Monde, livre une communication concernant les drogues de synthèses. Il émet ses opinions concernant la façon dont la société reçoit et répond à ces nouvelles drogues.

Dans une rubrique « *Institution* », Bruno Didier, thérapeute au centre APTE, présente l'institution dans laquelle il exerce. Ce qui permet de découvrir ce type de thérapie, en communauté, inspiré du modèle du Minnesota et très mal connu en France.

Dans la lettre à la rédaction, Victor Simon réagit à l'article de Christian Miel, « *Hypnose et toxicomanie* », paru dans le volume 9 (1).

L'impossible de l'accès à la parole

Quatre histoires cliniques : autisme, mutisme psychotique, dépression infantile et deuil chez l'enfant

Michel Leverrier

Erès 23 €

Ce livre présente quatre études cliniques singulières issues d'une pratique quotidienne de psychanalyste en institution (CMPP, service de psychiatrie infantile) avec enfants et familles. Ces études interrogent les impasses et les advenues du sujet à la parole où le désir de l'analytique est convoqué. Le lecteur chemine avec l'auteur aux côtés d'Alain enfant autiste devenu adulte qui entretient depuis vingt ans l'étrange dialogue « *même jour, même heure* », de René, 6 ans, souffrant de mutisme psychotique, de Gaby, 2 ans, en prise à une dépression infantile ou encore de Gabriel, 13 ans, confronté à la mort de sa mère. Ces quatre histoires cliniques forment un ensemble où la même question se répète. Celle d'un impossible commencement. L'impossible de l'accès à la parole et parfois au langage, qui se révèle dans les troubles graves (autisme, psychose) ou précoces et dans certains deuils (avec perte de la parole et décompensation). Est, ainsi, éclairé un possible-impossible pour tout sujet mis en demeure de parler (« *en proie à la parole et au langage* »). Cet impossible (pathologique) en questionne un autre (ordinaire) articulé à une méconnaissance primordiale (de structure : castration originelle) aux fondements du refoulement originaire.

La prévalence de la dépression dans la population générale française est évaluée à 5%, avec un ratio femmes/hommes de 2,2 (1, 2). Le premier interlocuteur du sujet déprimé est, la plupart du temps, le médecin généraliste qui, de fait, assure la prise en charge de 70% des dépressions en France.

Lors de la consultation, les difficultés diagnostiques auxquelles peut être confronté le médecin généraliste sont nombreuses. Le patient n'exprime pas toujours clairement ni spontanément ses symptômes.

Par ailleurs, le médecin peut manquer d'aisance pour aborder les problèmes psychologiques ou manquer tout simplement de temps, voire d'information quant au caractère polymorphe des symptômes et à la prévalence réelle des troubles dépressifs en médecine générale. Ces conditions particulières de repérage et de diagnostic de la dépression ont été décrites dans un rapport d'experts, « *Itinéraires des déprimés* » (1).

Guérissable lorsque la prise en charge est adaptée, la dépression n'en reste pas moins une pathologie où les cas de récurrence sont fréquents (50% lorsqu'il s'agit d'un premier épisode) et le risque de chronicisation important (20% des cas) (1, 3).

La dépression est, également, souvent associée à une comorbidité psychiatrique et organique importante, ainsi qu'à un taux de mortalité élevé en raison du passage à l'acte suicidaire qui est multiplié. On prend ainsi facilement la mesure de l'importance d'un diagnostic précoce, d'une prise en charge efficace et d'un suivi du patient déprimé qui doit s'envisager sur le long terme (de 6 mois à 1 an selon les recommandations) (5, 6).

L'efficacité de la prise en charge d'un patient déprimé est à la fois une notion difficile à cerner et un but difficile à atteindre. Les recommandations de l'Afssaps et de l'ANAES guident le clinicien dans sa réflexion thérapeutique en exposant les stratégies et les moyens (antidépresseurs, psychothérapies, électroconvulsivothérapie, ...) reconnus efficaces dans le traitement du sujet déprimé (5, 7).

A ce jour pourtant, la moitié seulement des dépressions caractérisées identifiées bénéficie d'une prescription médicamenteuse, et un tiers seulement de ces prescriptions concerne un antidépresseur.

De plus, la moitié des patients ne respecteraient pas leur prescription (1, 8), la durée effective moyenne de prise des traitements antidépresseurs étant de 2,8 mois alors que la moitié de ces traitements sont prescrits sur des durées supérieures à 8 mois (1).

Réticence à admettre le problème, incrédulité face au caractère pathologique du trouble et à la nécessité de le médicaliser, méfiance vis-à-vis des traitements psychotropes, insuffisance de l'accompagnement médical sont autant de facteurs qui retardent voire occultent la prise en charge médicale du trouble dépressif et compromettent fortement les chances de rémission (1). On se retrouve ainsi dans une situation où, parmi les 30 à 50% de personnes déprimées entrant effectivement dans le système de soins, seule une minorité est traitée efficacement en dépit des moyens qui leurs sont consacrés (1, 5).

Devant ce constat, on peut s'interroger sur la place et l'expertise du spécialiste dans la prise en charge de la pathologie dépressive.

Dans notre système de soins, un patient sur 3 s'adresse directement au psychiatre lorsqu'il souffre de troubles dépressifs (6), et le recours systématique au médecin psychiatre n'est pas recommandé. Dans la pratique, le médecin généraliste peut lui-même être amené à orienter son patient vers le psychiatre, que ce soit par nécessité d'une prise en charge spécialisée ou à la demande du patient.

Quelle est la trajectoire du patient déprimé avant la prise en charge par un psychiatre ?

Dans ce contexte, l'amélioration de la prise en charge du sujet déprimé passe par :

- l'identification du stade de la dépression auquel le patient est pris en charge par le psychiatre libéral et la connaissance des raisons du recours au psychiatre ;

- la reconstitution et l'appréciation de la « trajectoire » du patient par le psychiatre, de façon à identifier les contextes où la prise en charge thérapeutique a été optimale et, a contrario, les situations où elle aurait pu être améliorée.

L'observatoire TRAJECTOIRE s'inscrit dans cette démarche d'amélioration de la prise en charge du sujet déprimé par une meilleure connaissance de son parcours médical. Cette enquête, mise en place par les Laboratoires Organon, a permis de rendre compte des différents profils de patients arrivant chez le spécialiste pour un épisode dépressif majeur (EDM, c'est-à-dire caractérisé, en les corrélant à la trajectoire de ces patients à travers le système de soins français.

L'observatoire Trajectoire : objectifs et méthodologie

Nature et objectifs de l'observatoire

TRAJECTOIRE est une enquête observationnelle longitudinale non interventionnelle, réalisée en France métropolitaine d'avril à octobre 2003 auprès de psychiatres libéraux et de patients présentant un épisode dépressif majeur (EDM). L'objectif était double :

- décrire la trajectoire antérieure d'un patient déprimé, les raisons qui le conduisent à la consultation psychiatrique, et la prise en charge thérapeutique dont il fait l'objet à l'issue de cette consultation ;

- corrélater l'appréciation, par le psychiatre libéral, de la « *chronologie* » de la prise en charge du patient déprimé avec sa trajectoire reconstituée.

Populations de l'observatoire

342 psychiatres libéraux exerçant en France métropolitaine ont participé à cet observatoire, dont 74% d'hommes et 26% de femmes. 54% des psychiatres ont une activité hors cabinet (à l'hôpital, en institution, en clinique privée...). Les médecins sont répartis sur l'ensemble du territoire, 54% d'entre eux exerçant dans des agglomérations de plus de 100 000 habitants. En moyenne, les psychiatres participants voient chaque mois 284 patients en consultation, dont 46% de patients suivis pour un épisode dépressif majeur. Chaque psychiatre participant devait recruter, consécutivement, les 4 premiers patients se présentant à sa consultation et répondant aux critères d'éligibilité de l'observatoire. Pour être inclus dans l'observatoire, les patients devaient être âgés de 18 ans et plus, présenter un EDM, et être vus par le psychiatre dans le cadre de l'initiation ou de la modification d'un traitement antidépresseur, mais pas dans le cadre d'un suivi par le psychiatre observateur. Seuls les patients nouveaux ou non vus par le psychiatre observateur depuis au moins 1 an pouvaient être sélectionnés.

Ainsi, 1 297 patients dépressifs ont été inclus dans l'observatoire (soit 3,8 patients par psychiatre), âgés en moyenne de 44 ans. On observe une prédominance féminine (67% de femmes), habituelle chez les patients souffrant

de dépression. 72% des patients sont actifs professionnellement et 63% vivent en couple.

