

# NERVURE

## JOURNAL DE PSYCHIATRIE

www.nervure-psy.com

ISSN 0988-4068  
n° 1 - Tome XVIII - Février 2005  
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

L'obligation de clore ce numéro s'est imposée entre le drame de Pau et la présentation du plan de santé mentale annoncé. Que dire sur ce qui a étreint chacun d'entre nous lorsque nous avons appris ce qu'ont vécu Madame Lucette Gariod, aide soignante et Madame Chantal Klimaszewski, infirmière ?

Pour aborder ce qui est attendu de plan de santé mentale par beaucoup, relevons que la crise de la psychiatrie, depuis de nombreuses années, est une crise de sens. Elle rejoint celle du système sanitaire, les transformations profondes des besoins et des représentations sociales comme de la société. C'est, également, une crise de l'adéquation qualitative et quantitative de ses ressources humaines qui persiste.

L'ébranlement actuel de l'appareil hospitalier, pour des raisons analogues à celles qui affectent la psychiatrie, amplifie ce phénomène, car cette dernière y est institutionnellement rattachée mais, aussi, en raison du poids de la part hospitalière dans son offre. Car s'ajoute, pour des raisons spécifiques, la crise plus particulièrement hospitalière de la psychiatrie : augmentation des admissions, saturation des taux d'occupation dans les zones urbaines, montée inexorable du taux de patients hospitalisés sous contrainte, accroissement des événements de violence et de l'insécurité, persistance du maintien dans l'hospitalisation, un jour donné, d'un tiers des patients hospitalisés à l'année, etc. Comme en ont témoigné les États Généraux de la Psychiatrie à Montpellier, tout ceci replace l'hospitalisation et les besoins des institutions au cœur des débats, alors que ces derniers devraient concerner le développement de l'ambulatoire et les besoins des patients, même s'il peut paraître facile d'opposer les unes aux autres.

Malgré la prudence affichée par les associations de patients et de familles et leur revendication d'une hospitalisation accessible, respectueuse des besoins et de la dignité des personnes, c'est vers l'ambulatoire que converge l'essentiel des attentes et des manques constatés.



## Oméga-3 et schizophrénie

FMC L. Dubois

Malgré les importants progrès réalisés dans le traitement de la schizophrénie depuis le milieu du 20<sup>ème</sup> siècle, seuls 30-60% des patients répondent favorablement aux traitements, les symptômes négatifs étant les plus difficiles à améliorer.

Par ailleurs, ces traitements présentent des effets secondaires non négligeables, qui diminuent la compliance des patients. De nouvelles approches thérapeutiques, basées sur différentes hypothèses physiopathologiques de la schizophrénie ont donc vu le jour. Parmi celles-ci, l'hypothèse d'anomalies membranaires en acides gras essentiels a entraîné l'étude de ceux-ci. Cette revue de la littérature étudie donc, après les bases biochimiques nécessaires, les recherches sur les anomalies des acides gras insaturés membranaires, les essais thérapeutiques avec les oméga-3 dans la schizophrénie et le cas particulier des femmes schizophrènes enceintes.

### Les oméga-3

Les oméga-3 sont des acides gras essentiels polyinsaturés (AGEP) : l'homme ne pouvant introduire d'instauration dans la chaîne d'acide gras au-delà de la position 9, il doit trouver dans son alimentation l'acide alpha-linolénique (18:3n-3). Il est contenu dans certains végétaux, le poisson et les fruits de mer. Il est, ensuite, le substrat d'autres désaturations et elongations à l'origine des 5 autres acides gras de la

lignée n-3 : acide stéaridonique (18:4n-3), acide éicosatétraénoïque (20:4n-3), acides éicosapentaénoïque (EPA) (20:5n-3), acide docosapentaénoïque (22:5n-3) et acide docosahexaénoïque (DHA) (22:6n-3).

Le DHA est un composant important, avec l'acide arachidonique, des membranes neuronales au niveau cérébral. La composition membranaire module sa structure, sa fluidité et, par là-même, la structure et la fonction des récepteurs membranaires, des canaux ioniques et des enzymes. De plus, les AGEP (EPA dans la série des oméga-3) sont des précurseurs, via l'action de la phospholipase A2, des seconds messages intra et extracellulaires : les prostaglandines, thromboxanes et leukotriènes.

### Hypothèse membranaire de la schizophrénie

La membrane neuronale se trouve au lieu d'interaction entre l'environnement et l'expression des gènes. Une anomalie, à ce niveau, retentirait en cascade sur de très nombreux éléments, ce qui pourrait rendre

(suite page 3 ➡)

## L'état de stress chronique aux traumatismes multiples

CLINIQUE  
C.L. Luong

« Heureux qui, comme Ulysse, a fait un beau voyage... »\*, ou quand les hommes seront les héros de leur existence

Homère, dans le récit mythique de la guerre de Troie, fait de Ulysse, le héros central du thème de la volonté de vaincre et de la fidélité à ses engagements. C'était pour faire respecter une promesse que Ulysse dirigera la coalition contre Paris, fils de Priam, roi de Troie, qui avait fait le rapt de la belle Hélène. La prise de cette ville n'a été faite qu'à partir d'une ruse d'Ulysse - le Cheval de Troie -. C'est pour avoir joué avec le fétichiste iconoclaste des Troyens, bernés par ce mensonge, que les Dieux infligeront à notre héros

mille épreuves sur son chemin de retour pour retrouver sa fidèle bien aimée Pénélope et son fils Télémaque. Durant cette épreuve, le héros connaît des moments de dépersonnalisation, de dépression et de délire. Ulysse incarne ainsi la figure du courage, de l'habileté dans un récit épique de départ en guerre et de retour à la source, une fois sa mission terminée. Nous pouvons reprendre cette histoire comme le paradigme du vécu du migrant moderne qui part vers un inconnu, tenu par une promesse de gagner un idéal et porté par un projet de retour à la terre natale ou, à défaut, de cela, habité mentalement par le souvenir de ses sources d'origine.

Des siècles derniers, on connaît la souffrance de la migration à travers l'exode rural vers les grandes cités

(suite page 6 ➡)

## Approche contemplative en psychothérapie

PSYCHOTHÉRAPIE J.M. Mantel

### Sur la nature de la contemplation

Nous nous proposons ici d'approfondir une approche psychothérapeutique que nous qualifierons de contemplative.

La contemplation peut être définie comme l'aptitude naturelle de l'être, à percevoir les objets de perceptions, quelle qu'en soit leur nature : sensations, émotions, pensées, visions, sons...

Cette aptitude est inhérente à chacun d'entre nous. Elle n'est, cependant, pas éveillée chez chacun de la même manière. En effet, pour que la dimension contemplative de notre être soit fonctionnellement disponible, un certain calme mental et corporel est nécessaire.

Notre attention a la particularité de ne pouvoir se poser que sur un seul objet de perception à la fois. La possibilité de passer très rapidement d'un objet, à

l'autre donne l'impression d'une simultanéité, mais il ne s'agit, en fait, que d'une consécution.

Lorsque notre esprit est occupé, il passe d'un objet à l'autre quasiment sans interruption. Il y a alors indisponibilité à une perception imprévue émergente.

Si par exemple vous êtes au volant, concentré sur la route, et que quelqu'un vous touche l'arrière de l'épaule, il faudra un certain temps de latence pour que votre conscience lâche son objet de perception, et soit ramenée à la sensation corporelle. Ce temps de latence est souvent responsable des accidents, liés par exemple à un esprit occupé, « perdu » dans ses pensées.

A l'inverse, il existe une qualité d'attention plus détachée, sans tension, celle que l'on peut ressentir lorsque l'on écoute de la musique ou de la poésie, d'une manière qui accueille les sons sans chercher à les saisir, dans une écoute détendue et relâchée.

(suite page 10 ➡)

## Qu'est-ce qu'on attend... ?

550 psychiatres français se sont retrouvés à Venise du 21 au 23 janvier 2005 sur le sujet : « De la continuité des soins à la rémission ». Le fait d'employer ce terme indique les espoirs que font naître auprès de patients souffrant de schizophrénie, de leur famille et de leur médecin, l'arrivée de nouvelles thérapeutiques neuroleptiques. Si on ose peu parler de guérison, on peut envisager plus qu'une stabilisation, une « disparition des symptômes positifs, des signes cliniques de désorganisation, associée à une réinsertion sociale », la plupart du temps sous médicaments associés à la psychothérapie. La tradition psychiatrique française du traitement des patients psychotiques, notamment dans le cadre du secteur, qui permet un suivi ambulatoire de proximité et une surveillance des effets du traitement, se trouve dans une impasse : après avoir salué l'arrivée des neuroleptiques atypiques, les médecins disposent de neuroleptiques à action prolongée (NAP)\* dont ils ont une grande pratique, mais dont ils constatent des effets secondaires qui imposent la sur-médication correctrice et entraînent des contestations de traitement, tant par les familles que par les patients.

Ceux parmi nous qui avons utilisé les échantillons de Risperdal Consta mis à leur disposition pensaient voir résoudre l'impasse dans laquelle ils se trouvaient. Inutile de surfer sur l'actualité des dramatiques faits divers de ces derniers mois. Le suivi des psychotiques stabilisés est au centre de nos préoccupations et tout ce qui le facilite est, non seulement, bien vu mais nécessaire.

L'embarras est donc grand, maintenant, face aux délais administratifs qui retardent la sortie du produit quand les États Unis et l'Europe du Nord le prescrivent librement. (14)

F. Caroli

\* Ils représentent 18 % des prescriptions de neuroleptiques

### AU SOMMAIRE

#### FMC

Oméga-3 et schizophrénie p.1

#### HOMMAGE

à Gérard Mendel p.5

#### CLINIQUE

L'état de stress chronique aux traumatismes multiples p.6

#### PSYCHOTHÉRAPIE

Approche contemplative en psychothérapie p.10

#### NEURO-PSYCHIATRIE

L'accident ischémique transitoire p.12

#### ENTRETIEN AVEC

Maurice Berger p.13

#### COURRIER DES LECTEURS

#### CONDUITES ALIMENTAIRES

Viande de porc et identité alimentaire danoise, perspective anthropologique p.15

#### THERAPEUTIQUE

De l'observance médicamenteuse à l'adhésion au traitement p.17

#### ANNONCES PROFESSIONNELLES

p.19

#### APPEL À PROJETS DE LA FONDATION DE FRANCE

p.20

#### ANNONCES EN BREF

p.22

## LIVRES

**Contribution à l'étude des accidents mentaux chez les hystériques (1893)**

Pierre Janet

Introduction de Serge Nicolas  
*L'Harmattan, 27 €*

Est reproduit ici, en fac similé, la thèse de médecine de Pierre Janet sur l'hystérie soutenue le 29 juillet 1893 devant un jury présidé par Jean-Martin Charcot. Il y traite de la suggestion et des actes subconscients, des idées fixes, des attaques émotionnelles, des somnambulismes et des délires psychiques chez les hystériques. Cette thèse constituera le second volume de son œuvre sur *l'Etat mental des hystériques* dont le premier volume venait de paraître quelques mois auparavant. Pour Janet, l'hystérie est une maladie mentale caractérisée par des symptômes moraux ; le principal est un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique avec rétrécissement du champ de la conscience. Un certain nombre de phénomènes élémentaires, sensations et images, cessent d'être perçus et paraissent supprimés de la perception personnelle ; il en résulte une tendance à la division, permanente et complète de la personnalité, à la formation de plusieurs groupes indépendants les uns des autres ; ces systèmes de faits psychologiques alternent ou coexistent. Enfin, ce défaut de synthèse favorise la formation de certaines idées parasites qui se développent, complètement et isolément, à l'abri du contrôle de la conscience personnelle, et qui se manifestent par des troubles les plus variés d'apparence uniquement physique. L'hystérie est ainsi une forme de désagrégation mentale caractérisée par la tendance au dédoublement permanent de la personnalité, une idée que Freud et Breuer défendaient la même année.

**Rituels, initiation et thérapie***Psychotropes 2004, vol. 10, n° 3-4*  
2004

De Boeck

Ce double numéro met en relation les produits, les rituels et les processus d'initiation, de même que l'utilisation thérapeutique qui pourrait en être faite. C'est un sujet qui peut revêtir des éléments polémiques. En effet, nous avons tous en tête, certaines pratiques qui, se réclamant de ces dimensions d'ordre spirituel, proposent des réponses ou des stratégies de prise en charge qui semblent se réclamer d'objectifs ou d'enjeux commerciaux. De telles situations sont parfois générées, ainsi que le décrit Patrick Deshayes au sujet de l'ayahuasca, par des malentendus, voire des quiproquos linguistiques. Les souffrances physiques sont universelles et le fossé interculturel n'est, peut-être, pas aussi profond que nous aurions tendance à le croire, comme le montre une femme

qui, durant une initiation, se met à parler la langue ypunu, dont elle ignore tout, ainsi qu'en témoigne Marion Laval-Jeantet.

Henri Paumelle montre que ce dont il s'agit, c'est de rencontre : « *rencontre avec soi-même, ses dieux et ses démons* » et que l'initiation représente un « *processus symbolique (...) de résolution de l'angoisse dans une perspective de socialisation* ». C'est dans cette dynamique que se trouve Jean-Marie Delacroix qui témoigne de son expérience à la fois d'initié ou tout au moins d'utilisateur d'ayahuasca la nuit et de psychothéra-

peute le jour. Ces expériences relatées renvoient à la réflexion sur la dépendance que Marika Moisseeff qualifie de nourricière.

Enfin, Erick Jean-Daniel Singaïny qui présente un dispositif de prise en charge des toxicomanes essayant d'allier médecine moderne et médecine traditionnelle, s'interroge sur le « *caractère sacré ou transcendant de la conduite toxicomaniaque* ».

Dans la seconde partie de ce double numéro, Jean Dugarin et Chantal Gatiagnol présentent la *Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes*

où, comme le montrent les auteurs, s'opposent des logiques différentes qu'elles soient pharmacologiques, médicales, psychologiques, ou d'ordre éthique, politique, économique, voire de santé publique.

Susan Boyd montre que la lutte contre le droit des femmes ne se limite pas seulement, en Amérique du Nord, aux éternelles croisades anti-avortement. La drogue en fait également partie, une femme toxicomane étant généralement considérée de façon plus « *péjorative* » que son homologue masculin. Suivent deux témoignages ayant pour point

commun, l'intervention auprès de toxicomanes dans des cadres de contrainte, l'obligation de soins pour l'une, et le cadre pénitentiaire pour l'autre.

Enfin, est présenté le début d'un tour du monde des sites de prévention inventoriés par Anne Singer. Cette étape concerne le monde entier à l'exception de l'Europe, avant d'aborder dans les prochains numéros les sites d'Europe à l'exception de la France et de terminer, enfin, par les sites de prévention dans notre pays.

Ce numéro est absolument à lire, dans l'attente des suivants.

**Editorial**

Le combat de l'UNAFAM pour la reconnaissance du handicap psychique en est une illustration remarquable. Comme pour toutes les crises, lorsqu'elles ne sont pas résolues et durent, les questions persistent et s'accumulent. Certains événements développent une écho médiatique traduisant une résonance particulière car, à travers eux, c'est bien une crise faite d'attentes et de représentations qui se laisse percevoir plus ou moins confusément. ■

compte de la très grande diversité des atteintes dans la schizophrénie. Horrobin<sup>(1)</sup> et Feldberg<sup>(2)</sup> ont, ainsi, proposé l'hypothèse d'anomalies membranaires neuronales dans la schizophrénie, en particulier au niveau des prostaglandines et des AGEP.

Les études<sup>(3, 4)</sup> ont retrouvé une concentration diminuée d'AGEP dans la membrane érythrocytaire chez les patients schizophrènes. D'autres études<sup>(5)</sup> ont mis en évidence une corrélation entre une basse concentration en AGEP érythrocytaire et une plus grande sévérité des symptômes négatifs. Néanmoins, ces premières études ne prenaient pas en compte le régime et le statut de fumeur, qui influencent, tous deux, la concentration érythrocytaire<sup>(6)</sup>. Des études<sup>(7, 8, 9)</sup> plus récentes prennent en compte ces facteurs et confirment les premiers résultats. La membrane érythrocytaire est celle qui reflète le mieux la membrane neuronale au niveau de sa composition, néanmoins des études au niveau cérébral étaient également nécessaires. L'analyse post mortem<sup>(10)</sup> de cerveaux de patients schizophrènes a montré une diminution des AGEP. Une autre approche, la Spectroscopie par Résonance Magnétique au P<sup>(31)</sup> permet d'étudier le métabolisme du phosphore et donc les concentrations relatives en précurseurs et en métabolites des phospholipides membranaires. Une première étude<sup>(11)</sup> a montré une diminution des précurseurs et une augmentation des métabolites dans le cortex frontal de patients schizophrènes non traités. D'autres études<sup>(12)</sup> ont retrouvé cela, aussi bien chez les patients chroniques qu'en phase aiguë. Ces études apportent donc des arguments en faveur d'un métabolisme phospholipidique cérébral altéré chez les patients schizophrènes.

## Essais thérapeutiques

D'une part, les études précédentes tendent à mettre en évidence un déficit membranaire en acides gras essentiels chez les patients schizophrènes.

# Oméga-3 et schizophrénie

Il a été montré que l'évolution de la schizophrénie est variable selon les pays. Christensen et Christensen<sup>(13)</sup> ont, ainsi, étudié, en 1988, le lien entre l'apport alimentaire en graisse saturée et insaturée et le pronostic de schizophrénie, et montré que le rapport graisse saturée sur insaturée est un facteur prédictif important de l'évolution de la schizophrénie et rend compte, pour

Dans un essai thérapeutique ouvert, Mellor et al.<sup>(16, 17)</sup> ont traité 20 patients schizophrènes chroniques hospitalisés, avec de l'huile de poisson contenant 10g/j max d'EPA. L'analyse, avant supplémentation de leur régime alimentaire et de leur état clinique, a mis en évidence qu'un apport bas en EPA était associé à des symptômes plus sévères et des dyskinésies tardives plus impor-

contrôlés en double-aveugle de plus grande ampleur seront nécessaires pour confirmer ces premiers résultats. Ces essais<sup>(20, 22)</sup> ont, également, permis de mettre en évidence l'absence d'effets secondaires hématologiques, hépatiques ou autres à ces doses, en dehors de diarrhées et nausées modérées. A des doses plus élevées, il peut allonger le temps de saignement, voire augmenter la glycémie chez les patients souffrant d'un DNID. L'EPA a, de surcroît, des effets bénéfiques sur la santé en réduisant le taux de triglycérides augmenté sous Clozapine, réduisant le risque d'infarctus, de resténose après angioplastie.

## Intérêts chez la femme enceinte

Le traitement des pathologies psychiatriques au cours de la grossesse est limité par les risques tératogènes avérés de certains traitements et potentiels d'autres. En effet, nous ne disposons, pour des raisons d'éthique évidentes, que de peu d'informations sur le risque. La possibilité d'un traitement sans risque pour la mère et le fœtus serait donc une avancée importante.

Les oméga-3 sont très importants au cours de la grossesse et de l'allaitement car ils sont essentiels à la formation du placenta, des tissus fœtaux et, tout particulièrement, des structures cérébrales au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse<sup>(24)</sup>. Une étude de cas<sup>(25)</sup> a montré une amélioration importante des symptômes positifs et négatifs entre 2 et 4 semaines de traitement par 4g/j d'EPA et 2g/j de DHA chez une patiente schizophrène enceinte non traitée, avec stabilisation jusqu'à l'accouchement. Aucun effet indésirable n'a été noté. De plus, des effets bénéfiques d'une supplémentation en oméga-3 pendant la grossesse ont été mis en évidence dans d'autres études : prolongement du terme et protection contre les accouchements prématurés<sup>(26)</sup>, protection contre la paralysie cérébrale<sup>(27)</sup>. Ainsi les oméga-3 pourraient être bénéfiques et thérapeutiques chez les femmes schizophrènes pendant la grossesse et l'allaitement. Des études, en double aveugle versus placebo, sont maintenant nécessaires pour confirmer ces premiers résultats.

## Conclusion

Les acides gras essentiels, et parmi eux les oméga-3, jouent un rôle majeur dans la structure et la fonction de la membrane neuronale. Or, des anomalies dans la composition membranaire en acides gras essentiels ont été mis en évidence dans la schizophrénie, tant au niveau central que périphérique, corrélées à la sévérité des symptômes. L'apport alimentaire en AGE est associé, pour sa part, à l'évolution de la schizophrénie. Les essais thérapeutiques de supplémentation en oméga-3 (EPA) sont plutôt positifs : une étude négative sur cinq. Des essais de plus grande ampleur, avec contrôle du régime alimentaire pendant l'étude et de la consommation de tabac, sont maintenant nécessaires pour confirmer ces données. Si l'efficacité d'un tel traitement était prouvée, nous disposerions alors d'un nouvel outil thérapeutique dénué d'effet secondaire majeur, plus facilement acceptable par les patients. Il reste de nombreuses questions à résoudre sur un traitement par EPA : à quelle phase de la pathologie ? en monothérapie ou ajouté au traitement classique ? à quelle dose ? et, surtout, quel est le mécanisme d'action de l'EPA ? De multiples hypothèses de mécanisme sont en cours d'étude. L'une d'elles est une modulation du récepteur 5HT<sub>2</sub><sup>(28)</sup> par l'EPA, ce qui fait le lien entre les recherches

Tableau 1. Etudes de supplémentation par EPA dans la schizophrénie<sup>(19)</sup>

Etude	Mellor et al. <sup>(16)</sup> , 1995 Peet et al. <sup>(17)</sup> , 1996	Shah et al. <sup>(18)</sup> , 1998	Puri et Richardson <sup>(15)</sup> , 1998
Type	Ouverte	Ouverte	Cas
Effectif	20	10	1
Traitement	Max EPA 10g	EPA 2g	EPA 2g
Durée	6 semaines	3 mois	6 mois
Mesure d'efficacité	PANSS/AIMS	PANSS	SAPS/SANS
Score de base	78,9	75,3	46/16
Meilleur score après traitement	65,6	45,6	7/3
% changement	17% 40%	29%	85% 89%

beaucoup, de la variation entre les nations : le pronostic est meilleur dans les pays ayant un régime riche en graisses polyinsaturées et pauvre en graisse saturée.

D'où l'hypothèse que la supplémentation en acides gras essentiels, en particulier oméga-3, puisse être un outil thérapeutique dans la schizophrénie. La première étude<sup>(14)</sup>, ignorée à l'époque, rapporte les cas de trois patients schizophrènes non stabilisés améliorés par l'apport d'huile de lin (riche en oméga-3). Puri et Richardson<sup>(15)</sup> ont décrit le cas d'un patient de 31 ans, schizophrène, avec une nette amélioration des symptômes positifs et négatifs après 6 mois de monothérapie par EPA 2g/j.

tantes. Ils ont constaté une amélioration au niveau de la PANSS (17%) et de l'AIMS (40%) associé à une augmentation d'oméga-3 dans la membrane érythrocytaire. Une autre étude ouverte<sup>(18)</sup> portant sur 10 patients schizophrènes traités par neuroleptiques et 2g/j d'EPA est, elle aussi, positive. Ces premiers essais thérapeutiques positifs ont ouvert la voie aux essais contrôlés en double aveugle. On compte, à ce jour, cinq essais en double aveugle : trois positifs<sup>(20, 21)</sup>, un partiellement positif<sup>(22)</sup> et un négatif<sup>(23)</sup>. Peet et al.<sup>(20)</sup> ont, d'abord, étudié chez 45 patients symptomatiques, malgré les traitements conventionnels, l'efficacité de l'EPA (2g/j) versus placebo : tous les patients sous EPA se sont améliorés (amélioration de plus de 25% pour la moitié des patients environ), l'EPA est supérieur au DHA dans toutes les mesures. EPA est supérieur au placebo sur le score final de la PANSS total si on considère les patients ayant présenté plus de 25% d'amélioration. Dans un deuxième essai, ils ont étudié l'efficacité de l'EPA (2g/j) versus placebo comme seul traitement chez 26 patients, en mesurant les scores à la PANSS au début et après traitement ainsi que la nécessité du recours à un traitement conventionnel : l'EPA est plus efficace que le placebo sur la nécessité d'un traitement en plus et le score final de la PANSS, surtout les symptômes positifs.

L'essai d'Emsely et al.<sup>(21)</sup> chez des patients schizophrènes de longue date (20 ans en moyenne) sous 3g/j EPA montre une différence significative en faveur de l'EPA dès 3 semaines de traitement, au niveau de la PANSS et une diminution des dyskinésies à 12 semaines, en contrôlant le régime alimentaire avant et pendant l'étude. Peet et Horrobin<sup>(22)</sup> ont procédé à une étude de dose d'EPA chez 115 patients symptomatiques traités soit par Clozapine, soit par antipsychotiques atypiques, soit par neuroleptiques classiques et qu'ils supplémentent avec 1, 2 ou 4g/j d'EPA ou un placebo. Quels que soient les dosages, EPA et placebo ont une efficacité comparable chez les patients sous atypiques ou classiques. En revanche, l'EPA est plus efficace que le placebo chez les patients sous Clozapine, au mieux à 2g/j. En revanche, l'étude de Fenton et al.<sup>(23)</sup> ne montre pas de différence entre EPA et placebo chez 87 patients schizophrènes de longue date sous 3g/j d'EPA pendant 16 semaines. Globalement, les essais réalisés sont positifs, mais leur puissance est encore assez faible. Des essais randomisés

## La comorbidité toxicomanie/troubles psychiatriques est sous-diagnostiquée

La comorbidité toxicomanie/troubles psychiatriques demeure sous-diagnostiquée et mal prise en charge, en raison, notamment, d'un manque de formation des professionnels de santé et d'organisation des soins, souligne l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

L'OEDT a publié un bulletin\* à l'occasion de l'ouverture, à Helsinki, de la conférence européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la santé mentale. A l'issue de celle-ci, les ministres européens de la Santé ont adopté une déclaration et un plan d'action.

La coexistence de troubles psychiatriques et de toxicomanie est « un phénomène sous-estimé ». Les symptômes des patients présentant une telle comorbidité peuvent être pris, par erreur, pour des symptômes provoqués par la drogue ou inversement. Lorsqu'une comorbidité est diagnostiquée, soit elle n'est pas prise en charge dans les centres de soins pour les toxicomanes, soit elle ne donne pas lieu à un traitement en service psychiatrique.

Cette question mérite une attention particulière dans les populations carcérales où les maladies psychiatriques et les consommations de drogues sont, toutes deux, plus fréquentes qu'en population générale. Pourtant, le traitement de la comorbidité est possible avec des « interventions minutieusement coordonnées et intégrées ». Les hébergements structurés et protégés, le recours à des équipes multidisciplinaires peuvent contribuer à cette prise en charge. Le diagnostic et le traitement de la comorbidité sont limités par une faible connaissance en psychiatrie des personnels chargés du traitement de la toxicomanie et inversement. « Le personnel est souvent spécialisé et ne se juge compétent que dans les limites de sa profession ».

Une coopération et une coordination du traitement entre les services psychiatriques et les centres de soins pour toxicomanes ainsi que les services sanitaires et sociaux est préconisée. Une formation à des interventions ciblées pour, notamment, réduire la consommation de drogue semble également nécessaire. L'OEDT souligne l'importance d'assurer des soins de post-cure ainsi qu'une réinsertion sociale « pour éviter la rechute et la reprise de soins coûteux ». Selon différentes études, entre 30% et 50% des patients actuellement admis en psychiatrie en Europe ont une maladie mentale associée à des problèmes d'abus de substances, principalement l'alcool, les sédatifs et le cannabis. Parmi les patients pris en charge dans les centres de soins pour toxicomanes, la prévalence des troubles de la personnalité varie entre 50% et 90%, les troubles de l'humeur entre 20% et 60% et les troubles psychotiques entre 15% et 20%. Les écarts considérables observés, liés probablement aux diagnostics et au type d'échantillons choisis, soulignent le manque de données comparables entre Etats membres et le besoin d'études plus rigoureuses, estime l'Observatoire. ■

B.L.

\*Objectif drogues n°14, La comorbidité consommation de drogue et troubles psychiatriques, emcdda.eu.int

## LIVRES

### A l'école de la phénoménologie

Paul Ricoeur  
Collection Bibliothèque d'Histoire de la Philosophie - Poche  
Librairie Philosophique J. Vrin, 12 €

Cette réédition de poche (augmentée d'un index) présente quelques textes qui appartiennent aux années d'apprentissage de Paul Ricoeur. La plupart sont consacrés à celui qui fut un de ses peu nombreux éducateurs à la pensée : Edmund Husserl, dont Paul Ricoeur traduit et commenta les Idées. Se rattachant au double héritage de la phénoménologie husserlienne et de la philosophie de l'existence, Ricoeur livre son autobiographie scientifique, présente les principaux tournants méthodologiques de son œuvre et illustre la destinée de l'école phénoménologique en France.

### Corps et société

Muriel Darmon et Christine Détrez  
Collection Problèmes politiques et sociaux n° 907  
La Documentation française, 9 €

Ce numéro de « Problèmes politiques et sociaux » réunit de nombreux textes et articles relatifs aux pouvoirs et savoirs sur le corps, aux variations, inégalités et discriminations corporelles, ainsi qu'aux modifications corporelles. Jamais, sans doute, le corps n'a été autant célébré, mis en avant et accessoirisé que dans nos sociétés contemporaines. Apparemment libéré du carcan des interdits moraux, il sert, aujourd'hui, de support identitaire à des individus soucieux de leur image et de leur singularité, au point de vouloir les marquer à même la chair (piercing, scarification, tatouage...). Cette impression d'émancipation ne doit, pourtant, pas faire illusion. Les réactions d'indignation ou d'inquiétude que provoquent, encore, aujourd'hui certaines atteintes à l'intégrité du corps humain (clonage, trafic d'organes, maltraitance...), ainsi que la protection juridique nationale et internationale dont ce dernier fait l'objet prouvent que le corps n'est pas malléable à merci.

En réalité, les usages du corps continuent d'obéir à des normes socioculturelles. Par ailleurs, loin d'incomber uniquement à l'hérédité et à la génétique, les variations corporelles (taille, poids, état de santé, apparence) dépendent, pour une part non négligeable, de déterminants sociaux (origine et appartenance de classe) et sont souvent synonymes d'inégalités, voire de discriminations. Enfin, le corps reste un objet de préoccupation pour les pouvoirs publics, qui cherchent plus que jamais à l'encadrer.