Méthodologie

Pour chaque patient sélectionné, le médecin participant devait compléter un questionnaire à l'occasion de la consultation d'inclusion, et remettre au patient un autoquestionnaire à la fin de la visite. Le questionnaire portait sur la trajectoire du patient (médecins visités, délais de suivi, contexte de la consultation d'inclusion, ...) et sa prise en charge thérapeutique (antérieure et prescrite lors de la consultation). Par ailleurs, il était demandé au médecin participant d'évaluer la chronologie de la prise en charge du patient et son adéquation avec l'état dépressif. L'autoquestionnaire, ouvert et facultatif, portait sur l'historique de la dépression et était destiné à enrichir les informations transmises spontanément par le patient lors de la visite d'inclusion.

Dans les 4 semaines suivant l'inclusion de chaque patient, le médecin participant devait compléter une fiche de bilan récapitulative du suivi du patient sur cette période, que ce patient ait été revu par le médecin participant au cours de cette période ou non. Ainsi, 1 069 patients (soit 82% de la cohorte initiale) ont été revus par les psychiatres à l'occasion de la consultation de bilan.

L'observatoire Trajectoire : principaux résultats

Contexte de la consultation

57% des patients se rendent chez le psychiatre pour un état dépressif déjà

identifié, et 65% avec une demande personnelle de prise en charge.

Le rôle du médecin généraliste s'avère important dans la trajectoire des patients.

En effet, 44% des patients sont adressés au psychiatre par un médecin généraliste (35% se sont rendus directement chez le spécialiste ; 15% sont adressés par un autre psychiatre ou un autre spécialiste ; 4% par un professionnel médico-social) et le choix du psychiatre repose sur les recommandations du médecin généraliste pour 46% des patients (sur les recommandations de l'entourage pour 28% des patients, et sur celles d'un autre médecin pour 9% des patients).

88% des patients consultent le psychiatre volontairement.

Dans les cas contraires, les patients consultent, principalement, sur l'insistance de leur entourage (6%) et/ou sur l'insistance d'une autorité médicale (5%).

Antécédents dépressifs

L'épisode dépressif en cours est le premier pour 58% des patients. Il s'agit du 2^{ème} EDM pour 24% des patients, et du 3^{ème} pour 18% des patients.

49% des patients pour lesquels il s'agit du premier EDM ont été adressés au psychiatre par un médecin généraliste. 44% des patients pour lesquels il s'agit du deuxième EDM (ou plus) se sont rendus directement chez le psychiatre.

Enfin, il apparaît que 13% des patients ont déjà été hospitalisés en raison de leur état dépressif et 12% ont déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide.

Les patients pour lesquels il s'agit du deuxième EDM (ou plus) sont plus nombreux à avoir déjà été hospitalisés

Mise sur le marché de Ritaline® LP : une seule prise par jour dans le traitement du TDAH

Le chlorhydrate de méthylphénidate, ou Ritaline® comprimé a obtenu son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en juillet 1995, dans le traitement du Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) chez l'enfant de plus de 6 ans, sans limite supérieure d'âge. Jusqu'à présent, il était disponible sous sa forme comprimé au dosage de 10 mg.

Chez les patients dont la prise en charge thérapeutique nécessite deux à trois prises de Ritaline® par jour, la forme comprimé n'est pas adaptée aux contraintes de la vie quotidienne (introduction d'un stupéfiant en milieu scolaire, stigmatisation du patient et observance difficile).

Il semblait nécessaire de décliner l'efficacité de méthylphénidate sous une forme à libération prolongée permettant d'éviter ces aléas grâce à une prise unique quotidienne, le matin. La mise à disposition d'une forme à libération prolongée de méthylphénidate était un besoin identifié et reconnu par la mission pédiatrique de l'AFSSAPS.

Depuis Juin 2004, Ritaline® LP, gélules à libération prolongée est disponible :

Ritaline® LP 20 mg AMM 362 313-8 : 30 gélules en flacon.

Ritaline® LP 30 mg AMM 362 315-0 : 30 gélules en flacon.

Ritaline® LP 40 mg AMM 362 317-3 : 30 gélules en flacon.

La galénique de Ritaline® LP permet une libération immédiate de 50% de la dose, une 2^{ème} libération intervenant 4h après la prise, pour une durée d'action prolongée. Ritaline® LP mime ainsi la double prise quotidienne à 4 heures d'intervalle (matin et midi) de Ritaline® à libération immédiate. Le pic plasmatique intervient 2 heures après la prise, la biodisponibilité est comparable à celle de la même dose totale de Ritaline® cp administrée matin et midi et les fluctuations journalières des concentrations plasmatiques de méthylphénidate sont moindres qu'avec Ritaline® cp 2/jour.

Ritaline® LP est un stupéfiant soumis à une prescription sur ordonnance répondant aux spécifications fixées par l'arrêté du 31 mars 1999 et à une prescription initiale hospitalière annuelle réservée aux spécialistes et/ou aux services spécialisés en neurologie, psychiatrie et pédiatrie. La prescription initiale hospitalière a une validité d'un an. Dans les périodes intermédiaires, tout médecin peut renouveler cette prescription. Ritaline® LP est délivrée par un pharmacien d'officine sur présentation de la prescription initiale hospitalière ou de la prescription d'un autre médecin accompagnée d'une prescription initiale hospitalière datant de moins d'un an.

Le traitement doit être intégré dans une stratégie globale de prise en charge psychothérapeutique et éducative du patient. ■

Communiqué de presse du 23 septembre 2004 des laboratoires Novartis.

(26%) ou à avoir tenté de se suicider (20%) que ceux pour lesquels l'EDM en cours est le premier (respectivement 4 et 5%).

Caractéristiques de l'épisode dépressif en cours

Les premiers symptômes qui ont marqué le début de l'épisode dépressif en cours étaient principalement de nature psychique (anxiété, aboulie, tristesse, insomnie, anorexie...), identifiés chez 87% des patients revus lors de la consultation de bilan. 47% des patients revus ont présenté des manifestations somatiques (céphalées, douleurs, vertiges, palpitations,...). Par ailleurs, 31% des patients ont bénéficié d'un traitement pour ces symptômes avant que le diagnostic de dépression ne soit finalement posé.

L'épisode dépressif en cours est associé à un ou plusieurs événements de vie pour 76% des patients, principalement d'origine familiale.

55% des patients revus présentent, au moins, une comorbidité associée à leur épisode dépressif actuel. Il s'agit d'une comorbidité psychiatrique pour 99% des patients, associée à une comorbidité de nature organique pour 20% d'entre eux. L'anxiété est fortement associée à l'état dépressif des patients puisqu'elle touche 74% des patients.

Cette observation est habituelle chez les patients dépressifs, l'anxiété étant connue comme indice de gravité de la dépression. L'alcoolisation concerne 14 % des patients. Cette surreprésentation de l'alcoolisme (6,1% dans la cohorte totale des patients versus 3,3% dans la population générale) concorde avec les données épidémiologiques ⁽¹²⁾.

Les maladies endocriniennes (diabète, obésité, ...) sont les plus représentées parmi les patients avec comorbidité organique.

Enfin, l'état dépressif actuel entraîne un handicap chez 67% des patients, de forte intensité pour la moitié d'entre eux.

Traitement de l'épisode dépressif en cours au moment de la première consultation

48% des patients ont déjà un traitement médicamenteux en cours le jour de la consultation psychiatrique. 52% de ces patients prennent un IRS (inhibiteur de la recapture de la sérotonine), 35% une BZD (benzodiazépine), 13% une BZD hypnotique, 10% un antidépresseur tricyclique ou imipraminique, et 10% un autre antidépresseur. Pour 80% de ces patients, le traitement a été prescrit par un médecin généraliste. 49% des patients traités le sont en monothérapie, 30% par bithérapie et 21% par polythérapie.

L'observance au traitement est jugée « très bonne » par les psychiatres pour 38% des patients traités, et « correcte » pour 48% d'entre eux. 17% des patients traités ont également bénéficié d'un accompagnement psychothérapeutique. Environ 5% des patients de la cohorte totale ont bénéficié d'une psychothérapie sans traitement médicamenteux associé.

Evaluation de la trajectoire des patients

Pour la majorité des patients, il s'est écoulé moins de 6 mois entre l'apparition des premiers symptômes de l'épisode dépressif et la prise en charge médicale (c'est-à-dire de la première consultation chez un médecin à la première prescription d'un traitement psychotrope, diagnostic inclus).

Le délai entre le diagnostic de dépression et la mise en place du premier traitement psychotrope a été inférieur à 1 mois pour 61% des patients.