### La spiritualité en perspectives Rencontres interdisciplinaires

Sous la direction de Jacques Chazaud  
L'Harmattan, 24,50 €

Cet ouvrage regroupe des Essais demandés à des Praticiens de la Psychopathologie, de la Psychanalyse, des Soins palliatifs, mais aussi de la Philosophie, de l'Histoire, et à des représentants de pratiques religieuses ou initiatiques, afin de parler librement de ce que leur évoque spontanément l'idée de « Spiritualité » dans l'ancrage de leur profession ou de leur exercice. Les réponses apparaissent variées. Mais, au-delà des divergences les contributeurs se sont rencontrés dans un même souci du Respect de l'Homme en quête de son Image.

Avec le concours de M. de Boucaud, M. Charles, J.-C. Colombel, J. Grignon, O. Labergère, P. Prats, R. Sala.

## LIVRES

**Controverse sur la vie, l'organisme et le mixte Doutes concernant la Vraie Théorie médicale du célèbre Stahl et les répliques de Leibniz aux observations stahliennes.**

G.W. Leibniz

Textes présentés, traduits et annotés par S. Carvallo  
Préface de Michel Serres  
Collection Bibliothèque des Textes Philosophiques  
Librairie Philosophique J. Vrin, 28 €

Leibniz construit et vérifie la pertinence et la cohérence de sa philosophie en la rapportant aux conclusions des autres disciplines. Cette méthode nourrit son dialogue avec les sciences mathématiques et physiques. Ce volume apporte les pièces de la controverse entre Leibniz et le médecin Stahl au sujet d'une philosophie de la nature capable de prendre acte des découvertes modernes de la médecine et de la chimie, tout en fondant ces connaissances sur une théorie générale de la substance et de la vie.

**Victor de L'Aveyron  
Dernier enfant sauvage, premier enfant fou.**

Thierry Gineste

Pluriel – Hachette Littérature

Psychiatre à Paris, Thierry Gineste fait partie du groupe qui a fondé (en 1983) la Société internationale d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse.

La nouvelle édition de ce grand livre, *Victor de L'Aveyron*, nous parvient, « revue et augmentée », dans une collection de poche accessible à tous. Au même moment, son dernier ouvrage (dont nous reparlerons) est sur le point de paraître : *Le Lion de Florence. Sur L'imaginaire des psychiatres* (Albin Michel édit.). *Victor de L'Aveyron* est, en effet, un livre essentiel car il rassemble l'intégralité des documents concernant l'illustre « enfant sauvage, premier enfant fou ». Thierry Gineste structure ici l'ensemble de ces compilations et extraits au sein d'une « version intégrale » incontournable... Des premiers rapports de police relatant la découverte de Victor jusqu'aux controverses scientifiques qu'elle suscita à l'époque, en passant par leurs prolongements aujourd'hui et par le parcours difficile d'un médecin apprenti pédopsychiatre. Le travail est considérable, passionnant à lire et à relire, source d'étude sans fin et véritable invitation à lever les yeux pour se perdre dans ses pensées... Thierry Gineste a fouillé, exploré, aéré, retrouvé, analysé, commenté, tout le « matériel » disponible (y compris la documentation journalistique inédite des premiers temps de l'affaire). Ce qui nous en sépare comme ce qui nous en rapproche... Avec une rigueur exemplaire et une écriture qui ne cesse de nous faire voyager autour, au cœur du sujet, parmi les détours auxquels il invite, aussi.

« *Moi, je suis comme les tigres qui ont au bout du gland des poils agglutinés avec quoi ils déchirent la femelle. L'extrémité de tous mes sentiments a une pointe aiguë qui blesse les autres et moi-même aussi quelquefois. (...) Ton sauvage de l'Aveyron t'embrasse* ». (Gustave Flaubert, lettre à Louise Colet, 25 février 1854, cité en exergue par Thierry Gineste). Voilà. Souvenez-vous... Le 8 janvier 1800, un enfant vagabond, orphelin et sourd-muet, est capturé dans l'Aveyron. On dit que les loups l'ont élevé (comme dans le Livre de la jungle, comme Remus et Romulus, etc.). Très

vite, ce petit « *sauvage* » focalise un intérêt scientifique mondain, considérable. Naturellement. Il est conduit à Paris, après quelques péripéties, avant d'être soumis à plusieurs « *expertises* » (une tendance qui perdure)... C'est l'heure où le désormais célèbre Jean Itard entre en scène (joué par Truffaut lui-même, dans son film, sublime). C'est Itard qui rédigea plusieurs mémoires fondamentaux à propos de Victor, de son histoire, de ses troubles, du travail à la fois thérapeutique et éducationnel qu'il doit inventer, expérimenter, jour après jour.

Jean Marc Gaspard Itard (1774-1838) se consacra dès lors à « *son* » cas, fondant du même coup (l'histoire rejoint ici le mythe, comme souvent), la psychiatrie de l'enfant.

Ainsi, le petit Victor devient-il cette « *borne d'un monde et la porte d'entrée d'un siècle par la nouvelle compréhension de l'homme dont il est l'occasion* »... C'est pourquoi, poursuit Thierry Gineste, on le retrouvera dès lors « *rituellement, à l'origine de toute nouvelle tentative de théorisation ou de toute pratique innovante en psychopathologie* ». Voilà comment ce

petit enfant civilisable se transforme en « *sujet de réflexion pour tous les hommes de tout horizon* »... « *Les images mythiques de son souvenir s'imposant comme modèle ou comme référence* », à des créateurs aussi différents que Flaubert ou Truffaut, « *pour produire des chefs-d'œuvre* », et « *arracher à leur cœur et à leur esprit des trésors de vérité* ».

Ajoutons que rien ne manque aux notes de l'ouvrage, aux références, aux commentaires, à la biographie d'Itard et à la bibliographie exhaustive. Pas même sa « *fin silencieuse* » (intitulé du dernier

chapitre). Un travail dont le talent consiste à conclure qu'il resterait encore beaucoup à découvrir... Et ce faisant, avec un style et une rigueur qui sonnent juste. La parole reste celle de Thierry Gineste, à travers son sujet : « *Ce livre aura trouvé son but s'il a su montré que les questions auxquelles nous convoque discrètement mais patiemment cette histoire sont, comme l'espoir de Pénélope mêlé à son chagrin, un travail sans repos et sans limites, que nous n'aurons jamais fini de faire et de défaire* (p.17) ».

Ch. Paradis

Gérard Mendel, psychiatre, psychanalyste et anthropologue est mort le 14 octobre 2004, à l'âge de 74 ans. Théoricien exigeant, il avait une double pratique : la psychanalyse d'une part, l'intervention institutionnelle d'autre part.

Les premiers travaux de cet infatigable chercheur, portèrent sur la *sublimation artistique* (1964) (1). Le vouloir de création (2) chez l'individu restera l'un de ses fils conducteurs.

A l'âge de 31 ans, il crée la collection « *Science de l'homme* » chez Payot qu'il dirigera pendant près de trente ans. Mendel fut le premier, en France, à faire traduire Winnicott qu'il éditera aux côtés de Ferenczi, Mélanie Klein, Bion, Rank, Abraham, Jones, Roheim, Tausk, parmi quelques 200 ouvrages. Plus récemment, il ouvrit aux Editions La Découverte, une nouvelle collection : « *Psychanalyse et Société* ».

C'est *La révolte contre le père* (1968) qui le fit connaître au grand public, livre dans lequel il introduit ce nouveau champ de la sociopsychanalyse qui n'est pas l'application au social de la psychanalyse, mais un essai d'articulation théorique entre sociologie et psychanalyse. Il s'y emploiera toute sa vie.

C'est ainsi qu'il mettra en lien l'affaiblissement de la société patriarcale et de ses protections contre les risques de régressions archaïques, avec les nouvelles formes de socialisation des jeunes qui ne passent plus exclusivement par la voie d'identifications aux adultes. Au colloque de l'Association de Psychia-

## Hommage à Gérard Mendel (1930-2004)

trie Française sur l'adolescence (1990), il présente le concept nouveau de « *socialisation -entre pairs- non identificateur* » (3).

C'est ce souci du devenir qui a conduit Gérard Mendel à privilégier l'école comme un des lieux d'application de sa méthode d'intervention institutionnelle. Y favoriser l'apprentissage de la démocratie participative, au moyen d'un dispositif d'expression et de concertation entre élèves et enseignants, lui semblait la seule alternative face au vide créé par l'affaiblissement irréversible de l'autorité traditionnelle. Tout retour en arrière lui paraissant illusoire. Gérard Mendel a contribué à dégager une « *psychologie sociale du sujet* », ainsi qu'une anthropologie de l'acte (*L'acte est une aventure*, 1998) dans laquelle le « *créer-trouver* » de Winnicott est un des fils conducteurs.

Praticien de la psychanalyse la plus classique, il s'est senti néanmoins tenu d'écrire *La psychanalyse revisitée* (1988) : il y affirme que sa référence à Freud implique un examen critique de certains points de la théorie.

Son œuvre, dense et passionnante, comprend une trentaine d'ouvrages et des dizaines d'articles et rapports. Elle a la particularité d'avoir été, pour ce qui est de l'intervention institutionnelle,

confrontée, en permanence, à une pratique collective de terrains, en France, en Argentine, en Belgique, au Québec dont rendent compte de nombreux livres cliniques. ■

Mireille Bitan et Claire Rueff-Escoubès

(1) *La sublimation artistique*, Revue Française de psychanalyse 1964, vol.28, n° 5-6.

(2) *Le vouloir de création, auto-histoire d'une œuvre* (avec R.Dosse), L'Aube, LaTour d'Aigues, 1999

(3) *La socialisation non-identificateur*, A propos de la socialisation aujourd'hui de l'enfant et de l'adolescent. Bulletin de l'A.F.P. Ville d'Avray, 1990 et in Trois textes sociopsychanalytiques, Impatiences démocratiques, Arles, 2000

### Bibliographie de Georges Mendel

*La Révolte contre le père. Une introduction à la sociopsychanalyse*, Payot, Paris, 1968.

*La Crise de générations. Etude sociopsychanalytique*, Payot, Paris, 1969.

*Pour décoloniser l'enfant. Sociopsychanalyse de l'autorité*, Payot, Paris, 1971.

*L'Angoisse atomique et les angoisses nucléaires* (avec C. Guedeney), Payot, Paris, 1973.

*Le Manifeste éducatif. Contestation et socialisme* (en collab.), Payot, Paris, 1973.

*L'Homme de pouvoir. - I. La Chasse structurale. Une interprétation du devenir humain*, Payot, Paris, 1967 ; II. *Anthropologie diffé-*

*rentielle. Le plaisir et le déplaisir*, Payot, Paris, 1972 ; III. *Pour une autre société. Après les rapports sociaux du Capital*, Payot, Paris, 1975.

*Quand plus rien ne va de soi*, Robert Laffont, Paris, 1979.

*L'Intervention institutionnelle* (avec J. Ardoïno, J. Dubost, A. Lévy, F. Guattari, G. Lapassade, R. Lourau), Payot, Paris, 1980.

*Enquête par un psychanalyste sur lui-même*, Stock, Paris, 1981.

*54 millions d'individus sans appartenance*, Robert Laffont, Paris, 1983.

*La crise est politique, la politique est en crise*, Payot, Paris, 1985.

*On est toujours l'enfant de son siècle. Le XXe siècle : un regard psychopolitique*, Robert Laffont, Paris, 1986.

*La Psychanalyse revisitée*, La Découverte, Paris, 1988 (rééd. en poche : La Découverte, 1988).

*La société n'est pas une famille. De la psychanalyse à la sociopsychanalyse*, La Découverte, Paris, 1992.

*Vers l'entreprise démocratique. Le récit d'une expérience pionnière* (avec Mireille Weiszfeld et Philippe Roman), La Découverte, Paris, 1993.

*Sociopsicoanalisis y educacion*, Ediciones Novedoras educativas, Buenos Aires, 1996.

*De Faust à Ubu. L'invention de l'individu*, L'Aube poche, La Tour-d'Aigues, 1996.

*Changement et participation à l'université. Modernisation administrative, l'exemple de Paris-XII* (avec S. Bonnafous, B. Dizambourg, J.-F. Moreau), Presses universitaires de Grenoble, 1997.

*La Mouance des communistes critiques. Enquête sur le désarroi militant, une écoute sociopsychanalytique* (avec J.-L. Prades et D. Saba), L'Harmattan, Paris, 1997.

*L'acte est une aventure*, La Découverte, Paris, 1998.

*Le Vouloir de création, auto-histoire d'une œuvre* (avec R. Dosse), L'Aube, La Tour-d'Aigues, 1999.

*Qu'est-ce qui fait courir l'enfant ?* (avec B. Aucuturier), Editions universitaires de Louvain, 1999.

*Trois textes sociopsychanalytiques*, Impatiences démocratiques, Arles, 2000.

*Une histoire de l'autorité. Permanences et variations*, La Découverte, Paris, 2002 (rééd. en poche : La Découverte, 2003).

*Les Méthodes de l'intervention psychosociologiques* (avec J.-L. Prades), La Découverte, coll. « Repères », Paris, 2002.

*Pourquoi la démocratie est en panne. Construire la démocratie participative*, La Découverte, Paris, 2003.

*Construire le sens de sa vie. Une anthropologie des valeurs*, La Découverte, 2004.

### LIVRES

#### Quelle formation pour quelle psychiatrie ? Vingt ans d'expérience de la Sofor

Sous la direction de Francis Jeanson et Nicole Rumeau Erès, 18 €

Dans cet ouvrage de réflexion à plusieurs voix, quelques-uns des formateurs qui, par leur action, contribuent à soutenir une psychiatrie humaniste - dont Francis Jeanson avait fait l'éloge - exhortent les soignants à allier l'intelligence du monde humain avec des capacités autoréflexives et de résistance à tout système totalisant.

Avec la participation de : Dominique Argelès, Isabelle Aubert, Guy Baillon, Alain Castéra, Jean-Marie Dartiguelongue, Pierre Delion, Roger Gents, Michel Gillet, Jacques Hochmann, Florence Hourquebie, Anne-Marie Leyreloup, Christian Luc, Michel Minard, Nicole Rumeau.

#### Les droits de l'homme

Danièle Lochak  
Nouvelle édition  
La Découverte

La thématique des droits de l'homme qui tend à devenir omniprésente, en France et dans le monde, ne fait l'unanimité qu'en apparence. Ce livre démonte les fausses évidences dans ce domaine. A l'encontre de l'idée reçue d'un progrès continu et linéaire, d'une vision lisse et pacifiée des droits de l'homme, ces derniers ne sont pas une catégorie éternelle et immuable. Parce qu'elle suppose la réalisation de conditions parfois contradictoires, leur existence ne va pas de soi. Les droits de l'homme sont, sans cesse, confrontés à des défis nouveaux : développement des biotechnologies, mondialisation... qui soulèvent des questions inédites et obligent à repenser les normes juridiques. Il apparaît donc indispensable d'analyser les droits de l'homme, simultanément, dans toutes leurs dimensions : politique, idéologique, juridique. En évitant la dérive humaniste qui tend à transformer les droits de l'homme en une morale de bons sentiments, et la dérive positiviste qui conduit à s'enfermer dans un juridisme étroit.