Les psychiatres estiment que la prise en charge antérieure de l'état dépressif actuel a été « optimale » pour 49% des

patients. En effet, le délai entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic d'EDM d'une part, et la prescription médicamenteuse d'autre part, a été jugé satisfaisant pour respectivement 57% et 55% des patients. L'appréciation globalement positive de la trajectoire médicale des patients dépressifs arrivant à la consultation des psychiatres n'exclut, cependant, pas la nécessité d'une consultation psychiatrique selon les médecins participants. En effet, les psychiatres estiment qu'une consultation psychiatrique était nécessaire pour 95% des patients et qu'elle aurait dû être plus précoce pour 59% d'entre eux.

Prise en charge à l'issue de la consultation

Les psychiatres ont prescrit au moins un traitement médicamenteux à tous les patients de la cohorte : un IRS à 22% des patients, une BZD à 18%, une BZD hypnotique à 9%, et un antidépresseur non-tricyclique ou non-imipraminique à 71% (aucune prescription d'antidépresseur tricyclique ou imipraminique).

63% des patients ont été mis sous monothérapie, 19% sous bithérapie et 17% sous trithérapie ou plus. Pour l'ensemble des patients, la gravité de l'état dépressif est le premier élément de motivation de la prescription, cité par les psychiatres pour 66% de leurs patients.

L'inefficacité de la prise en charge antérieure (s'agissant du traitement médicamenteux inadapté ou inefficace, ou de la mauvaise observance) a été l'élément moteur de la prescription des psychiatres pour plus des deux tiers des patients déjà traités (soit 40% et 32% de la cohorte totale des patients). Enfin, 92% des psychiatres interrogés estiment que le délai nécessaire pour évaluer l'efficacité de leur prescription est de 2 à 4 semaines.

Influence du parcours médical du patient sur sa prise en charge

Quelques différences de profils et de parcours ont été observées entre les patients ayant d'abord consulté un médecin généraliste pour leurs symptômes dépressifs (44% de la cohorte totale), et ceux s'étant directement adressés à un psychiatre de ville (35% de la cohorte totale). Parmi les patients s'adressant directement au psychiatre, il existe quasiment autant de cas de premier EDM que de récurrence dépressive (respectivement 47 et 53% des patients en accès direct).

En revanche, 63% des patients qui ont été adressés au psychiatre par un médecin généraliste présentent un EDM pour la première fois.

Parmi ces patients adressés par un médecin généraliste, 65% ont un traitement en cours à l'arrivée à la consultation, contre 32% pour les patients en accès direct chez le psychiatre. Enfin, quel que soit le parcours du

L'enfermement Soin ? Contrainte ? Education ?

Un colloque organisé par les associations
ANTHEA et E.R.A.S.H.M
(Etude et Recherche de l'Association Hospitalière Ste Marie)

à Nice les 22 et 23 Mars 2005

Qu'il s'agisse de la psychiatrie, du milieu carcéral ou encore des mineurs, la question de l'enfermement de celui qui n'est pas dans la norme sociale de ses contemporains se pose depuis longtemps.

A notre époque, les professionnels de la santé, de la justice, de l'éducatif sont confrontés à cette question de l'enfermement de leurs pairs et aux questions éthiques qui s'y rattachent : protection de la société, respect de l'individu, droit du patient et des familles...

Procédure coercitive abusive, moyen de rédemption ou encore soins contents, l'enfermement a toujours suscité débats et controverses.

Sans prétendre répondre à la question du bien fondé de l'enfermement, ce colloque a pour ambition de s'intéresser à cette réalité qu'est l'enfermement d'individus par d'autres et d'en explorer les effets.

Ce thème sera abordé de façon transversale dans le sens où il sera question aussi bien des hospitalisations sous contraintes, des modalités de traitement des crises, que du milieu carcéral ou encore de la question plus récente de l'enfermement des mineurs. Cette transversalité amènera de fait une confrontation de concepts et de pratiques provenant de champs professionnels différents.

Association ANTHEA - Secrétariat Colloque Nice Mars 2005. 7 Place aux Herbes - BP 219 - 83006 Draguignan Cedex - Tél 04 94 68 98 48 - Fax 04 94 68 28 74 - anthea@club-internet.fr

patient, les délais de prise en charge ne sont pas remis en cause par les psychiatres.

Modalités d'une prise en charge « optimale » selon les psychiatres

L'évaluation du caractère optimal de la prise en charge a été réalisée auprès des psychiatres participants à travers la question : « Au vu de l'anamnèse du patient, la prise en charge de l'épisode dépressif actuel a-t-elle été optimale ? ». Aucune différence significative en termes de profils de patients dépressifs ou de délais de prise en charge n'a été observée entre les psychiatres exerçant dans les petites agglomérations (<100 000 habitants) et ceux exerçant dans des agglomérations plus importantes (>100 000 habitants).

La prise en charge antérieure de l'épisode dépressif en cours est considérée « optimale » par les psychiatres pour 49% des patients, et « non optimale » pour 47% d'entre eux. L'analyse comparative des résultats de l'observatoire montre qu'une prise en charge optimale d'un épisode dépressif se définit par un diagnostic et la mise en place d'un traitement précoces. Ainsi, chez les patients pour lesquels la prise en charge a été jugée non adaptée, les psychiatres affirment qu'une consultation spécialisée plus précoce aurait permis de soigner plus efficacement la grande majorité d'entre eux (soit 88%). Par ailleurs, une appréciation positive de la prise en charge antérieure est statistiquement associée au fait que le diagnostic d'EDM a été formulé par un psychiatre, et que le patient arrive à la

consultation du psychiatre sans traitement. Cette prise en charge qualifiée d'optimale se traduit dans la cohorte de patients par des cas moins nombreux de chronicisation de l'humeur dépressive (10% parmi les patients dont la prise en charge est « optimale » versus 17% pour les autres). ■

Conférence de presse organisée par les laboratoires Organon le 23 septembre 2004 à Paris.

Bibliographie

(1) « Itinéraires des Déprimés » *Réflexion sur leurs trajectoires en France. Rapport d'experts*, PARQUET P.J., CHEVALIER L., CUCHE H., DARICOURT G., FERRERRI M., FRIMAT P., FUHRER R., DE LA SELLE P., LAUNOIS R., MOLIER M.F., OLIE J.P., RÉGENSBURG N., Document de synthèse Janvier 2001.

(2) Le PAPE A., LECOMTE T., *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996/1997*, CREDES Bulletin d'information en économie de la santé n°21, Septembre 1999.

(3) CARDOT H., ROUILLON F., *The long-term course of depression (epidemiology and clinical aspects)*, Encéphale 1995, 21, 2, 51-9.

(4) LEJOYEUX M. et al, *Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide*, Encéphale 1994, 20, 5, 495-503.

(5) Références Médicales Opposables. Médicaments antidépresseurs. Afsaps 1998

(6) *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire*, ANAES Mai 2002.

(7) *Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie*, ANAES Avril 1997.

(8) Observatoire National des Prescriptions et Consommations des Médicaments, *Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire*, Agence du médicament Juillet 1998.

(9) *Implication de la médecine libérale dans la prise en charge des soins psychiatriques en Ile de France. Résultats de l'enquête du 13 octobre 1998*, Union Régionale des Médecins Libéraux Février 2000, www.urml-idf.org

(10) FERRERI M., RUFIN J. C., *Le diagramme HARD*, Pratique Méd. 1984, 33, 39-42.

(11) FERRERI M., et al, *Validation du HARD, diagramme d'évaluation de la dépression par la MADRS*, Encéphale 1986, 12, 343-350.

(12) *Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique. Définition d'objectifs. Consommation d'alcool*, Rapport du GTNDO. Direction Générale de la Santé 13/03/2003. www.sante.gouv.fr/html/dossiers/losp/01alcol.pdf

Arrêt de commercialisation de Melleril® 10mg, comprimé enrobé Boîte de 25

A la suite de la réévaluation de la sécurité cardiovasculaire de la thioridazine, le 8 juillet 2004, l'indication thérapeutique des spécialités Melleril® a été restreinte au traitement d'une schizophrénie chronique ou des états psychotiques aigus chez des adultes. L'indication actuelle est donc :

« Du fait du risque de troubles du rythme cardiaque (cf. rubrique 4.4 Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi) et de la nécessité d'une surveillance, Melleril ne doit pas être utilisé en première intention.

Melleril ne peut être prescrit que chez des adultes présentant une schizophrénie chronique ou des états psychotiques aigus à la posologie de 100 à 400 mg/jour et jusqu'à 600 mg/jour maximum dans certains cas exceptionnels.

En conséquence, Novartis Pharma S.A.S. vous informe de l'arrêt de commercialisation de la spécialité :

Melleril 10 mg, comprimé enrobé. Boîte de 25

En effet, ce dosage n'est pas compatible avec le schéma posologique de l'indication thérapeutique retenue.