#### Gestion du stress et de l'anxiété

Dominique Servant  
Masson, 26 €

Ce livre propose une présentation des concepts médicaux et psychologiques du stress et de l'anxiété, ainsi que les principaux modèles de compréhension, les bases de l'entretien nécessaire au repérage, diagnostic et évaluation des troubles anxieux (anxiété généralisée, phobies, attaque de panique, stress post-traumatique, trouble obsessionnel compulsif, etc.), la prise en charge pour un traitement adapté à chaque type de trouble, les techniques de gestion du stress et leur application dans le monde du travail et de la santé.

classiques sur les neurotransmetteurs dans la schizophrénie et la théorie membranaire. ■

Ludivine Dubois\*

\*Service du Dr Caroli, CH Sainte-Anne, Paris.

### Bibliographie

(1) HORROBIN DF, *Schizophrenia as a prostaglandin deficiency disease*, Lancet 1977, 1, 936-937.

(2) FELDBERG W, *Possible association of schizophrenia with a disturbance in prostaglandin metabolism, a physiological hypothesis*, Psychol Med 1976, 6, 359-369.

(3) PEET M, LAUGHARNE J, RANGARAJAN N, HORROBIN D, REYNOLDS G, *Depleted red cell membrane essential fatty acids in drug-treated schizophrenic patients*, J Psychiatr Res 1995, 29, 227-232.

(4) YAO JK, VAN KAMMEN DP, WELKER JA, *Red blood cell membrane dynamics in schizophrenia. II Fatty acid Composition*, Schizophr Res 1994, 13, 217-226.

(5) GLEN AL, GLEN EM, HORROBIN DF et al., *A red cell membrane abnormality in a subgroup of schizophrenic patients: evidence for two diseases*, Schizophr Res 1994, 12, 53-61.

(6) HIBBELN JR, MAKINO KK, MARTIN CE, DICKENSON F, BORONOW J, FENTON WS, *Smoking, gender and dietary influences on erythrocyte essential fatty and acid composition among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder*, Biol Psychiatry 2003, 53, 431-441.

(7) ARVINDAKSHAN M, SITASAWARD S, DEBSIKDAR V et al., *Essential polyunsaturated fatty acid and lipid peroxide levels in nervermedicated and medicated schizophrenic patients*, Biol Psychiatry, 2003, 53, 56-64.

(8) KHAN MM, EVANS DR, GUNNA V, SCHEFFER RE, PARIKH VV, MAHADIK SP, *Reduced erythrocyte membrane essential fatty acids and increased lipid peroxides in schizophrenia at the nervermedicated first episode of psychosis and after years of treatment with antipsychotics*, Schizophr Res 2002, 58, 1-10.

(9) ASSIES J, LIEVERSE R, VREKEN P, WANDERS RJA, DINGEMANS PM, LINSZEN DH, *Significantly reduced docosahexaenoic acid concentrations in erythrocyte membranes from schizophrenic patients compared with a carefully matched control group*, Biol Psychiatry 2001, 49, 510-522.

(10) YAO JK, LEONARD S, REDDY RD, *Membrane phospholipid abnormalities in post mortem brains from schizophrenic patients*, Schizophr Res 2000, 42, 7-17.

(11) PETTEGREW JW, KESHAVAN MS, PANCHALINGAM K et al., *Alterations in brain high energy phosphate and membrane phospholipid metabolism in first episode drug naive schizophrenics*, Arch Gen Psychiatry 1991, 48, 563-568.

(12) DEIKEN RF, MERRIN E, CALABRESE G, DILLON W, WEINER MW, FEIN G, *Phosphorus MRSI in the frontal and parietal lobes in schizophrenia*, Biol Psychiatry 1993, 33, 46A.

FUKUZAKO H, TAKEUCHI K, FUJIMOTO T, FUKUZAKO T, HOKAZONO Y, HIRAKA-

Etude	Peet et al. (20), 2001	Peet et al. (20), 2001	Peet et Horrobin (22), 2002	Fenton et al. (23), 2001	Emsley et al. (21), 2002
Type	DA, AT	DA monothérapie	DA, AT* Recherche de posologie	DA, AT	DA, AT
Effectif	45	26	115	87	40
Traitement	EPA 2g vs DHA 2g vs Placebo 2g	EPA 2g vs Placebo 2g	Ethyl EPA 1g vs Ethyl EPA 2g vs Ethyl EPA 4g vs Placebo	Ethyl EPA 3g vs Placebo	Ethyl EPA 3g vs Placebo
Durée	3 mois	3 mois	12 semaines	16 semaines	12 semaines
Mesure d'efficacité	PANSS	PANSS	PANSS	PANSS AIMS	PANSS, FRS
		Recours et durée tt conventionnel		CGI, Simpson Angus Rating Scale Montgomery Asberg Depression Rating Scale	
Résultat	EPA>DHA =Placebo	EPA>Placebo sp. positifs surtout	EPA>Placebo dans sousgroupe Clozapine 2g le plus efficace	EPA=Placebo	EPA>Placebo pour sp. schizophrénie et dyskinésie tardive

DA = Double Aveugle - AT = Ajouté au tt antérieur

\*Clozapine : 31, antipsychotique atypique : 48, neuroleptique classique : 36

WA K, UEYAMA K, MATSUMOTO K, P *Magnetic resonance spectroscopy of schizophrenic patients with neuroleptic resistant positive and negative symptoms*, Biol Psychiatry 31, 204A-205A.

FUKUZAKO H, FUKUZAKO T, TAKEUCHI K, OHBO Y, UEYAMA K, TAKIGAWA M, FUJIMOTO T, *Phosphorus magnetic resonance spectroscopy in schizophrenia, correlation between membrane phospholipid metabolism in temporal lobe and positive symptoms*, Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 1996, 20, 629-640.

STANLEY JA, WILLIAMSON PC, DROST DJ, CARR T, RYLETT RJ, MORRISON-STEWART S, THOMPSON RT, *Membrane phospholipid metabolism and schizophrenia: an in vivo PMR spectroscopy study*, Schizophr Res 1994, 13, 209-215.

(13) CHRISTENSEN O, CHRISTENSEN E, *Fat consumption and schizophrenia*, Acta Psychiatr Scand 1988, 78, 587-591.

(14) RUDIN DO, *The major psychoses and neuroses as omega-3 essential fatty acid deficiency syndrome: substrate pellagra*, Biol Psychiatry 1981, 16, 837-850.

(15) PURI BK, RICHARDSON AJ, *Sustained remission of positive and negative symptoms of schizophrenia after treatment with eicosapentaenoic acid (letter)*, Arch Gen Psychiatry 1998, 55, 188-189.

(16) MELLORJE, LAUGHARNE JDE, PEET M, *Schizophrenic symptoms and dietary intake*

*of n-3 fatty acids* (letter to the editor), Schizophr Res 1995, 18, 85-86.

(17) PEET M, LAUGHARNE JDE, MELLOR J, RAMCHAND CM, *Essential fatty acid deficiency in erythrocyte membranes from chronic schizophrenic patients and the clinical effects of dietary supplementation*, Prostaglandins Leukotriene Essential Fatty Acids 1996, 55, 71-75.

(18) SHAH S, VANKAR GK, TELANG SD, RAMCHAND CN, PEET M, *Eicosapentaenoic acid (EPA) as an adjunct in the treatment of schizophrenia*, Presented at the 9th Schizophrenia Winter Workshop, Davos, 1998.

(19) FENTON WS, HIBBELN J, KNABLE M, *Essential fatty acids, lipid membrane abnormalities, and the diagnosis and treatment of schizophrenia*, Biol Psychiatry 2000, 47, 8-21.

(20) PEET M, RAMCHAND CN, SHAH S, VANKAR GK, *Two double-blind placebo-controlled pilot studies of eicosapentaenoic acid in the treatment of schizophrenia*, Schizophr Res 2001, 49, 243-251.

(21) EMSLEY RA, MYBURY CC, OOSTHUIZEN PP, VAN RENSBURG SJ, *Randomised placebo-controlled study of ethyl eicosapentaenoic acid as supplemental treatment in schizophrenia*, AM J Psychiatry 2002, 159, 1596-1598.

(22) PEET M, HORROBIN DF, *A dose-ranging exploratory study of the effects of ethyl eicosapentaenoate in patients with persistent schizophrenic symptoms*, J Psychiatry Res 2002, 36, 7-18.

(23) FENTON WS, DICKERSON F, BORONOW J, HIBBELN JR, KNABLE M, *A placebo-controlled trial of omega-3 fatty acid (ethyl eicosapentaenoic) supplementation for residual symptoms and cognitive impairment in schizophrenia*, Am J Psychiatry 2001, 158, 2071-2074.

(24) CLANDININ MT, CHAPPELL JE, LEONG S, HEIM T, SWYER PR, CHANCE GW, *Intrauterine fatty acid accretion rates in human brain: implications for fatty acid requirements*, Early Hum Dev 1980, 4, 121-129.

(25) SU K-P, SHEN WW, HUANG S-Y, *Omega-3 fatty acid as a psychotherapeutic agent for a pregnant schizophrenic patient*, Eur Neuropsychopharmacol 2001, 11, 295-299.

(26) OLSEN SF, SORENSEN JD, SECHER NJ, HEDEGAARD M, HENRIKSEN TB, HANSEN HS, GRANT A, *Randomised controlled trial of effect of fish oil supplementation on pregnancy duration*, Lancet 1992, 339, 1003-1004.

(27) PETRIDOU E, KOUSSOURI M, TOUPADAKI N, YOROUKOS S, PAPAVALIOLIOU A, PANTELAKIS S, OLSEN J, TRICHOPOULOS D, *Diet during pregnancy and the risk of cerebral palsy*, BR J Nutr 1998, 79, 407-412.

(28) YAO JK, MAGAN S, SONEL AF, GURKULIS JA, SANDERS R, REDDY RD, *Effects of omega-3 fatty acid on platelet serotonin responsiveness in patients with schizophrenia*, Prostaglandins Leukotriene Essential Fatty Acids 2004, 71, 171-176.

## LIVRES

## Cannabis et adolescences

## Les liaisons dangereuses

Sous la direction de Patrice

Huerre et François Marty

Albin Michel 29,90 €

Ce livre a le mérite de s'attacher aux différentes facettes du problème, chacune abordée par un spécialiste et toutes regroupées de façon synthétique et didactique.

On y trouve développé l'aspect psychodynamique et psychopathologique de cette consommation, à ce moment particulier de la vie, mais aussi épidémiologique et socio-économique rarement évoqués avec autant de précision et resitués dans son contexte historique.

On comprend mieux comment un phénomène banalisé par les médias et les politiques, mais aussi par certains médecins, est devenu en 30 ans, sous nos yeux, un problème de santé publique : la France est devenue le premier consommateur de haschich, la consommation touche des adolescents de plus en plus jeunes, qui sont de plus en plus de gros consommateurs et des consommateurs réguliers.

Les effets produits, qu'ils soient générés ou révélés par le produit, dépendent souvent de la personnalité sous-jacente et de ses expériences antérieures, ils sont souvent difficiles à traiter du fait de leur résistance, du risque de récurrence, de troubles du comportement et de déscolarisation.

Les soins et l'aide proposés aux patients, voire aussi à leur famille souvent démunie, sont aussi évoqués et illustrés par des vignettes cliniques : les psychothérapies, la prise en charge institutionnelle, quand elle est nécessaire, la thérapie bifocale en partenariat avec un centre de traitement des addictions, la thérapie familiale, l'aide à la réinsertion scolaire et sociale, tous s'accordant ici à soutenir la nécessité d'une approche clinique de la consommation de cannabis chez l'adolescent.

Annie Viala

## L'image et ses usages

Sous la direction de Didier Lauru

et Jean-Yves Le Fourn

Enfances &amp; Psy 2004 n°26

Erès 15 €

Ce dossier, consacré aux images et à leurs usages, reprend différents axes de réflexion sur le rapport ambivalent des enfants et des adolescents à celles-ci. Il s'attelle, aussi, à évaluer l'impact des images sur le développement des enfants, et sur les comportements des adolescents. A distance des réactions de rejet et de fascination, de nombreux professionnels ont inscrit l'image dans leurs pratiques. Outil d'information, porteuse de sens et de représentations, l'image peut aussi avoir une valeur thérapeutique. Comment les mots autour de l'image produisent-ils des effets de médiation avec la réalité ?

Enfin, une part est réservée à des expériences de professionnels qui travaillent avec les images dans leur pratique. Ces différents éléments ne tendent pas à l'exhaustivité, mais se veulent une « photographie » avec des angles de vue différents sur le rapport aux images. Loin des polémiques plus souvent idéologiques et politiques sur l'influence et le rôle des images, ce dossier apporte des témoignages de professionnels qui rendent compte de leurs constatations cliniques, de leurs réflexions et de leurs pratiques, tout en sachant, tant sont récentes l'explosion des images et l'évolution de leurs usages, qu'il sera nécessaire de réactualiser cette question.

## L'état de stress chronique aux traumatismes multiples

## Discussions et conséquences

## Le syndrome d'Ulysse des migrants en situation extrême

et le nouveau monde. Chez les migrants de la fin du XX<sup>e</sup> et du début du XXI<sup>e</sup> siècle, il existe d'autres formes de souffrance à grande échelle, créées notamment par les conditions de départ, de voyage et d'accueil et les situations politiques et administratives des pays.

Nous proposons le syndrome d'Ulysse pour décrire le vécu du migrant engagé dans le désir d'aller trouver un mieux-être ailleurs dont les traumatismes subis lors de ce parcours restent supportables grâce au mythe du retour que le migrant entretient comme le certificateur de son identité.

Il serait réducteur de voir en Ulysse, un voyageur en difficulté ou la victime d'une errance sans projet existentiel pour considérer le syndrome d'Ulysse comme descriptif de la souffrance du migrant voyageur sous influence ou sous une emprise sectaire<sup>(2)</sup>, ou bien encore par extension comme un « syndrome de captation affective par un tiers devenu consentant »<sup>(5)</sup>.

Nous pouvons alors considérer le syndrome d'Ulysse dans la catégorie des pathologies traumatiques. Grâce au diagnostic différentiel avec les états de stress aigu et des états de stress post-traumatique, il se dégage deux pronostics dans le champ psychosocial : la maladie du clandestin légal est paradigmatique de la maladie des exclus sociaux, et les recompositions identitaires hybrides peuvent compenser les échecs d'intégration ou colmater les décompensations latentes des personnalités fragiles.

## Les symptomatologies liées à la situation traumatique

## La migration révélatrice d'une fragilité préexistante

La psychologie classique pose la personne comme centrale dans ses études du fonctionnement normal et pathologique de la personnalité sans négliger l'influence de l'environnement. La psychologie pathologique classique considère, en général, trois grandes entités : la dépression, les états névrotiques et les formes de psychoses. Devant un vécu perturbé avec l'environnement interne ou externe lui-même difficile, la personne peut éprouver de la souffrance qui sera un des symptômes révélateurs de la manière dont fonctionnent ses mécanismes psychiques de défense et de protection.

Devant des événements extérieurs - dits objectifs - nettement identifiables comme traumatiques, la nosologie classique avait trois sous-types : les dépressions réactionnelles, les névroses post-traumatiques avec des symptômes hystériques, phobiques, obsessionnels ou d'anxiété généralisée liés à la structure de la personnalité (parfois englobés dans l'entité dite sinistrose), et enfin des psychoses ou des états psychotiques déclenchés et décompensés par l'événement ou le cumul d'événements, ou défensifs paranoïaques.