LIVRES

Construire le sens d'une vie Une anthropologie des valeurs

Gérard Mendel
La Découverte 18€

De nombreux livres qui vantent des procédés psychologiques qu'on peut classer sous l'appellation du « développement personnel » recueillent un large succès. Ces procédés ont en commun de chercher à combattre un certain mal-être. Ils ne visent pas à mettre au jour des causes éventuelles, mais à annuler les symptômes en usant de méthodes qui, le plus souvent, mêlent la suggestion, l'hypnose ericksonienne, les techniques comportementalistes, des procédures corporelles, voire qui préconisent une certaine alimentation. Gérard Mendel, dont c'est le dernier livre puisqu'il est décédé récemment, pense que le mal-être contemporain n'est pas une maladie, c'est un moment de l'histoire de l'individu occidental. La première partie de son livre dresse la toile de fond du débat, à savoir l'horizon intellectuel de ses représentations inscrites dans une tradition millénaire qui privilégie le raisonnement, lequel ne peut à lui seul prendre en compte les phénomènes nouveaux de notre époque, qui sont ceux précisément de la rupture avec la tradition. Leur compréhension nécessite l'apport de la philosophie, mais aussi celui des sciences sociales et humaines. La deuxième partie traite du système de valeur fondé non seulement sur la domination masculine, mais aussi sur l'assignation de certaines valeurs particulières à l'un et à l'autre sexe. La troisième partie, enfin, essaie de dresser le portrait du sujet de notre époque, défini comme « post-patriarcal ». La démarche de ce livre est donc celle d'une anthropologie générale prenant en compte, à la fois, la dimension psychique dans son irréductibilité et la dimension sociale avec laquelle celle-ci interagit nécessairement. Impossible de réaliser ses choix personnels sans un pouvoir sur sa vie. Il y faut alors la compréhension de la manière dont la société agit sur soi, mais aussi une action concrète sur l'organisation, elle-même, de sa propre vie sociale quotidienne.

Hôpitaux, cliniques, quel futur ?

Philippe Rault-Doumaux
L'Harmattan 25,50 €

L'auteur dresse un tableau de praticiens et, tout particulièrement, de chirurgiens inquiets, désabusés, pessimistes et méfiants, écrasés par les plaintes plus ou moins justifiées, se sentant pénalisés, laissés pour compte par l'évolution du système. L'excès de normes devient chronophage, voire productrice de délinquance quand il ne s'agit pas que d'un simple harcèlement textuel. Contraindre et infantiliser s'opposent à responsabiliser les acteurs.

Dans une première partie, l'auteur aborde l'état de la pratique sur plateau technique lourd et restitue l'aspect réglementaire des deux secteurs d'hospitalisation (public et privé) qui sont les contraintes actuelles du système de soins. Une seconde partie aborde un panorama de l'existant par le vécu professionnel de l'exercice libéral en clinique, les mutations des rapports entre les différents acteurs des deux secteurs, leur convergence possible dans une situation consolidée... La troisième partie s'extrait des idées passées et de la tyrannie du *statu quo*. A partir de la problématique soulevée, la recherche d'une altérité organisationnelle apparaît justifiée pour le futur... et pour donner un peu d'air au système.

La dépression est une pathologie grave qui affecte une proportion importante de la population. Ses effets délétères sur le fonctionnement individuel mais aussi social et familial nécessitent un diagnostic précoce, un traitement efficace et une prévention active des rechutes.

La maladie est, malheureusement, fréquemment méconnue, sous diagnostiquée et insuffisamment prise en charge. La vision que l'on porte sur la dépression s'est radicalement modifiée ces dernières années. Considérée jadis comme un trouble ponctuel, elle prend actuellement l'apparence d'une maladie chronique, récurrente, dont le traitement abrase l'intensité des épisodes et prévient les rechutes.

Le 17^{ème} Congrès du Collège Européen de Neuropsychopharmacologie (ECNP) fût l'occasion d'une relecture de la clinique dépressive avec une attention toute particulière portée aux symptômes somatiques, sources d'errance diagnostique(*). Maux de tête, douleur dorsale, fatigue, insomnie, dyspnée sont autant de signaux à ne pas négliger.

Andre Tylee, Professeur britannique de psychiatrie, membre du NIMH, a ouvert ce symposium en rappelant l'intrication des symptômes physiques et psychiques dans la dépression. Dans une vaste étude internationale portant sur 1146 patients recrutés après un

Actualités dans la dépression

syndrome dépressif d'intensité majeure, 69% d'entre eux avait consulté initialement leur médecin traitant pour des douleurs exclusivement physiques. On estime qu'un tiers seulement des déprimés va rechercher une aide thérapeutique dont une large majorité chez leur médecin traitant. Celui-ci ne diagnostiquera la dépression que dans un cas sur deux. Chez ces derniers, correctement médiqués, seulement 1/3 parviendra à une rémission complète de la maladie. Le constat est sévère et sans appel : la dépression est globalement mal identifiée et insuffisamment traitée.

On le sait, les vertus du traitement pharmacologique sont potentialisées si celui-ci s'accompagne d'une psychothérapie, voire d'autres prises en charge. Les rencontres internationales permettent de confronter la créativité de chacun en matière de thérapeutique complémentaire. De nombreux programmes semblent pertinents et efficaces.

Les thérapies cognitivo-comportementales, médiées par ordinateur, adoptent des techniques de réajustement social et professionnel en explorant les attributions négatives. Les régimes alimentaires (à base de tyrosine, d'OMEGA 3, de vitamines, de tryptophane) bénéficient actuellement d'une médiatisation considérable. L'utilisation de services d'aide à domicile, de conseils individualisés, de groupes de parole, peuvent légitimer une abstention thérapeutique médicamenteuse dans des dépressions modérées. Le NIMH (National Institute of Mental Health) préconise un travail en réseau où sont intégrés les services sociaux, les infirmiers, les omni-praticiens et les médecins spécialistes, avec une potentialisation des compétences de chacun autour du patient.

Les antidépresseurs restent un élément essentiel dans la stratégie thérapeutique. C'est en 1958 qu'apparaît le premier antidépresseur tricyclique (TOFRANIL) ainsi qu'un inhibiteur de la monoamine oxydase (MARSILID). On les décline actuellement en plusieurs classes en fonction de leur mécanisme d'action, de leur propriété pharmacologique intrinsèque et des effets adverses qu'ils sont susceptibles de provoquer. Les années 80 vont être marquées par l'avènement des IRS (Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine). Les études cliniques leur attribuent usuellement une efficacité comparable aux tricycliques avec de nombreux bénéfices en terme de tolérance et de maniabilité. Par contre, le mécanisme d'action thérapeutique de toutes ces molécules demeure incertain. Les recherches chez l'animal se sont concentrées sur les zones cérébrales où sont justement synthétisées la sérotonine et la noradrénaline. Virtuellement, tous les neurones concernés sont localisés dans le noyau raphé et dans le locus coeruleus. Par des techniques de micro-dosage, il est possible d'objectiver l'effet d'une substance chimique en mesurant les variations de concentration de certains neurotransmetteurs. Ainsi, la Norépinéphrine (NE) s'est vue attribuer un rôle dans la neurobiologie de la dépression. A l'image de la sérotonine, le rôle de l'épinéphrine dans les troubles de l'humeur a pu être modélisé par des études agoniste-antagoniste. En effet, les chercheurs ont constaté qu'ils pouvaient annihiler l'effet dépressogène de la réserpine en administrant un précurseur de la norépinéphrine. Plusieurs tricycliques se montrent efficaces du fait de leur capacité à inhiber la recapture de la NE. Certaines équipes ont voulu tester l'effet cumulé d'un IRS (sérotoninergique) couplé à un tricyclique (noradréner-

gique). La combinaison s'est montrée plus performante et de manière plus précoce que si chaque molécule avait été administrée individuellement. Ces expérimentations n'ont pas de traduction dans la pratique clinique et les associations d'antidépresseurs doivent rester anecdotiques.