A côté de la théorie des mécanismes de défense et de ses modes de défaillances, l'on peut aussi juxtaposer des pathologies de l'adaptation liée à la conception de l'inaptitude constitutionnelle ou acquise devant des situations inhabituelles.

Le tout concourt à formaliser le statut social de la douleur. La personne souffrante sera diversement reconnue malade, handicapée, invalide ou déficien-

te. En conséquence, le migrant peut être en bonne santé au départ mais par l'événement, devenir malade, handicapé, invalide ou déficient, ce qui est une évidence humaine bonne à redire.

Le migrant n'est jamais un agent économiquement « prêt à l'emploi ». Il passe par la phase habituelle d'adaptation marquée par de la déception et des frustrations pour se reconstruire ou bien glisser dans une perte d'espoir devant la réalité nouvelle.

L'événement crée donc un changement de phase qui sollicite les mécanismes de défense et d'adaptation pour rétablir l'équilibre homéostatique selon une modélisation mécanique (Claude Bernard) ou énergétique (Sigmund Freud) de la personnalité. Le caractère brusque, brutal ou imprévisible des événements peut déborder les défenses psychologiques et biologiques. C'est la notion de CHOC bien connue en phénoménologie ou en physique mécanique, et celle du TRAUMATISME (ou Trauma). La médecine moderne décrira ainsi le choc septique, le choc anaphylactique, le choc cardiologique et bientôt la notion de choc psychologique et de traumatisme psychique. Le STRESS est la réponse globale au choc et au traumatisme (incluant l'état d'anxiété et d'angoisse). Il a été identifié en 1936 et authentifié comme concept médical, biopsychologique par le canadien H. Selye dans le cadre du Syndrome Général d'Adaptation<sup>(6)</sup>. Celui-ci distinguait les agents stressants positifs et négatifs, le « STRESSEUR », selon une médecine darwinienne de l'époque.

Ainsi, dans la migration, le migrant vit nécessairement plusieurs chocs : le choc du départ, celui de la transplantation et celui de l'installation. Tout migrant est une personne stressée mais elle ne tombera pas nécessairement malade. Si son projet migratoire peut être « victorieux » tel Ulysse accomplissant sa promesse, le migrant gardera en tête d'une manière ou d'une autre, ses références identitaires et la motivation de sa mission. Après cela, ou bien ce sera le projet de retour - ou un ersatz - comme Ulysse vers sa famille restée au pays, ou bien comme tout être, de fonder une nouvelle vie en épurant une partie du passé pour un projet réussi d'installation sur une terre d'accueil.

Là, le projet de santé du migrant moderne est aussi un projet intégrateur pour « comment émigrer sans tomber malade ».

## Le stress de l'événement traumatique

A partir de 1980, la troisième édition du Manuel de Diagnostic Statistique (DSM III) de l'Association américaine de psychiatrie (APA) va rompre avec la tradition clinique européenne. Elle propose une phénoménologie des événements pathologiques. Nous entrons dans l'ère de l'épidémiologie statistique appliquée à la clinique, afin d'identifier des populations exposées et des facteurs de risque sur plusieurs axes. A partir des symptômes des Vétérans de la guerre du Vietnam, l'on va enregistrer le diagnostic d'Etat de stress aigu (F 43.0) et d'Etat de stress post-traumatique (Post-traumatic stress disorders- PTSD, F 43.1) dans le DSM IIIIR puis le DSM IV<sup>(3)</sup>. Ce diagnostic phénoménologique - dit athéorique - est autonome des notions de personnalité et de mécanismes de défense. Il sera repris dans la 10<sup>ème</sup> Classification Mondiale des Maladies de l'OMS (CIM 10).

## Que décrit l'Etat de stress aigu (F.43.0) ?

A. Le sujet est exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacé ;

(2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

NB : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :

(1) un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle ;

(2) une réduction de la conscience de l'environnement (par ex. « être dans le brouillard ») ;

(3) une impression de déréalisation ;

(4) une amnésie dissociative (par ex. incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).

C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.

D. Evitement persistant des stimulus qui réveillent la mémoire du traumatisme (par ex. pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

## L'InVS recommande la mise en place d'un programme d'enquêtes nationales sur la morbidité psychiatrique

L'institut national de veille sanitaire (InVS) recommande la mise en place d'un programme d'enquêtes nationales sur la morbidité psychiatrique dans une étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale.

Cette étude, mise en ligne en janvier, a pour objectif de faire des propositions visant à élaborer un programme de surveillance en santé mentale. L'OMS et l'Union Européenne préconisent que la santé mentale fasse partie de tout un système de surveillance de la santé. La mise en ligne de cette étude intervient alors qu'a commencé la conférence européenne de l'organisation mondiale de la santé sur la santé mentale à Helsinki, où 52 pays européens ont signé un plan d'action pour la santé mentale en Europe, dont une partie porte sur « la production de nouvelles données probantes ».

Cinq pathologies ou problèmes de santé mentale nécessitant une surveillance ressortent de l'étude menée par l'InVS : la dépression, les troubles mentaux graves et durables, telles les psychoses, le suicide, la santé mentale et la souffrance psychique, « sans définition plus précise », ainsi que les conséquences en santé mentale des catastrophes et accidents collectifs.

Le programme d'enquêtes sur la morbidité psychiatrique recommandé par l'institut inclurait « au minimum une enquête large représentative des ménages du pays, une enquête associée des institutions qui prennent en charge les personnes souffrant de troubles psychotiques graves et durables », et d'autres enquêtes « si nécessaires » sur des populations spécifiques comme les détenus ou les personnes en situation de grande précarité.

Idéalement, ces enquêtes devraient distinguer un volet adultes et un volet enfants/adolescents. Elles devraient être répétées à quelques années d'intervalle, 7 à 10 ans, « pour repérer les changements dans la prévalence des troubles, voire détecter des troubles et des problèmes émergents ».

L'InVS recommande, également, le développement d'une enquête utilisant des méthodes de « basse prévalence » sur la prise en charge, le suivi et les conditions de vie des troubles psychotiques graves et durables. Ces troubles sont, en grande partie, ignorés des pouvoirs publics et l'InVS propose la création d'une enquête avec des méthodes alternatives plus appropriées aux troubles à basse prévalence pour atteindre les sujets souffrant de ces troubles. Un état des lieux sur les outils de mesure des troubles mentaux et de la santé mentale est également préconisé.

Il faudrait « s'assurer que ces outils sont en accord avec les efforts européens d'harmonisation des indicateurs santé mentale et qu'ils permettent les comparaisons avec d'autres études internationales ». La quatrième recommandation porte sur le développement d'indicateurs sociaux pertinents pour la santé mentale.

L'InVS souhaite ouvrir la discussion sur les modes de surveillance possible en médecine générale, et éventuellement, auprès d'autres intervenants de première ligne, ce qui semble important, en particulier pour les comportements suicidaires. La surveillance en médecine générale butte sur des problèmes importants, dont l'influence de l'hétérogénéité des compétences et des styles de travail sur l'identification des troubles, mais aussi le coût de la mise en oeuvre d'une telle surveillance.

Enfin, l'InVS préconise d'établir un dispositif de surveillance des conséquences des catastrophes naturelles et des accidents et traumatismes collectifs. Se référant notamment à l'explosion de l'usine AZF à Toulouse, l'institut estime que des troubles mentaux et psychosociaux peuvent apparaître après ce type d'événement.

Ces recommandations ne dispensent pas d'un travail de réflexion, notamment sur la hiérarchisation des catégories de troubles ou de problèmes à prendre en compte. La délimitation du champ de la santé mentale reste problématique, les notions de « trouble mental », de « santé mentale » et de « souffrance psychique », sont souvent imprécises.

Cette imprécision a pour effet de créer une « population-cible potentielle pour la psychiatrie et pour les professions connexes qui est en expansion constante et indéfinie et fragilise la fiabilité que l'on peut accorder y compris aux plus grandes d'épidémiologie psychiatrique ».

Le centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) a publié les résultats d'une enquête en octobre dernier menée auprès de 36 000 Français montrant que 11% de la population a souffert d'un épisode dépressif et que 12,8% ont connu les symptômes d'une anxiété généralisée. ■

F.C.

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activité neuro-végétative (par ex. difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale généralisée, n'est pas mieux expliquée par un Trouble psychotique bref n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble pré-existant de l'Axe I ou de l'Axe II.

#### Que décrit l'Etat de stress post-traumatique (F.43.1) ?

A. Le sujet est exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacé ;  
(2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. NB : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

(1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un senti-

ment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. NB : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects traumatiques ;

(2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. NB : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable impression et agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).

NB : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir ;

(4) Un sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes et externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Evitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne pré-existant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;

(2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;

(3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme ;

(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;

(5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres

(6) restriction des affects (par ex. incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;

(7) sentiment d'avenir « bouché » (par ex. pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne pré-existant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations sui-

vantes :

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ;

(2) irritabilité ou accès de colère ;

(3) difficulté de concentration ;

(4) hypervigilance ;

(5) réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importantes.

L'état de stress post-traumatique est aigu si la durée des symptômes est de moins de trois mois. Il est chronique si la durée des symptômes est de trois mois ou plus. Il est de survenue différée si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

#### La migration comme événement traumatique : du syndrome d'Ulysse à la maladie du clandestin

D'une part, on peut observer chez le malade mental migrant, l'état de stress aigu, l'état de stress post-traumatique ou de ces deux états confondus dans une même clinique quand perdure le choc traumatique sous d'autres aspects. Cette nouvelle clinique épidémiologique considèrera le stress comme double et chronique.

Avant le départ, les événements responsables de choc et de stress étaient tels qu'ils perdurent dans le souvenir, justifiant ou amplifiant parfois et de façon disproportionnée les motifs de la fuite en exil. La réalité politique de l'événement - une persécution avérée - n'est pas toujours au premier plan. Par exemple, la perte ou le suicide d'un proche au cours ou au décours d'événements sociopolitiques peut être qualifiée de meurtre ou d'assassinat par la personne (Le demandeur d'asile politique doit en fournir la preuve objective quasi juridique).

Dans chaque séquence de la migration - départ/fuite, transplantation/déplacement, installation définitive/camp temporaire -, la violence est telle qu'elle est traitée ou vécue en soi comme un stress sans fin. Ce traumatisme n'est, souvent, pas suffisamment pris en compte le risque vital du voyage, le viol sur les femmes, le trouble prolongé du sommeil, l'état constant d'hypervigilance, la promiscuité (nous relevons une certaine imagerie jugeant cela comme le prix à payer du migrant de partir et de s'installer là où il se sent mieux - par une sorte de tourisme inversé, la migration = un déménagement -, ou bien voyant les camps comme un immense camping).

Par conséquent, les conditions épidémiologiques et cliniques du mal des migrants ne sont pas celles des états de stress aigu et post-traumatique des Vétérans américains revenus et soignés chez eux. En l'occurrence, la détresse du migrant malade s'en distingue aussi par l'après-coup du voyage et du stress d'arrivée dans un pays étranger aux conditions souvent pénibles d'accueil - ou de non accueil -. Le pronostic et les conduites à tenir sont tout autres.

D'autre part, en suivant la méthodologie du DSM IV et du CIM 10 sans référence aux notions de personnalité mais aux événements factuels de santé, l'expérience clinique identifie, plus précisément, comme un des stress essentiels de certains migrants, la non reconnaissance d'un statut revendiqué (peu importe la spécificité de ce statut : migrant politique, économique, territorial, apatride, séjour pour raison de santé...). L'absence de cette attestation de présence sur un territoire inconnu leur enlève la valeur d'un acte fondateur pour une nouvelle existence.

Ainsi, nous définissons le syndrome d'Ulysse comme caractéristique de la pathologie du migrant qui entre, malgré

lui et subrepticement, dans la clandestinité administrative après avoir subi le traumatisme de son départ et du voyage, sans pouvoir faire ensuite reconnaître sa situation par l'autorité autochtone.

L'imaginaire collectif européen du phénomène migratoire se reporte au temps où le migrant de la vieille Europe partait pour le Nouveau Monde où tous pourraient travailler et s'épanouir. Ces migrants remplis d'espoir pour une existence heureuse, avaient confiance dans le pays d'arrivée. Or, pour le migrant du XXI<sup>e</sup> siècle, les états aigus de stress deviennent chroniques par une succession d'événements qui réduit son identité : le non statut administratif ou l'absence de travail (ne pas avoir de papier ou être désœuvré) prolongent le stress du voyage (boat people, actuellement en Mer Méditerranée) et les causes violentes du départ, y compris sous les pressions mafieuses. Cette situation crée la maladie du clandestin. Ces migrants sont des fuyards inquiets, d'autant plus anxieux que le pays d'accueil les voit comme des invisibles tout en leur opposant une législation répressive sans les termes d'une politique de migration et de main d'oeuvre.

Enfinement, la sommation des traumatismes passés et actuels traite de la non-existence du sujet. Elle produit des phobies. Et les peurs font délirer les hommes, disait Spinoza. De surcroît, cette situation de non papier va rendre impossible, tout projet de sortie du territoire ou de nouvelle fuite pour vivre.

Pour ces personnes, l'Ailleurs est forcé au sens juridique et psychologique du terme, parce que qu'elles ne peuvent même pas envisager, pour exister, n'importe quel ailleurs parce que c'est ailleurs. La seule porte de sortie serait d'être malade ou bien dans sa version la plus grave, d'être dans un autre monde, celui du délire et de la folie<sup>(8)</sup>. Paradoxalement, le suicide est plutôt rare comme si leur départ en exil était déjà une manière de répondre à leur situation autrement que par la mort<sup>(7)</sup>.

Alors que le Vétéran américain avait son statut reconnu et que c'était son histoire qui le rendra malade, le clandestin n'a plus aucun statut officiel, ni par rapport à son pays de départ, ni par rapport au pays d'arrivée. Le fait de tomber gravement malade lui ouvre, peut-être, le seul statut temporaire toléré par le pays d'accueil (le séjour dit pour soins et raisons familiales). La pathologie psychosomatique prime comme l'unique langage entendu par l'administration et la médecine. Du côté intime, seul son récit personnel lui garantit sa conduite autolégitime - j'ai fait la seule chose qui me restait à faire, c'est-à-dire partir à tout prix - devant un contexte d'illégalité totale - la fuite en exil - et de « mensonge institutionnalisé » du pays d'arrivée<sup>(10)</sup> le considérant comme un sujet juridiquement non existant mais socialement présent. Ce traumatisme permanent crée un clivage à vif qui met la personne dans le danger interne de perdre son intégrité physique et psychique.

La maladie du clandestin, c'est d'être sans exister et dans un même mouvement, d'exister sans être.