La neurobiologie de la dépression est loin d'avoir livré tous ses secrets. Elle implique, probablement, plusieurs systèmes de neurotransmetteurs en interaction permanente. Ces boucles neurofonctionnelles recouvrent la régulation d'un nombre considérable de fonctions où chaque monoamine a un rôle

en place du traitement. Ce dernier doit être adapté au type de dépression. Pour les pathologies dépressives intriquées à des troubles obsessionnels compulsifs, il recommande l'utilisation d'agents sérotoninergiques. Les troubles bipolaires légitiment probablement aussi leur recours. Dans le cadre d'une dépression d'intensité majeure, voire mélancolique, il conseille l'utilisation de molécules au double spectre sérotonine-norépinéphrine. Les syndromes dépressifs comportant des douleurs chroniques, une somatisation importante répondent aussi très favorablement à ce traitement 5-HT/NE. Plusieurs produits agissent sur le double module 5-HT-NE mais avec des rapports de sélectivité trop imparfaits pour parvenir à un équilibre. Le traitement de la dépression implique, théoriquement, une action équivalente sur les

une résolution plus complète des symptômes. ■

Eric HENSGEN

Psychiatre, Service du Docteur C. SCHAAL, Centre Hospitalier Rouffach

Symposium satellite co-organisé par les laboratoires Lilly et Boehringer Ingelheim intitulé "Attacking Depression: Overcoming the Unmet Needs to Achieve Remission".

Bibliographie

Den Boer JA, Westenberg HGM. *Antidepressants: Selectivity or Multiplicity?* Edition Benecke N.I. Amsterdam, The Netherlands 2001.

Detke MJ, Lu Y, Goldstein DJ, Hayes JR, Demitrack MA. *Duloxetine, 60 mg once daily, for major depressive disorder: a randomized double-blind placebo-controlled trial.* J Clin Psychiatry. 2002;63(4):308-315.

Fawcett J, Barkin RL. *Efficacy issues with antidepressants.* J Clin Psychiatry. 1997;58(suppl6):32-39.

Goldstein DJ, Lu Y, Iyengar S, Wohlreich MM, Detke MJ. *Duloxetine in the treatment of the pain associated with diabetic neuropathy.* Presented at: American Academy of Pain Medicine Annual Meeting; March 3-7, 2004; Orlando, Florida.

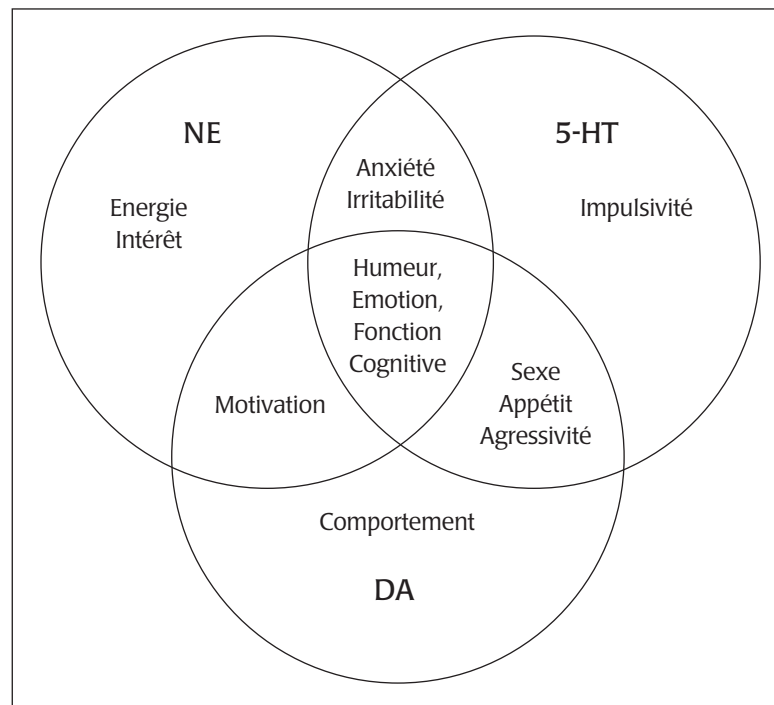
Hudson JI, Pope HG Jr. *Affective spectrum disorder: does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology?* Am J Psychiatry. 1990;147(5):552-564.

Montano CB. *Recognition and treatment of depression in a primary care setting.* J Clin Psychiatry. 1994;55(suppl):18-37.

Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. *An international study of the relation between somatic symptoms and depression.* N Engl J Med. 1999;341(18):1329-1335.

Stahl SM. *The psychopharmacology of painful physical symptoms in depression.* J Clin Psychiatry. 2002;63(5):382-383.

Wong DT, Bymaster FP. *Dual serotonin and noradrenaline uptake inhibitor class of antidepressants- potential for greater efficacy or just hype?* Prog Drug Res. 2002;58:169-222.



propre, ainsi que des effets liés au réseau d'interaction.

Le professeur Ferrier, psychiatre à l'université de Newcastle, nourri de ses recherches en neurobiologie, élargit la vision réductrice que l'on porte habituellement sur la topographie anatomique des boucles neuronales. Il dévoile un modèle de circulation des neurotransmetteurs selon deux voies (une ascendante, une descendante) le long de la moelle épinière. A l'état basal, les concentrations des neurotransmetteurs sont stables et en parfaite homéostasie. Une dérégulation de la balance sérotonine-épinéphrine sensibiliserait les sujets dépressifs aux douleurs physiques. Le cerveau perçoit alors un signal douloureux amplifié. Les connexions entre les altérations de l'humeur et les douleurs somatiques se dessinent ici de façon tout à fait pertinente. D'autres boucles neuronales sont bien documentées depuis plusieurs années. Durant un stress aigu, par exemple, la synthèse de norépinéphrine est augmentée dans le cerveau, provoquant une hyperactivité du système noradrénergique. Le système sérotoninergique exerce un contrôle inhibiteur. C'est un mécanisme de défense qui, lorsqu'il dysfonctionne, aboutit chez l'animal à une impotence et chez l'homme à une dépression.

Andrew Leuchter est neuropsychiatre à UCLA - USA. Il coordonne de nombreux programmes de recherche en imagerie cérébrale et en électroencéphalographie. Son analyse est argumentée et repose sur une connaissance fine de la maladie dépressive. Selon lui, l'objectif du soin apporté au déprimé devrait être la rémission complète de tous les symptômes. Véritable challenge, selon son expression, qui mérite que l'ensemble de nos pratiques soient réévaluées. La persistance de douleurs physiques ou de symptômes résiduels est associée à un risque majeur de rechute dans les 10 mois qui suivent la

deux cibles. La multitude d'études cliniques et pré-cliniques concernant la DULOXETINE montre qu'elle répond parfaitement à ces exigences. Le ratio de sélectivité 5-HT/NE est proche de 1 et confère ainsi à la molécule son originalité. L'utilisation de la DULOXETINE pour le traitement du trouble dépressif majeur a été approuvée par la Food and Drugs Administration des Etats-Unis et le produit a été introduit sur le marché dans ce pays. De très nombreuses publications internationales soulignent l'apport de la DULOXETINE, prochainement commercialisée par le laboratoire Lilly sous la marque CYMBALTA®. Outre l'efficacité dans les syndromes dépressifs caractérisés, la DULOXETINE montre des capacités intéressantes dans le maintien de la rémission. Dans une étude incluant plus de 1200 patients, le taux de réponse atteint 70%, celui des rémissions 60 % à 1 an (score à l'échelle HAMD-17 ≤ 7). Du fait de ses propriétés équivalentes sur la sérotonine et la norépinéphrine, un effet sur la douleur chronique a pu être espéré. La DULOXETINE a été testée chez des patients diabétiques présentant une neuropathie douloureuse. Là encore, on retrouve une efficacité clinique dès la première semaine et durant toute l'étude (12 semaines) à des doses de 60 ou 120 mg par jour.

Les progrès en matière de génétique, de neuro-imagerie, de traçabilité des neurotransmetteurs, permettent de mieux appréhender les mécanismes physio-pathologiques qui sous-tendent la dépression. Les symptômes somatiques qui lui sont associés semblent mieux expliqués et nécessitent d'être dépistés et traités. La rémission complète des troubles doit rester l'objectif des soins apportés au déprimé. Les traitements au double mécanisme (sérotonine - norépinéphrine) vont compléter la palette des thérapeutiques existantes et permettre, probablement,

Le laboratoire Lilly lance son nouvel antidépresseur Cymbalta® aux Etats-Unis

Le 24 août, Lilly a annoncé le lancement de son nouvel antidépresseur Cymbalta® (duloxetine HCl) qui est désormais disponible sur prescription médicale sur l'ensemble du territoire américain. Cette annonce fait suite à la nouvelle décision de la FDA (Food and Drug Administration), datée du 3 août 2004, d'autoriser sa mise sur le marché dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs (critères DSM IV).

Il s'agit d'un inhibiteur puissant et équilibré de la re-capture de la sérotonine et de la noradrénaline qui a été étudié sur plus de 6 000 adultes souffrant de dépression majeure dans le monde. Son efficacité a été démontrée, dans cette indication, à travers les résultats de quatre études cliniques menées en double-aveugle versus placebo chez l'adulte. Cymbalta® n'a pas été étudiée chez l'enfant.

Eli Lilly & Co. et Boehringer ont annoncé le 17 septembre dernier l'avis positif du CHMP (Committee for Medicinal Products in Human Use - Comité Européen du Médicament) de l'Agence Européenne du Médicament à l'enregistrement de la duloxétine dans l'indication : Traitement des Episodes Dépressifs Majeurs.

Le CHMP a recommandé que la Commission Européenne, dont la décision est attendue dans les mois prochains, autorise la mise sur le marché de ce produit. ■

LIVRES ET REVUES

L'engagement du thérapeute

Une approche psychanalytique du trauma

Danièle Deschamps
Préface de Joyce McDougall
Erès 28€

L'auteur relate des « histoires de vie », celles des patients rencontrés en trente ans de pratique en privé ou à l'hôpital. Ils se sont trouvés confrontés à un moment précis à une grave rupture d'équilibre, à l'angoisse et au doute face aux questions de vie et de mort physique et psychique. Dans un va-et-vient entre théorie et clinique, l'auteur leur rend hommage et tente de comprendre. Elle souligne l'importance du « cadre contenant » des émotions primitives dans la création du lien quand les mots n'ont plus cours, et la nécessité d'un engagement personnel du thérapeute.

Recherches en psychanalyse

La recherche en psychanalyse à l'Université

L'esprit du temps, 21 €

Cette nouvelle revue dirigée par Sophie de Mijolla-Mellor et Paul-Laurient Assoun, se présente comme « la seule revue universitaire de recherches en psychanalyse, émanant de l'Ecole doctorale de l'Université Paris 7. Contrairement aux orientations parfois partiales des Ecoles de Psychanalyse, l'Université n'a pas à se soucier de promouvoir une doctrine mais, à l'inverse, d'assurer la libre circulation des conceptions, qui peuvent être contradictoires... ». Beau programme, donc. Un article de Jean Laplanche salue la naissance de cette nouvelle revue, qui, pour lui, prend la suite de *Psychanalyse à l'Université*, qu'il avait lancée en 1994 et qui s'est interrompue après 19 ans d'existence, « du seul fait de l'éditeur ». 21 auteurs s'expriment dans ce premier numéro (il devrait y en avoir deux par an), ainsi qu'un certain nombre d'auteurs de thèses en doctorat soutenues en 2004, et d'autres, encore, sur le thème « les habilitations à diriger des recherches ». Le lecteur devrait donc y retrouver de quoi nourrir ses goûts et ses intérêts particuliers.

M.Goutal

LIVRES**Intersubjectivité-1**

Psychiatrie Française
Mai 2004 Vol XXXV 1/04

Le récent intérêt pour le développement psychique précoce du bébé manquait encore de repères conceptuels. L'évolution de la théorie de l'attachement et les travaux d'observations filmées des interactions mère-bébé par Coldwyn Trevarthen sont venus, à point, en proposer. Dès 1973, ce dernier propose le terme d'intersubjectivité, emprunté au vocabulaire de la philosophie pour dé-

signer l'aptitude immédiate et innée du nouveau-né à saisir les intentions d'autrui. Ses travaux pionniers sont à l'origine des développements cliniques ultérieurs que nous devons à B. Brazelton mais surtout à Daniel Stern, autour de qui est centré ce numéro.

Daniel Stern est connu pour ses travaux sur l'interaction mère-bébé ; nous lui devons des concepts importants comme celui d'accordage affectif entre l'enfant nourrisson et celle (ou celui) qui le soigne régulièrement. Intersubjective et asymétrique est cette relation entre un adulte doté d'un appareil psychique que

l'on peut décrire en termes freudiens et cette créature neuve, réceptive aux mouvements affectifs de son interlocuteur, et en attente des réponses de celui-ci pour donner forme et sens à ses propres perceptions. Plus récemment, D. Stern a radicalisé sa pensée, abandonnant la clinique du bébé pour extrapoler les découvertes qu'il y a faites à la clinique adulte en situation de psychothérapie. C'est l'argument de son récent ouvrage (*Le moment présent en psychothérapie*) dont il donne, dans ce numéro, un riche extrait, et on se reportera utilement à la critique de l'ensemble de cet ouvrage

rédigé par J.-L. Brenot, dans la rubrique « *Envies de lire* ». En avançant le concept de matrice intersubjective, Stern tente de rendre compte du partage implicite et immédiat de l'expérience de l'autre dans les situations particulières de l'état amoureux, de l'émotion artistique partagée, des situations groupales et singulièrement familiales. Autour de lui, sont regroupés d'autres auteurs. Bernard Golse aborde le difficile passage conceptuel entre l'interpersonnel et l'intrapsychique, à la lumière du jeu du bébé. Lisa Ouss-Ryngaert, à partir de la clinique des patients cérébro-lésés, pro-

pose des éléments de connaissance du lien entre cerveau (neurones-miroirs) et intersubjectivité, et pose la question actuelle du développement d'une nouvelle spécialité, la neuropsychanalyse. Denis Mellier envisage la situation du bébé en relation intersubjective groupale dans son environnement. Serge Tisseron interroge la signification des jouets offerts au bébé par parents et grand-parents, comme objets-passeurs de mémoire consciente ou inconsciente. Alberto Konicheckis étudie, au travers d'un cas clinique, le travail de la subjectivation dans les liens précoces. Annick Lenestour et Gisèle Danon montrent, au travers d'une psychothérapie parents-bébé, quelles peuvent être les impasses de la construction intersubjective. Un second numéro de *Psychiatrie Française* sur l'intersubjectivité est annoncé, avec, notamment, un article inédit de Coldwyn Trevarthen.

Auguste Comte
L'éducation positive

Bernard Jolibert
L'Harmattan 13 €

L'éducation, telle que Comte en dessine les grandes lignes, correspond à celle que souhaite un courant de pensée que l'on appelle le « *positivisme* » et qui déborde, dans le temps et dans l'espace, son œuvre. Ce mouvement peut se ramener à deux traits caractéristiques. Du point de vue moral et politique, l'histoire des hommes les conduit à parcourir une trajectoire qui les mène de l'égoïsme brutal et immédiat à un état de sociabilité positive où l'altruisme doit finir par l'emporter sur la violence. Du point de vue intellectuel, cette histoire n'est autre que celle de la lente sortie des interprétations magiques, théologiques et métaphysiques du monde, interprétations qui ont un caractère absolu et qui sont désormais dépassées et doivent laisser la place à une conception scientifique de l'univers, relative et rationnelle. L'histoire de l'humanité n'est pas autre chose que celle de son éducation, au sens large comme au sens le plus étroit, éducation à la fois de l'espèce et de l'individu, morale, sociale, politique en même temps qu'intellectuelle.

Enjeux de l'adoption tardive
Nouveaux fondements pour la clinique

Sous la direction de Omblin
Ozoux-Teffaine
Erès 25 €

Les enfants réellement en besoin d'adoption internationale sont très souvent des enfants dits « *grands* », c'est-à-dire de plus de deux ou trois ans et jusqu'à douze ou treize ans, des fratries, des enfants typés au niveau ethnique ou souffrant de problèmes de santé physique et psychique ou de handicap divers. Au niveau national, le nombre d'enfants délaissés tardivement reste préoccupant sans qu'il n'y ait toujours de réelle concertation au sujet de leur statut et de leur avenir pour la réalisation d'un projet d'adoption.

Cet ouvrage, qui rassemble des expériences et des réflexions de divers praticiens, s'adresse en priorité à tous ceux que l'adoption des grands enfants intéresse, mais surtout à ceux qui y participent de près, responsables gouvernementaux, intermédiaires de l'adoption, thérapeutes, personnel de l'enfance et parents adoptifs.

Avec la participation de : Armando Barriguete Melendez, Cornélia Burckhardt, Anne-Marie Crine, Anne-Claude Duvert, Bernard Golse, Claire Gore, Gina Khaffif-Levinzon, Marie-Christine Le Boursicot, Pierre Lévy-Soussan, Sylvia Nabinger, Françoise Peille, Claudette Perin, Chantal Saclier, Michel Soulié.

ANNONCES EN BREF

5 et 6 novembre 2004. Paris. Journées d'Etudes du Groupe d'Etudes d'Histoire de la Psychiatrie (GEHP) sur le thème : *Histoire de la psychiatrie légale en Europe*. Inscriptions : Association l'Élan Retrouvé, GEHP, Valérie Waziniak, 23 rue de la Rochefoucauld, 75009 Paris.