Par rapport à l'événement causal - le choc traumatique - et sa réponse psychophysiologique - le stress -, nous pouvons alors considérer trois concepts cliniques :

1. L'Etat de stress aigu comme une réaction immédiate (et médiatisée par des symptômes) de la personne à un choc identifié. Le mécanisme psychopathologique fonctionne dans le couple action-réaction ;

2. L'Etat de stress post-traumatique comme un stress qui fait suite au traumatisme. Il a un après-coup. Le mécanisme psychopathologique de l'action-réaction s'associe au retour dans l'actualité mentale, des événements douloureusement vécus (on peut parler aussi du retour du refoulé) ;

#### LIVRES

##### La Femme sans qualité Esquisse psychanalytique de la féminité

Annie Anzieu

3<sup>ème</sup> édition

Dunod, 22,50 €

De nombreuses études analysent les rites et les comportements de différenciation et d'identité sexuelles. Cependant, et depuis Freud, la contestation de la pensée de la femme chez les psychanalystes hommes constitue une problématique originale. La troisième édition de l'ouvrage d'Annie Anzieu qui en montre le succès, s'inscrit dans le contexte de cette réflexion sur la féminité. Il s'agit de cerner chez la femme cette « qualité » méconnue et les mécanismes qui s'opposent à sa reconnaissance. Plutôt que par l'anatomie, telle que Freud l'a considérée, ou par le statut social (tel que les historiens, les sociologues et les ethnologues l'ont étudié), l'auteur constate combien le vécu psychique de la femme est conditionné par le sentiment de son intériorité. D'où ces notions de creux, de germination, de réceptivité..., articulées aux thèmes inséparables des représentations de la vie interne du corps féminin et qui rejoignent les secrets du désir et de la mort.

##### Tableau historique des progrès de l'esprit humain Projets, Esquisse, Fragments et Notes

(1772-1794)

Condorcet

Édité sous la direction de Jean-Pierre Schandeler et Pierre

Crépel\*

Institut National d'Etudes

démographiques 58 €

Il s'agit de la première édition du *Tableau historique des progrès de l'esprit humain*, auquel Condorcet a travaillé plus de vingt ans, depuis ses années de jeune savant à l'Académie royale des sciences, et jusqu'à celles de sa proscription politique sous la Terreur. Le Prospectus en est célèbre : *L'Esquisse d'un tableau historique... réédité plus de vingt fois en France depuis l'an III, qui a nourri les réflexions ultérieures sur l'histoire de sciences. On sait que Malthus, quelques années après la parution de l'Esquisse, a conçu son Essai sur le principe de population en tant qu'il influe sur le progrès futur de la société pour contrer les thèses résumées par Condorcet. Dans cette querelle, les savoirs qu'on qualifia bientôt de démographiques, ceux des sciences sociales, connaîtront une impulsion décisive. Aujourd'hui, ce que nous pouvons connaître de la philosophie de l'histoire chez l'héritier des Lumières est radicalement changé. Restitué au miroir des renouvellements de l'histoire des sciences et de la France des Lumières accomplis depuis une vingtaine d'années, situé sans ses contextes savants, intellectuels et politiques, le Tableau n'est plus ce credo aveuglément progressiste qu'on a lu dans l'Esquisse, tant on était dépendant d'un exposé résumé et de ses commentaires des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles, mais une réflexion sur les conditions favorables ou défavorables à l'amélioration de la condition humaine, et sur les limites de la connaissance de ses futurs possibles tel qu'on peut, raisonnablement, les conjecturer.*

\* par le groupe Condorcet : Eric Brian, Annie Chassagne, Anne-Marie Chouillet, Pierre Crépel, Charles Coutel, Michèle Crampe-Casabet, Yvon Garlan, Christian Gilain, Nicolas Rieucou, Jean-Pierre Schandeler.

Centre Hospitalier Sainte-Anne  
1 rue Cabanis, 75674 Paris Cedex 14  
CPOA. Tél. : 01 45 65 83 70 • Fax : 01 45 65 82 48

Le CPOA présente

### Entretien et examens en urgence 2005

#### « A propos du consentement »

9h - 10h30

**Mardi 18 janvier** : *Clinique du consentement*, Bernard Lachaux, Chef de Service, Hôpital Paul Guiraud. Discutant : Pierre Lana, Praticien Hospitalier, CPOA.

**Mardi 8 février** : *La contention*, Alexis Braitmann, Chef de Clinique, Hôpital Saint-Antoine. Discutant : Christian Le Gall, Cadre infirmier, CPOA.

**Mardi 15 mars** : *Les personnes âgées*, Renald Asvazadourian, Praticien attaché, CPOA. Discutant : Jean-Claude Monfort, Praticien Hospitalier, S15, CHSA.

**Mardi 17 mai** : *Les soins somatiques*, Bernard Chiche, Chef de service Chirurgie. Discutant : Alain Mercuel, Chef de service, Equipe santé mentale et exclusion sociale.

**Jeudi 16 juin** : *Les adolescents mineurs*, Marie-Jeann Guedj, Chef de service, CPOA. Discutant : Alain Braconnier, Psychiatre, Psychanalyste, Soisy.

**Mardi 13 septembre** : *Les incapables majeurs*, Jean-Pierre Perpoil, Tutelle, CHSA. Discutant : Jean Canneva, Président de l'UNAFAM.

**Mardi 11 octobre** : *La recherche*, Marie-France Poirier-Littre, Directeur de Recherche, INSERM. Discutant : Gérard Massé, Chef de service, S15, CHSA.

**Mardi 8 novembre** : *Point de vue juridique*, Sylvie Breton, Conseillère juridique, Ordre des Médecins. Discutant : Eric Gallois, Assistant, CPOA.

**Mardi 20 décembre** : *Tentative de suicide et consentement*, Pierre Lana, Praticien Hospitalier, CPOA. Discutant : Férodja Hocini, Assistante, CPOA.

## LIVRES

### Les raisons de la ruse Une perspective anthropologique et psychanalytique

Sous la direction de Serge Latouche, Pierre-Joseph Laurent, Olivier Servais et Michael Singleton  
La Découverte, 32 €

Des anthropologues, psychanalystes et philosophes réunis dans un colloque organisé par le Laboratoire d'anthropologie prospective de l'université de Louvain-la-Neuve, ont réfléchi sur ce qui concerne la ruse. Alors même qu'ils croient poursuivre leurs propres intérêts et leur vouloir singulier, les hommes concourent, selon Hegel, à l'édification d'une société rationnelle. Il s'agit de la « ruse de la Raison », qui utiliserait la déraison pour se produire dans le monde. Nous ne pouvons plus être aussi optimistes, mais nous croyons encore que si une société rationnelle et juste pouvait advenir, seules devraient régner la loi, la raison, la vérité et dans la sincérité. La ruse, le mensonge, la tromperie, la séduction, devraient disparaître ou, à la rigueur, ne subsister, à titre provisoire, que comme arme des faibles. Une arme pas trop digne...

Cette vision rationaliste et moraliste a sa grandeur. Est-elle bien réaliste ? Pouvons-nous, devons-nous sortir de ce qui a constitué la perspective anthropologique de la majeure partie de l'humanité, habituée à vivre depuis toujours dans le registre de l'ambivalence, de l'incertitude et du malentendu ? Vis-à-vis de nos proches, et d'abord de nous-même, les psychanalystes relèvent une certaine duplicité de soi, une part d'illusion, la ruse avec soi-même qui sont les conditions indispensables à l'édification d'un monde humain vivable.

Avec des contributions de Guy Bajoit, André Berthelot, Susan D. Blum, Jean-Pierre Cavallé, André Corten, Sheila Fitzpatrick, Jan-Lodewijk Grootaers, Sten Hagberg, Gilles Holder, Serge Latouche, Pierre-Joseph Laurent, Paul Mathieu, Frédéric Moens, Olivier Servais, Robert Steichen, Michael Singleton, Anne-Marie Vuilleminot, André Wénin.

### Les images en sophrologie Du corps propre au fantasme XXXVII<sup>e</sup> Congrès de la Société Française de Sophrologie

Sous la direction de Michèle Declerck et Alain Donnars  
L'Harmattan, 18,50 €

Le thème du 37<sup>ème</sup> congrès de la Société Française de Sophrologie traite de ce qui fait, sans doute, le cœur même de la Sophrologie : le pouvoir de l'image. En effet, les différentes techniques de relaxation, qui composent la pratique de la Sophrologie, ont pour intérêt d'ouvrir l'accès à un imaginaire, que nous avons progressivement désappris. Or, l'image représente peut-être ce que le psychisme humain comporte de plus complexe et de plus prometteur, ne serait-ce que parce qu'elle se situe au point de jonction entre le corps et l'esprit. En premier lieu, l'image a partie liée avec le corps. Et c'est souvent à partir du moment où le senti-perçu du corps sera traduit en images, que la thérapie pourra intervenir, non seulement dans sa fonction d'interprétation, mais aussi dans sa vocation de changement, compte tenu du pouvoir moteur de l'image.

Sur le versant psychique, l'image se situe entre le fantasme et le symbole, c'est-à-dire à l'endroit même où l'individu peut s'extraire de l'emprise infantile du premier pour accéder à la dimension culturelle et au langage. En fait, on peut avancer, et c'est ce qui ressort des actes de ce congrès, les progrès de la Sophrologie, à travers 40 années de pratique.

3. L'Etat de stress chronique aux traumatismes multiples est un état de stress persistant devant des traumatismes récurrents, toujours actuels ou réactualisés. Cet état englobe un état d'anxiété généralisée devant un événement menaçant qui provoque, chez le malade, la sensation de vivre l'urgence - être sans répit sur le qui vive - dans un état lancinant de déséquilibre et d'instabilité. Nous sommes bien placés au-delà du cadre du conflit psychique, devant une désintégration lente et un laminage insidieux de l'individualité. Rien ou presque rien ne peut prendre une valeur de neutralité, pas même le cycle veille-sommeil. Le sentiment d'insécurité ou de danger prime et fait le contraste avec l'administration sécuritaire, l'environnement organisé, la société planifiée et une population opulente. L'intériorisation, les identifications secondaires restent difficiles voire impossibles pour engager des processus psychosociaux d'intégration et de métissages. Ils laissent la place à des systèmes de pensée parallèle reconstruite, soit interne paranoïaque ou bien externe étayée sur des nouvelles convictions religieuses<sup>(8)</sup>. Des comportements violents individuels répondent aux violences institutionnelles sourdes.

Pour l'immigré en situation extrême, le Prof J. Achotegui de Barcelone décrit ainsi le Syndrome de l'immigré avec stress chronique - le Syndrome d'Ulysse<sup>(1)</sup> :

« Les stressés couvrent des domaines fondamentaux du fonctionnement psychique :

- le domaine familial lié aux sentiments de l'affection, aux liens. Ces personnes ont d'intenses vécus de solitude en raison des difficultés présentes dans le regroupement familial, compte tenu de la séparation forcée avec des êtres chers, en particulier lorsque l'on laisse derrière soi des parents âgés et malades et des enfants petits que l'on ne peut amener avec soi, ni à qui l'on peut rendre visite à cause des problèmes de papier ou par manque de moyens économiques ;

- le domaine du statut social uni à l'auto-estime de la personne et au succès du projet migratoire. Ces immigrés se voient sans issue, en situation d'échec, désespérés car ils ne parviennent même pas à satisfaire aux moindres conditions pour aller de l'avant parce qu'ils ont de grandes difficultés pour accéder aux « papiers », au marché du travail (ou s'ils y ont accédé, ils travaillent dans des conditions de surexploitation). En outre, à ces difficultés s'ajoute une situation de lutte pour la simple survie : où s'alimenter, où trouver un toit pour dormir, etc. ?

- les risques physiques associés à la peur et au vécu de situations traumatiques. Pour les hommes, il s'agit surtout de risques rattachés au voyage migratoire (les patera, frères embarcations de pêcheurs, les camions,...). Quant aux femmes, il s'agit de la violence des mafias, des réseaux de prostitution, etc. Mais tous souffrent aussi de la peur d'être victimes d'agressions, d'être appréhendés, etc.

Cette combinaison de solitude, d'échecs des objectifs attendus, du vécu de carences extrêmes et de la peur seraient la base psychologique et psychosociale du Syndrome de l'Immigré avec Stress Chronique et Multiple (Syndrome d'Ulysse). D'autre part, l'effet nocif du stress subi par ces immigrés augmente énormément en raison de caractéristiques défavorables associés, à savoir :

- la chronicité des stressés (ils peuvent affecter l'immigré pendant des mois et même des années) ;  
- le sentiment que, quoi qu'il fasse, l'individu ne peut changer le contexte dans lequel il se trouve, il ne contrôle pas sa situation ;  
- l'intensité des stressés ;  
- la multiplicité des stressés ;  
- l'association de tous ces problèmes avec un déficit important du réseau d'assistance sociale.

Il ressort (...) que plus le temps d'exposition aux stressés est important, plus le risque de souffrir du Syndrome d'Ulysse est élevé.

L'expression clinique du Syndrome serait la combinaison spécifique de symptômes de plusieurs domaines psychopathologiques, c'est-à-dire :

- de la dépression : fondamentalement la tristesse et le chagrin. Cependant, l'apathie et les pensées sur la mort sont moins fréquentes chez ces patients ;

- de l'anxiété : nervosité, insomnie, pensées récurrentes et intrusives, et irritabilité

- des symptômes confusionnels : désorientation temporo-spatiale, dépersonnalisation, déréalisation, pertes de mémoire.

Cette symptomatologie concerne aussi pour de nombreux cas, une interprétation de la symptomatologie dont souffre l'immigré basée sur la propre culture du sujet. Il est assez fréquent d'entendre : « il est impossible que les choses aillent si mal, je n'ai pas de chance, on m'a jeté le mauvais œil, on m'a ensorcelé, ... ».

Nous pourrions ajouter à ce tableau standard deux variantes moins fréquentes : l'un de type paranoïde dans laquelle les symptômes de type confusionnel sont remplacés par la méfiance, le soupçon, ... et l'autre qui montre des phénomènes hallucinatoires sporadiques fondamentalement de type visuel ».

### Comment envisager le pronostic et le traitement de l'Etat de stress chronique aux traumatismes multiples

Il existe deux modalités appréciées comme deux niveaux d'intervention par un personnel habitué aux dimensions culturelles des symptômes et des situations.

1. Le traitement biopsychologique c'est-à-dire médicament et psychologie. Ce premier palier est nécessaire mais largement insuffisant. Cela consiste à repérer l'incidence culturelle, la symptomatologie et les éléments événementiels relevant d'un processus dépressif d'une part, et d'autre part des traits de la personnalité devant l'événement traumatique: symptômes obsessionnels, phobiques, hystériques, psychotiques... L'angoisse et le trouble du sommeil sont au premier plan. Ils doivent être pris en charge comme le mal de tête.

Notre expérience chez les migrants traumatisés nous rend très réservé sur des cures qui consisteraient à recentrer le malade, encore déstabilisé, sur ses événements traumatiques (la cure cathartique) surtout quand il formule aucune demande authentique. Une réactualisation du trauma ancien quand l'actualité est elle-même aussi et autant traumatique, est antiproductive. Cette antithérapie peut comporter ses côtés pervers. La souffrance nourrie par et dans le langage ... et par cette angoisse réactualisée, peut épuiser à mort le sujet qui aura le sentiment que le sanitaire va l'enfermer dans une impasse événementielle. Alors qu'il demande une reconnaissance ou une réparation concrètes, l'on aurait tendance à lui demander de faire un peu plus d'efforts sur lui-même et d'accepter une réalité inacceptable pour lui. Ce traitement biopsychologique est nettement insuffisant quand l'on y plaque le schéma des traitements réservés à la population autochtone en difficultés psychologiques (le « débriefing »).