6 novembre 2004. Paris. Colloque du CMPP Centre Etienne Marcel, 10 rue du Sentier, 75002 Paris. Tél. : 01 42 33 21 52 ou cmpp.emarcel@noos.fr

19 et 20 novembre 2004. Paris. Journée organisée par *Pratiques de la folie* sur le thème : *L'affaire des psychothérapies : vers une accréditation du lien social ?* Renseignements et inscriptions : Pratiques de la folie, CMP, 110 Grand place de l'Agora, 91000 Evry. Tél. : 06 63 65 45 11. www.pratiques-folie.com

20 et 21 novembre 2004. Lyon. Journées scientifiques du Quatrième Groupe sur le thème : *L'amour*. Inscriptions : Secrétariat du IVe Groupe, 19 bd Montmartre, 75002 Paris. Tél-fax : 01 55 04 75 27. E-mail : quatrieme-groupe@wanadoo.fr

24 et 25 novembre 2004. Paris. Congrès organisé par l'Association Paroles d'enfants sur le thème : *L'engagement : de l'indifférence au surinvestissement, jusqu'où se sentir concerné par la souffrance de l'autre ?* Renseignements : Tél. : 00 32 (0)4 223 10 99. Tél. vert : 0800 90 18 97 (France). Fax : 00 32 (0)4 223 15 56. E-mail : info@parole.be. Internet : www.parole.be

26 novembre 2004. Bordeaux. Colloque organisé par l'association ASAIS (association d'aide à l'insertion sociale) sur le thème : *Pour une clinique des souffrances psychiques liées à la précarité*. Renseignements : Tél. : 05 56 81 93 22. Fax : 05 56 79 05 54. E-mail : asaicsicare@free.fr

27 novembre 2004. Poitiers. 6^{ème} Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent sur le thème : *Contrôler sa faim, contrôler son poids. Question d'adolescence*. Renseignements : Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Hospitalier Henri Laborit, BP 587, 86021 Poitiers. Tél. : 05 49 44 57 59. Fax : 05 49 44 57 51. Renseignements par téléphone du lundi au vendredi. d.marcelli@ch-poitiers.fr

27 novembre 2004. Paris. Journée scientifique organisée par Catherine Cyssau et François Villa, dans le cadre du Centre d'Etudes du Vivant et du Centre d'Etudes en Psychopathologie et Psychanalyse sur le thème : *Un paradoxe de Winnicott : la nature humaine est-elle une notion psychanalytique ?* Renseignements : villa@paris7.jussieu.fr

27 et 28 novembre 2004. Paris. Journées d'Automne sur le thème : *Exposition en milieu psychiatrique. Quelle éthique ?* Renseignements : SFPE, 68 ave. d'Italie, 75013 Paris. Tél./fax : 01 45 88 88 25.

29 et 30 novembre 2004. Issy-les-Moulineaux. *Ethique et fin de vie. Les soins ultimes : bilan et perspectives*. Groupe Liaisons SA, 1 ave. Edouard-Belin, 92856 Rueil-Malmaison Cedex. Tél. : 01 41 29 77 52. Fax : 01 41 29 77 54. E-mail : saloinfirmier.formations@grouPELLIAISONS.FR

3 décembre 2004. Neuilly-sur-Marne. Journée organisée par le Comité Sida - Sexualité - Prévention de l'EPS de Ville-Evrard sur le thème : *Le Sida en 2004... Espoirs ? Exclusions ?* Inscriptions : EPS de Ville-Evrard, 202 avenue Jean Jaurès, 93332 Neuilly-sur-Marne Cedex. Tél. : 01 43 09 32 81. Fax : 01 43 09 32 80.

4 décembre 2004. Paris. 3^{ème} Colloque de la revue *L'autre* sur le thème : *La cuisine, le clinicien, l'anthropologue. De la culture aux soins*. Informations et inscriptions : Département de Psychopathologie Clinique de l'Enfant et de la Famille (Pr M.R. Moro), 74 rue Marcel Cachin, 93107 Bobigny (porte 332, 3^{ème} étage). Tél. : 01 48 38 77 34. Fax : 01 48 38 73 10. E-mail : moro@smbh.univ-paris13.fr. Site : www.clinique-transculturelle.org. Ou Hôpital Avicenne, Service de Psychopathologie, Pr Marie Rose Moro. Tél. : 01 48 95 54 75.



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

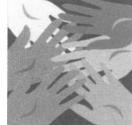
LE CENTRE HOSPITALIER
SPÉCIALISÉ DE
LA CHARITÉ SUR LOIRE (Nièvre)
RECRUTE
• **DEUX ASSISTANTS SPÉCIALISTES**
pour compléter l'équipe médicale de psychiatrie polyvalente
• **UN PRATICIEN HOSPITALIER PSYCHIATRE TEMPS PLEIN**
dont 50% de l'activité consacrée au DIM
CANDIDATURE À ADRESSER À
Monsieur le Directeur, 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

4 décembre 2004. Paris. XIII^{ème} Journée d'Etude du Groupe International du Rêve-Eveillé en Psychanalyse sur le thème : *Le passage à l'acte*. Renseignements : GIREP, 80 rue de Vaugirard, 75006 Paris. Tél. : 01 42 22 75 14. E-mail : girep@girep.com. www.girep.com
9 au 11 décembre 2004. La Rochelle. XX^{ème} Forum Professionnel des Psychologues organisé par le *Journal des Psychologues* sur le thème : *Les symptômes aujourd'hui. De la crise au malaise social*. Renseignements et inscriptions : le *Journal des Psychologues*, 8 rue de l'Hôpital-Saint-Louis, 75010 Paris. Tél. : 01 53 38 46 46. Fax : 01 53 38 46 40. E-mail : jdp@martinmedia.fr
10 décembre 2004. Paris. Journée de droit médical organisée par LEH Formations Hospitalières et la Revue générale de droit médical sur le thème : *Les établissements de santé et le règlement amiable des litiges résultant des soins aux patients*. Contact : Céline Durivault. Tél. : 05 57 57 08 60. Fax : 05 57 57 08 62. E-mail : jdm@etudes-hospitalieres.fr
11 décembre 2004. Paris. XXXVIII^{ème} Journée de Travail du Centre Alfred Binet sur le thème : *Des psychanalystes engagés dans le soin psychiatrique : les ressources du dispositif de secteur*. Inscriptions :

ASM13, 76 ave Edison, 75013 Paris. Tél. : 01 40 77 43 40. Fax : 01 40 77 43 55. E-mail : asm13@asm13.org
9 au 11 décembre 2004. La Rochelle. XX^{ème} Forum professionnel des Psychologues organisé par le *Journal des Psychologues* sur le thème : *Les symptômes aujourd'hui. De la crise du sujet au malaise social*. Inscriptions : Le *Journal des Psychologues*, 8 rue de l'Hôpital

Saint-Louis, 75010 Paris. Tél. : 01 53 38 46 46. Fax : 01 53 38 46 40. E-mail : jdp@martinmedia.fr
13 au 17 décembre 2004. Poitiers. 3^{ème} Congrès International Francophone de Prévention du Suicide. 36^{èmes} Journées du Groupement d'Etudes et de Prévention du suicide sur le thème : *Mal-être, bien-être. Quelles ressources pour agir ?* Renseignements : Secrétariat du Dr Jean

Jacques Chavagnat, Centre Hospitalier H. Laborit, UCMP, Pavillon Pierre Janet, BP 587, 86021 Poitiers Cedex. Tél. : 05 49 44 58 77. Fax : 05 49 44 58 74. E-mail : ucmp@ch-poitiers.fr
17 décembre 2004. Paris. Colloque Enfances et Psy sur le thème : *L'image et ses usages*. Inscriptions : Tél. : 01 45 66 82 87. E-mail : enfancesetpsy@wanadoo.fr



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

NERVURE
JOURNAL
DE PSYCHIATRIE
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.