Dans certains cas, des excitations maniaques ou mégalomaniaques paranoïaques masquent les états dépressifs. On trouve des activités laborieuses intenses jusqu'à l'épuisement, ou bien des comportements médico-légaux avec alcoolisation, ou judiciaires avec des troubles sur la voie publique ou de maltraitements divers.

2. Le traitement plus global sera biopsychosocial associant chimiothérapie, psychothérapie et sociothérapie avec des mesures de soutien et de réhabili-

## La médiatisation des hospitalisations sans consentement en France : la position de la Fédération France-Schizophrénie

Suite aux articles de presse (*Le Figaro*, *Le Monde*, etc.) et aux émissions de télévision (Arte, Forum des Européens), la Fédération France-Schizophrénie met en garde contre la campagne de presse et de lobbying lancée par un groupe de pression très minoritaire qui voudrait faire croire que le problème des hospitalisations sous contrainte est actuellement, en France, un problème majeur de la prise en charge psychiatrique, portant atteinte aux libertés individuelles.

Les techniques utilisées par ce groupe sont celles de la manipulation d'opinion. Elles jouent sur la crainte fantasmée des hospitalisations abusives (dans le sens d'hospitalisations injustifiées) dont il est solidement établi qu'elles n'existent pas en France. Elles utilisent un vocabulaire délibérément inexact et provocateur : ainsi dans différents articles récents, les hospitalisations sans consentement étaient nommées « internements psychiatriques », « internements forcés » ou « incarcérations », termes faisant référence à un enfermement, alors qu'il s'agit, seulement, d'un malade en danger dans un service hospitalier ouvert à tous.

**C'est pourquoi, nous demandons aux journalistes, dans un souci de déontologie et de respect de la réalité vécue par les malades et leurs familles de ne plus utiliser le terme d'« internement » au lieu de celui d'hospitalisation sans consentement.**

La troisième technique est la présentation tendancieuse des chiffres. Si, en valeur absolue, les hospitalisations sans consentement ont bien doublé en 10 ans en France (soit une augmentation de 100%), ce n'est pas le cas de leur pourcentage par rapport à l'ensemble des hospitalisations psychiatriques qui n'a augmenté que de moitié. Surtout, ils omettent de dire que les hospitalisations sous contrainte sont désormais plus courtes et qu'elles ne représentent en France que 12,5% du total des hospitalisations psychiatriques. Ce pourcentage atteint 17% en Israël, 21,6% au Danemark et 36% en Suède. Certes, s'il faut s'interroger sur l'augmentation des hospitalisations sans consentement, il faut chercher les causes et les moyens d'y remédier. Mais la psychiatrie française doit relever d'autres défis. Il lui faut :

- réduire le nombre de suicides (10 000/an) dont le nombre dépasse désormais de plus de 20% celui des accidents de la route ;
  - diminuer le nombre des personnes atteintes de troubles psychiatriques parmi les entrants en prison et diminuer leur nombre parmi les personnes sans abri ;
  - réduire le nombre des personnes malades qui ne sont pas diagnostiquées ni soignées (50% des dépressions, 30% des schizophrénies selon certaines estimations) ;
  - augmenter l'espérance de vie de ces malades (dans le cas de la schizophrénie, elle est pour les hommes raccourcie de 11 ans).
- Les moyens d'atteindre ces objectifs de santé publique sont connus :
- améliorer l'information du public sur la nature de ces maladies, leur gravité et les soins désormais disponibles ;
  - améliorer le suivi médico-social des patients pour éviter les rechutes, mettre en place des équipes formées capables d'aller à la rencontre des malades (y compris ceux qui ne sont plus en état de solliciter les soins par eux-mêmes), et vulgariser les recommandations internationales de prise en charge, souvent peu connues en France ;
  - faciliter l'accès aux soins sans discrimination, conformément à l'article L1110-1 du code de la santé ;
  - développer la recherche. ■

Communiqué de presse du 9 décembre 2004 de la Fédération France-Schizophrénie, Association déclarée (loi du 1er juillet 1901) c/o Shizo ? ...Oui !, Bat D, 54 rue Vergniaud, 75013 Paris. Tél. : 01 45 89 49 44.

tation afin de réduire les traumatismes de la migration. En apaisant le stress du trauma, on favorise la formation de l'espace post-traumatique. On l'aide ainsi à distinguer le présent du passé quand on arrive à faire alliance avec lui dans la meilleure tradition déontologique de défendre l'intérêt du malade. Aussi, l'administration du pays d'accueil ne sera pas vue comme semblable à celle de son pays qu'on avait fui. C'est en induisant un processus d'apaisement, c'est-à-dire créer les conditions du refoulement, que plus tard et quand cela s'avérerait possible, l'on pourra avoir une seconde position thérapeutique d'une relecture des événements passés et du retour du refoulé.

3. Nous disons donc qu'il y a une erreur de méthode d'appliquer aux migrants malades mentaux, le dispositif soignant de l'autochtone autour du seul biologique (médicaments) et du seul psychologique (psychothérapie). Les dimensions anthropologiques, psychosociales et juridiques pèsent très lourdement sur la réussite thérapeutique et le pronostic à long terme.

### Recomposition identitaire face aux états de stress chronique avec traumatismes multiples

L'échec de l'adaptation et de l'intégration

A partir d'une certaine durée, le stress chronique fait échouer l'adaptation et l'intégration. La personne rejoint des groupes qui s'agrègent en communau-

tés, souvent en décalé avec la sociologie de la société d'accueil.

Parce qu'un projet migratoire personnel est aussi le projet de toute une famille, un échec personnel va signer aussi l'échec de la famille du migrant, que cette famille soit restée au pays ou bien admise avec lui en regroupement dans le pays d'accueil. On va les retrouver dans le lot commun des populations en difficulté à une nuance près, celle d'une ethnicité revendiquée pour faire la différence.

Par rapport à la communauté d'accueil, cet échec produit des attitudes de « bouc émissaire » de part et d'autre. Il cristallise des formes de discrimination psychosociale qui va amplifier des items ethniques ou culturels. Les réactions défensives réciproques de phobies individuelles et collectives apparaissent. Elles alimentent des tendances sectaires, xénophobes voire des paranoïas persécutives<sup>(7)</sup>. Certains groupes revendiquent une autonomie et un territoire quand ils déclinent silencieusement leurs tentations ségrégationnistes vers un fond de racisme latent et d'apartheid larvé.

La recomposition identitaire et le métissage

Le statut de migrant malade n'est pas viable dans la durée, de la même façon que le sentiment d'une exclusion dans une situation de paria<sup>(11)</sup>.

Alors que l'Europe élargit ses migrations intérieures et ses références identitaires et culturelles - jamais la vie poli-

tique et culturelle n'a autant parlé de la chrétienté dans la construction européenne, le migrant non européen se rappelle lui aussi de ses valeurs sacrées, amplifiées par ce phénomène de miroir culturel<sup>(8)</sup>.

On observe ainsi un processus positif à la fois individuel et collectif de réparation des effets pervers de la migration pour que chaque groupe retrouve sa consistance et ses reconnaissances identifiantes<sup>(4)</sup>. S'amorce un effet spontané de métissage.

Cette recomposition - par une ré-identification - produit chez l'autochtone comme chez le migrant, des attitudes positives et négatives qui modifient le paysage. C'est essentiellement autour de l'identité culturelle, et notamment l'identité religieuse, que se joue actuellement la question de l'intégration et de l'adaptation à travers les thèmes de pureté, de fidélité... La législation française sur le port de signe religieux ostensible montre la limite entre le privé et le public. Et cette recomposition déplace l'adaptation stressante en un enjeu de la différence. Dit autrement, le stress de la différence qui traduit la phobie du dissemblable, tend à se dissoudre dans la confirmation rassurante de la différence en tant qu'état de fait. Le processus de métissage non seulement s'amorce mais se pose comme une nouvelle esthétique sociale.

La peur de la différence disparaît quand la différence ne fait plus peur parce qu'on peut la nommer et qu'elle est socialement et politiquement reconnue.

#### Valeur paradigmatique des états de stress chronique : vers une pathologie des exclus

A l'occasion de cette épidémiologie pathologique des migrants clandestins, la clinique permet d'individualiser une pathologie spécifique des exclus en tant que population exposée.

La pathogénie se porte sur le clivage psychique provoqué par une situation durable de déréalisation par rapport à une personnalité construite.

La fracture psychosociale de tous les exclus des sociétés modernes est d'avoir une présence réelle de la personne au niveau social et économique (consommation et travail plus ou moins clandestin) et d'être dans une non-existence affective, administrative et politique (sans famille, sans-papiers, sans logis, ou citoyenneté au rabais).

Ce double clivage est à l'origine des états de stress chronique et de traumatismes multiples dont les symptômes peuvent être visibles et bruyants (maladies et crises de folie) ou bien plus sournois et insidieux (alcoolisme, déviances et comportements pervers). C'est à ce titre que la situation des migrants est paradigmatique de celle des exclus, parce que le stress chronique et les traumatismes multiples sont portés au paroxysme. Le signal crucial de ce paradigme est la lutte journalière pour se nourrir et pouvoir dormir face à une société qui ne doit plus connaître la peur de la faim et du froid.

#### Conclusions

Les taxonomies psychiatriques classiques avaient intégré la clinique de la souffrance selon la personnalité de base du sujet. Devant un événement externe grave, les réactions psychiques donnaient les dépressions réactionnelles, les névroses traumatiques et les psychoses post-traumatiques.

Avec la démarche épidémiologique, on aborde une clinique des groupes de populations exposées et les facteurs de risques. Ainsi, à partir des Vétérans de la guerre du Vietnam, l'on identifiait l'état de stress aigu et l'état de stress post-traumatique. Cet état correspond aussi aux victimes d'accidents, d'attentats, y compris des accidents du travail. En considérant l'exposition aux traumatismes multiples comme un facteur de stress chronique, nous décrivons une pathologie provoquée par des événements d'une exceptionnelle gravité. C'est le cas de certains migrants devenus malades par des événements graves subis puis obligés d'être dans une clandestinité imposée par le pays d'arrivée. En référence au héros de l'Odyssée, on appelle syndrome d'Ulysse, un état de stress chronique aux traumatismes multiples. C'est un état d'intense détresse du migrant légalement clandestin aux termes d'un périlleux voyage et qui porte, intimement en lui, le mythe du retour pour résister à la folie.

Alors que le pronostic des états de stress aigu et de stress post-traumatique peut être bon puisque que le malade se retrouve dans son contexte d'origine pour avoir des soins, le devenir des états de stress chronique aux traumatismes multiples du migrant est plus sombre. On peut, certes, retrouver dans

### Alerte à la toxicomanie par « cristalline » dans le Pas-de-Calais

La Direction générale de la santé a lancé en décembre dernier une alerte sanitaire à la toxicomanie avec un produit qui serait dénommé « cristalline » et qui serait un mélange de cocaïne associée à de fortes doses d'atropine.

En France, 6 personnes ayant consommé cette drogue ont développé des troubles psychiques, les cas ayant été observés, récemment, dans le Pas-de-Calais, un à Lens et 5 à Béthune, précise l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies dans un communiqué. Des cas d'intoxication similaires ont été, récemment, signalés aux Pays-Bas, en Italie et en Belgique. L'atropine est une molécule utilisée pour certaines affections cardiaques et comme antidote de certaines intoxications. A fortes doses, elle peut provoquer une accélération du rythme cardiaque, une confusion mentale et des hallucinations, voire un coma avec dépression respiratoire. Les échantillons de produit analysés en France et aux Pays-Bas contiennent, environ, un tiers d'atropine, soit, pour un « rail » de 450 mg, une dose 50 fois supérieure à la dose thérapeutique par voie orale, même si le taux de résorption au niveau de la muqueuse nasale n'est pas connu. ■

P.C.

ces états de stress, des symptômes de névrose et de psychose avec une thymie mélancolique chez le migrant. Mais le pronostic est aussi grevé par cet échec de l'intégration qui produit des conséquences familiales et sociologiques considérables : échec scolaire, échec dans l'urbanisation, échec professionnel, échec dans les mobilités et l'ascenseur social, échec générationnel... Cette situation nourrit la marginalisation. Il semble possible d'observer deux types de conduites réparatrices. L'une se trouve dans de nouvelles fonctions psychosociales qu'assurent notamment les femmes dans la communauté des migrants. L'autre se révèle dans la formation d'une néo-identité culturelle de personnes exclues du fait de leurs conditions migratoires. Dans ces formes de recomposition identitaire, il peut se former des nouveaux conservatismes, soit religieux ou bien culturels autour des notions de pureté et de fidélité aux traditions. ■

Dr Can-Liêm Luong\*\*

\* DU BELLAY Joachim (1522-1560) : *Heureux qui comme Ulysse, a fait un beau voyage*. Recueil de poèmes : Les regrets.

\*\*Psychiatre, docteur en psychologie. Centre Minkowska, Paris. 75 avenue d'Italie, 75013 Paris.

#### Bibliographie

(1) ACHOTEGUI J, *Les immigrés en situation extrême : le syndrome de l'immigré avec stress chronique et multiple (Syndrome d'Ulysse)*, Congrès Mondial Mouvements

Humains et Immigration : un défi pour le XXI<sup>e</sup> siècle, Barcelone, 1-5 septembre 2004.

(2) ALLANIC Ch, *L'emprise sectaire ou le syndrome d'Ulysse*, Journal des psychologues, 2003, p.57-60.

(3) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic Statistical Manual IV*, Traduction de J-D Guelfi et al, Paris, Masson, 1996.

(4) CASEVITZ M, FERRADJI T, SALIBA J., *Comment devenir Ulysse. Les identités*, Champ psychosomatique, Grenoble, 2001, n°21, 85-103.

(5) KIPMAN S-D, Colloque *La protection des Majeurs*, Association Française de Psychiatrie, Association régionale de psychiatrie du Nord-Pas de Calais, Lille 20-21 mars 1998.

(6) LECOURT D, sous la direction de : *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004.

(7) LUONG C.L., *Psychologie politique de la citoyenneté, du patriotisme, de la mondialisation*, Paris, L'Harmattan, 2002.

(8) LUONG C.L., *Anthropologie de l'adaptation réciproque dans la migration (s'adapter et s'adopter pour ne pas tomber malade)*, Congrès Mondial Mouvements Humains et Immigration : un défi pour le XXI<sup>e</sup> siècle, Barcelone, 1-5 septembre 2004.

(9) LUONG C.L., *Acculturation et identités individuelle et collective : l'exemple vietnamien*, Info. Psy., 18, 6, 469-474.

(10) NOËL E., *Ulysse et la métis : mensonges*, Etudes psychothérapeutiques, Paris, 1996, 13, 15-23.

(11) ROVALETTI Maria Lucrecia, *L'exil entre l'identité et l'exclusion*, Info. Psy., 18, 6, 485-488.

#### LIVRES

##### Régression dans les vies antérieures

Barbara Contou-Carrere  
L'Harmattan, 13 €

Ceux qui croient en la réincarnation, aujourd'hui, en France, sont de plus en plus nombreux et ne peuvent plus être ignorés. L'auteur met en évidence, à travers ses différentes enquêtes, une facette peu mise en lumière, de la volonté de certains, dont elle fait partie, de chercher un lien entre les êtres qu'ils soient actuels ou reliés au passé. L'analyse de l'expérience de régression dans les vies antérieures permet de porter un regard particulier sur notre société européenne. Cela semble démontrer, entre autres, l'importance du sentiment religieux ou spirituel même pour l'individu évoluant dans une société moderne et sécularisée, et ceci plus particulièrement en période de crise, sociale ou personnelle.