45€*
pour un an
75€*
pour 2 ans
Tarif
étudiant et internes
30€*
*supplément étranger
et DOM/TOM = 30 €/an

LIVRES ET REVUES**La psychanalyse et le monde arabe***La célibataire**Revue de Psychanalyse n°8*

Nous pouvons nous réjouir de cette initiative de la revue *La Célibataire* de publier les interventions d'un colloque organisé par l'Association Lacanienne Internationale sur le thème original de « *La psychanalyse et le monde arabe* ». Sujet original et paradoxal, le titre est presque un oxymore ! Si l'on comptait au milieu du 20^{ème} siècle plus de psychanalystes au Caire et à Alexandrie

qu'en Espagne ou en Italie, les choses ont bien changé depuis : la psychanalyse n'a fait que reculer jusqu'à l'extinction totale. Le numéro 8 de cette revue de psychanalyse propose des sujets aussi divers que : « *Une archéologie de la langue arabe* » (Osama Khalil), « *Les exigences herméneutiques du Coran* » (Pierre Lory), « *L'intimité et la loi* » (Ahmed Fari Merini), « *Le sujet en Islam* » (Nazir Hamad), « *La notion d'individu dans la culture arabe* » (Abdel Hafez, Saleh Magdi) etc. Parmi les nombreuses informations ou éclaircissements, on lit que la structure de la langue arabe se distingue par l'absence du verbe « *être* », ce verbe n'existe que sous la forme d'un

passé imparfait « *kana* ». Le cogito cartésien devient, dès lors, « *je pense, donc j'étais* ». De même, la réflexion porte sur le rapport du monde arabe à la pensée scientifique. Le rapport est historique et, d'une certaine façon, le monde arabe n'ayant pas connu la « *révolution scientifique* » il n'a pas participé à la naissance du « *sujet de la science* » objet de la psychanalyse. Les autres réflexions portent sur l'hégémonie du discours religieux, la particularité de l'Œdipe arabe, l'hétérogénéité du concept de l'Ego, etc... Après un texte de Charles Melman, la revue conclut avec Mustafa Safouan qui s'oppose à cette « *détestable* » dichotomie Orient-Occident. S. Tribolet

Dépasser l'urgence*Rhizome 2004 n°15**Bulletin national santé mentale et précarité*

L'urgence humanitaire s'est installée dans le paysage contemporain. L'extension de ce modèle, bien au-delà de l'urgence médicale, est à l'origine de la pérennisation de dispositifs précaires et de la multiplication des « *intermittents du social* ».

Devenu hégémonique, cet urgentisme provoque, en réaction, des tentatives de sauvegarde d'un temps où l'on prenait le temps, mais ouvre, parfois, aussi à des actes inventifs d'outre passage

des institutions pour « *aller vers* » l'autre en souffrance. C'est à partir de cet engagement vers « *l'étranger* » qu'un premier accordage des temps institutionnels et des temps vécus peut ouvrir à une narration possible.

Mais lorsque la parole d'un homme, d'une femme ou d'un enfant qui se raconte suspend le temps de l'urgence, et qu'elle ne débouche sur rien, le temps de la haine ou de la violence peut lui succéder. Face à ce risque, le temps de l'éprouvé oblige les intervenants à se poser cette question : *comment résister et se réapproprier du temps à partir de la tyrannie de l'urgence ?* Cela n'est pas simple. L'injonction publique et une certaine demande sociale exigent une réparation immédiate et ne laissent que peu de temps au temps réflexif. Pour tous les praticiens du social ou du soin, il convient dans le même temps de dénoncer le mouvement d'urgence généralisé d'une société où « *la dette est désormais mise au compte des sujets* » et non plus de l'Etat social, mais aussi de faire comprendre que seul le temps passé et soi-disant « *perdu* » à écouter des histoires permet de relancer et de repenser des projets fondateurs du soin ou de l'action sociale. Le temps du projet devient celui du risque assumé dans une histoire, aussi bien pour les intervenants que pour les usagers. Mais entre « *hâte intempestive et déréliction contemplative* », ce numéro de Rhizome montre que la juste mesure relève de l'art du politique : savoir construire « *une certaine lenteur au cœur du mouvement même* », là où il s'agit de rester vivant ensemble ; dès le premier instant et jusqu'à éprouver la densité du temps.

Rhizome est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ORPSERE-ONSMP) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale. Il est téléchargeable sur le web : www.ch-le-vinaitier.fr/orspere.

**Des sorcières aux mandarines
Histoire des femmes médecins**Josette Dall'Ava-Santucci
Editions Calmann-Lévy 20€

Avant d'être considérées comme des sorcières au Moyen Age et d'être exclues pendant sept siècles des études, les femmes étaient les seules à connaître, de manière empirique, les vertus médicinales des plantes. Dans cette histoire des femmes médecins, Josette Dall'Ava-Santucci, ex-présidente de l'Association française des femmes médecins, raconte la résistance et la clandestinité des « *filles d'Hippocrate* » jusqu'à reconquérir, à partir de la fin du 19^{ème} siècle, l'accès aux concours et aux diplômes.

**L'enfant du désir ?
Paroles de femmes, paroles de mères**Marie-Thérèse Fourez
L'Harmattan 24 €

La problématique d'une grossesse non désirée n'est pas résolue par la loi de 1990 qui, en Belgique, dépénalise ou instaure le « *droit à l'avortement* ». Grâce à une analyse de multiples situations de grossesse aboutissant à des demandes d'IVG, l'auteur montre combien le désir inconscient d'enfant s'exprime si la femme est écoutée dans son histoire affective et dans ses relations psychosociales. Chacune se découvre, à travers cette situation de crise, dans son désir profond d'exister, dans son identité sexuelle et même dans son ambivalence. À travers une lecture phénoménologique et psychanalytique - d'inconscient à inconscient - Marie-Thérèse Fourez interroge le vécu conflictuel des couples, le décalage entre désir sexuel et désir d'enfant, les rapports entre l'amour et la haine dans la fusion mère-enfant... Elle amène à se questionner, à se retrouver même, dans ces histoires singulières qu'elle aborde avec sensibilité.

LIVRES**Histoire critique du magnétisme animal**

Joseph-Philippe-François Deleuze
Introduction de Serge Nicolas
Volume 1, 28 €
Volume 2, 29,50 €
L'Harmattan

Historiquement, J.P.F. Deleuze (1753-1835) reste une figure importante de ce que l'on n'appelait pas encore l'hypnose mais le *magnétisme animal*. Ayant lu en 1785 le détail des cures opérées à Buzancy par le marquis A.M.J. de Chastenot de Puységur (1751-1825), il s'est rapidement formé aux techniques magnétiques. Mais, tant que dura la lutte acharnée qui s'était établie entre les partisans et les adversaires du magnétisme, il s'est contenté d'observer en silence. Naturaliste au Jardin des Plantes puis professeur d'histoire de la médecine, il a attendu que les passions se soient calmées, pour publier en 1813 son *Histoire critique du magnétisme animal*. Dans le premier volume, il fournit un grand nombre d'informations de nature théorique et pratique sur le magnétisme. Le second volume est l'édition *fac similé* originale de *L'histoire critique du magnétisme animal* qui est une revue des travaux sur la question de l'hypnose jusqu'en 1813.

Sociologie des réseaux sociaux

Pierre Mercklé
Collection Représés
La découverte

La notion de « *réseau social* » (*social network*) fait sa première apparition dans un article de l'anthropologue britannique John A. Barnes (1954). Depuis, le recours à la notion de réseau pour désigner des ensembles de relations entre personnes ou entre groupes sociaux s'est largement répandu. Un réseau social peut être défini comme constitué d'un ensemble d'unités sociales et des relations que ces unités entretiennent

et qui peuvent être des individus, des groupes informels d'individus ou bien des organisations plus formelles, comme des associations, des entreprises, voire des pays. Les relations entre les éléments désignent des formes d'interactions sociales qui peuvent être de natures extrêmement diverses. De l'étude de ces relations et des régularités qu'elles présentent, la sociologie des réseaux sociaux, par le développement de modèles et de méthodes spécifiques, appuyés sur le recours à des outils mathématiques empruntés à la théorie des graphes et à l'algèbre linéaire, a su se constituer un domaine

propre, en même temps qu'elle s'institutionnalisait. Ce livre présente les apports de ces outils et concepts à l'analyse de quelques grandes questions sociologiques traditionnelles – la sociabilité, la cohésion sociale, les groupes sociaux, le pouvoir... En encadrant l'étude de ces apports par un premier chapitre sur les origines de l'analyse des réseaux et par un dernier chapitre sur ses ambitions « *paradigmatiques* », est apporté un certain nombre d'éclairages critiques. Un index est à la disposition du lecteur pour lui permettre de trouver, aisément, les définitions des notions clés et des termes techniques.

L'épilepsie du sujet

André Polard
L'Harmattan 30 €

André Polard met en relation épilepsie et sujet, jusqu'à concevoir la notion d'épilepsie du sujet, définie comme l'arrêt de la circulation des signifiants. Les conséquences pratiques, qu'une consultation d'épileptologie pourra nommer l'accueil du Réel de la crise, pourront être prolongées par un travail, par le patient, d'accueil de ces productions conçues jusque sous leur seul aspect neurologique.

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

médical
SUPPORTER
promotion

Renata Laska - Susie Caron,
54, bd Latour-Maubourg, 75007 Paris.
Tél. 01 45 50 23 08.
Télécopie : 01 45 55 60 80
E-mail : 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