##### La mort du vieux Une histoire du parricide au XIX<sup>e</sup> siècle

Sylvie Lapalus  
Tallandier, 27 €

Le premier volet de ce livre est une histoire des regards, qui sont autant de savoirs sur le parricide : le crime n'est pas que passage à l'acte, il est aussi affaire de perception dans la société qui le produit. Dans cette optique, trois regards sont abordés : littéraire et journalistique, médical, judiciaire. L'observation des réactions de l'entourage et du voisinage montre par quel processus le parricide devient un objet judiciaire en même temps qu'un objet historique davantage circonscrit, relevant d'une histoire plus classique du crime et de sa répression judiciaire.

L'élaboration de l'incrimination, soumise aux aléas de la saisie et du filtre judiciaire permet d'envisager les différents seuils de tolérance de la société locale et de l'entourage face au crime. Dans le sillage des criminologues, le parricide est présenté de manière plus descriptive, dans le temps et dans l'espace, montrant à quel point le criminel et sa victime sont pris dans une relation inextricable. Enfin, le crime est considéré sous l'angle plus proprement judiciaire, dans une logique dynamique destinée à faire prendre conscience du cheminement parfois laborieux de la décision de justice. La parole est donnée aux coupables eux-mêmes : comment vivent-ils la loi qui est opposée à leur acte ? comment s'approprient-ils leur geste et le présentent-ils au corps social qui prétend les juger et leur demande des comptes ? Les nœuds du conflit sur lesquels s'est cristallisé le parricide reflètent des enjeux de la société du XIX<sup>e</sup> siècle. Tout en se posant comme un mode extrême de règlement des tensions familiales, il en révèle l'ampleur et dessine les contours de la famille. Au prisme, sans doute déformant du drame, la cellule familiale apparaît comme ployant sous le poids d'une logique de statuts productrice d'une conception rigide de l'autorité parentale, laquelle fait fi de la dimension affective des relations entre les générations. Elle est aussi, et d'abord, une communauté d'intérêts dans laquelle les modalités de la gestion et de la transmission sont vécues avec une particulière acuité. Si le parricide est perçu, par son auteur, comme un moyen de mettre fin à une situation jugée intolérable, il s'agit, indubitablement, des fondements de la société que sont, en particulier, l'institution familiale et les valeurs religieuses, jusqu'à prendre une dimension publique qui culmine dans l'assimilation qui est faite avec le régicide.

F.C.

## Un plan d'action pour la santé mentale en Europe adopté sous l'égide de l'OMS

Un plan européen d'action pour la santé mentale a été adopté par 52 pays au terme de la conférence européenne de l'organisation mondiale de la santé (OMS) sur la santé mentale à Helsinki (Finlande) qui s'est déroulée du 12 au 15 janvier. Ce plan, que chaque « pays adaptera en fonction de ses besoins et de ses ressources », vise à orienter la politique de santé mentale des pays de la région dans les 5 à 10 prochaines années.

Dans une déclaration commune, les représentants et les ministres de la Santé de 52 pays s'engagent à suivre, et mettre en place, les principaux points du plan d'action. Les 12 volets prioritaires sont la promotion du bien-être mental, la prise en compte de la santé mentale comme élément essentiel de la politique de santé publique, la promotion d'actions adaptées aux groupes d'âges vulnérables, la diminution de la stigmatisation et de la discrimination, la prévention des maladies mentales et du suicide. Les volets suivants concernent l'accès à des soins de santé primaires de qualité, l'efficacité des soins de proximité, les partenariats intersectoriels, le déploiement d'effectifs suffisants et compétents, la réunion d'informations de qualité sur la santé mentale, un financement approprié et équitable et enfin, une évaluation de l'efficacité des systèmes et la production de nouvelles données probantes.

Pour ce qui concerne la promotion du bien-être mental, il est recommandé d'« élaborer et mettre en place des programmes efficaces d'aide et de sensibilisation destinés aux parents, dès le stade de la

grossesse ».

Dans le domaine de la santé mentale, il convient d'élaborer des politiques fondées sur des relations intersectorielles et sur des stratégies multisectorielles et pluridisciplinaires. Afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, il s'agit de mettre l'accent sur le « caractère très répandu » des problèmes de santé mentale, leur pronostic généralement favorable, l'existence de traitements et souligner que ces problèmes « vont rarement de pair avec la violence ».

Le plan d'action pointe aussi la nécessité d'adopter ou examiner la législation relative aux personnes handicapées pour que la santé mentale « y soit traitée de manière égale ou équitable », de mettre en place un système de formation professionnelle spécifique pour ces personnes et l'élaboration au sein des entreprises de politiques visant à mettre fin aux discriminations en matière d'emploi.

Dans le volet portant sur les actions adaptées aux groupes d'âges vulnérables, il est préconisé d'encourager la création de centres d'accueil pour personnes âgées, de former et recruter un nombre suffisant de spécialistes pour dispenser des soins aux enfants, aux adolescents et aux personnes âgées. Il s'agit également d'améliorer la coordination en réseaux entre services de soins primaires et ceux spécialisés.

Des programmes de prévention sur la dépression et le suicide sont recommandés. Le renforcement des personnels soignants et de ses compétences fait

partie des recommandations pour garantir un accès à des soins de qualité, tout comme la conception de protocoles de traitement et d'orientation vers des services spécialisés au niveau des soins primaires, en « définissant clairement » les responsabilités de chacun. Le plan d'action conseille de programmer et mettre en place des services de proximité spécialisés accessibles 24h sur 24 et 7 jours sur 7, dotés d'un personnel pluridisciplinaire, qui soient destinés aux personnes atteintes de problèmes graves tels que la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression profonde ou la démence. Il propose de limiter l'hospitalisation en assurant des soins en cas de crise, par le biais de services dispensés à domicile et sur le lieu de travail.

Pour la partie relevant du « déploiement d'effectifs suffisants et compétents », il faut envisager d'organiser des formations en matière de détection, prévention et traitement des problèmes mentaux à l'intention de tout le personnel des services de soins primaires, de planifier et financer, en partenariat avec les établissements d'enseignement, des programmes d'études et de formation répondant aux besoins du personnel.

Encourager le recrutement de nouveaux professionnels de santé mentale, fidéliser les personnels en poste et veiller à la bonne répartition de ces professionnels dans la population, en mettant en place des mesures incitatives, sont aussi des recommandations faites dans ce plan d'action. ■

F.C.

## LIVRES ET REVUES

**La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale**  
**2<sup>e</sup> partie : Les droits des usagers**  
 Supplément au n°2379 des *Actualités Sociales Hebdomadaires* du 29 octobre 2004

La loi du 2 janvier 2002 s'articule autour de quatre orientations principales : affirmer et promouvoir les droits des bénéficiaires et de leur entourage; élargir les missions de l'action sociale et médico-sociale et diversifier les interventions des établissements et services concernés ; améliorer les procédures techniques de pilotage du dispositif ; instaurer une procédure d'évaluation. Avec ce dispositif ainsi mis en place, la loi entend assurer une meilleure prise en charge des besoins des usagers. Dans cet objectif, elle a en particulier rénové la gamme des établissements et des services en permettant la diversification des modes de prise en charge.

Sur les droits des usagers, voir notamment les ouvrages suivants : BAUDURET J.-F., JAEGER M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoires d'une refondation*, Dunod, 2002 ; JANVIER R., MATHO Y., *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*, Dunod, 2004 ; LHUILLIER J.-M., *Le droit des usagers dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Editions ENSP, septembre 2004.

**Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière**

Editions de l'ENSP, 45 €

Sous forme papier et CD-ROM, ce répertoire présente 183 fiches métiers, classées en 5 domaines : soins (34 métiers), social, éducatif, psychologie (13 métiers), logistique (36 métiers), infrastructure et maintenance technique (32 métiers) et pilotage, gestion et aide à la décision (68 métiers). Chaque fiche métier comporte la définition, les spécificités, les activités principales, les relations professionnelles les plus fréquentes, le savoir-faire requis, les connaissances associées, les conditions particulières d'exercice du métier, les pré-requis indispensables pour l'exercer, l'expérience conseillée, les passerelles et évolutions professionnelles vers d'autres métiers, les correspondances éventuelles et les tendances d'évolution du métier. Les médecins ne faisant pas partie de la FPH, leurs différents métiers ne sont pas décrits. Quant aux postes de direction, l'ON-DEMFPH a préféré attendre que la réforme de la gouvernance à l'hôpital soit mise en place avant de détailler leurs fonctions. Du fait du caractère « mouvant » de l'environnement hospitalier, associé aux nombreuses réformes, à l'accélération du progrès technologique, à la mise en œuvre de la démarche qualité et à l'intensification des départs en retraite (un agent sur deux d'ici 2015), ce répertoire permet d'anticiper les besoins en ressources humaines et d'accompagner les professionnels de santé collectivement et individuellement. Il vise, également, à aider les professionnels à « construire leur avenir professionnel » en leur faisant découvrir d'autres métiers (caractéristiques, pré-requis et moyens d'y accéder) et en mettant à leur disposition un outil pour faire le point sur leurs compétences.

Des formations à l'utilisation du répertoire par les professionnels se dérouleront de janvier 2005 à la fin de l'année. En moyenne quatre sessions seront organisées par région.

La conception du répertoire a nécessité 18 mois de travail, 300 réunions et plus de 66.000 agents travaillant dans 80 établissements ont été consultés pour la phase de validation.

## Approche contemplative en psychothérapie

Dans cette qualité différente d'attention, qui pourrait ressembler à l'écoute « flottante » des analystes, le champ perceptif est global, ouvert, les perceptions sont accueillies sans tension, mais avec un sens du détail moins aiguë que lors d'une attention dirigée. C'est un peu comme lorsque vous faites la mise au point avec votre appareil photo. La mise au point peut être concentrée sur un point précis, ou bien globale, moins précise dans les détails, mais plus vaste dans le champ de perception.

La contemplation peut, ainsi, être comprise comme un accueil total des perceptions présentes, libre de choix, de jugement et de préférence. Dans cette écoute sans préhension, le mental est au repos. Le besoin de commenter, analyser ou conclure n'est pas présent.

### Perception et interprétation

Nous devons ici différencier la perception immédiate, qui n'existe que dans l'instant où elle émerge, et l'interprétation que le mental peut en faire. Cette interprétation est individuelle, se référant au contenu de la mémoire, à un savoir acquis. On peut la qualifier de projective, dans la mesure où elle n'est pas la réalité même de ce qui est perçu, mais la manière dont cette perception est ressentie, comprise et interprétée. On peut dire ici que la perception immédiate, instantanée, n'est pas dépendante du mental, mais de la dimension de conscience dans laquelle l'objet de perception s'inscrit, et que l'interprétation de la perception est de nature mentale, propre au moi individuel.

### Introduction à la démarche contemplative

Après cette introduction destinée à mieux situer la nature de la contemplation, nous allons voir dans quelle mesure elle peut être appliquée dans une démarche psychothérapique. Imaginons qu'un patient vienne nous voir. Il nous raconte son histoire personnelle, et la vit avec une intensité émotionnelle importante, qui engendre en lui toutes sortes d'états différents, généralement de souffrance et de peur, s'ils ont pu motiver une consultation. En principe, les personnes qui n'ont pas été déjà familiarisées avec des approches intérieures, quelle qu'en soit leur nature, ne font pas la différence entre la perception et l'interprétation qu'ils en font. Leur récit mélange ce qui appartient à la perception pure, par exemple la description de faits tels qu'ils se sont déroulés, avec une interprétation de la perception, qui concerne la manière dont ils ont vécu ces faits et la compréhension qu'ils ont de la situation.

Il y a souffrance, sinon il n'y aurait pas de demande d'aide, et la souffrance est rattachée aux circonstances présentes ou passées.

### Le regard contemplatif

Une des premières étapes d'une démarche contemplative est d'apprendre à regarder sans interpréter. On va visualiser la situation, d'un regard qui ne s'enferme pas dans un jugement, qu'il soit positif ou négatif. On peut se familiariser avec ce type de regard dans la contemplation de la nature. La montagne ou la forêt peut être regardée d'un point de vue qui se contente d'accueillir les impressions, les couleurs, les sensations, sans se référer au passé, sans poser aucune connotation de jugement. Le regard est alors

libéré de l'interprétation. Les perceptions sont accueillies telles qu'elles sont, dans l'instant où elles émergent dans la conscience. Chaque instant est vécu comme s'il était indépendant de l'instant précédent. C'est, en effet, ce resenti qui vient, lorsque la mémoire et le mental ne cherchent pas à rattacher une perception à celle qui l'a immédiatement précédée.

Appliquée à la perception de la situation présente ou passée de la vie, cette manière de se positionner par rapport aux événements amène rapidement un apaisement. Il y a souvent, en effet, une dimension de culpabilité sous-jacente à la souffrance, qui s'éteint lorsque le regard ne s'enferme pas dans un jugement des autres ou de soi-même. Ne pas juger ne veut pas dire s'enfermer dans une passivité léthargique, sans capacité de discrimination, mais signifie que le jugement que l'on peut avoir sur la situation n'est pas considéré comme absolu, mais comme relatif. Il est un point de vue, et un point de vue n'est jamais la totalité de la chose.

Tout le monde connaît l'histoire du sage et de son disciple qui reçoivent deux personnes en conflit. Le sage acquiesce au premier, puis acquiesce au second, et lorsque le disciple lui demande « mais maître comment avez-vous pu dire aux deux personnes qu'elles avaient raison ? », le sage répond en hochant la tête : « vous avez raison ». Le point de vue relatif peut être nommé point de vue individuel. Il est conditionné par les expériences individuelles et le contenu de la mémoire. Le point de vue global peut être nommé universel. Nous quittons là l'individualité, pour se positionner au niveau d'un point de vision qui accueille la perception sans l'enfermer dans une interprétation, quelle qu'elle soit. On peut parler d'universalité, car la perception devient impersonnelle. Une montagne est une montagne, un arbre est un arbre, une fleur est une fleur. Le nom a une valeur universelle, alors que ce qu'éveille le nom a une dimension individuelle.

### Contemplation et psyché

Appliquée à la psyché, une perspective contemplative va être le terrain d'accueil de perceptions de natures diverses : sensations corporelles, émotions, pensées, sons, visions... Nous allons approfondir ici différents niveaux de perception.

#### Corps et contemplation

Le corps est habituellement connu à travers la représentation que le mental s'en fait. Il y a une image mentale et identification à cette image. Dans une démarche contemplative, le corps est abordé à partir de la vision intérieure, de celle qui est présente, par exemple, lorsque les yeux sont fermés et que l'on se met à l'écoute des sensations corporelles. Les sensations sont perçues d'instant en instant. Elles sont de nature et de localisation changeantes. Cette approche du corps va avoir un impact à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, lorsque le corps est écouté, il se détend. Nous pouvons en faire l'expérience au niveau du souffle. Dès que l'attention se porte sur le souffle, le souffle change de rythme. Il ralentit, devient plus ample, plus spacieux. Il occupe un espace élargi, va même déborder des limites du corps pour se répandre dans l'espace autour du corps. L'écoute des sensations va permettre également l'identification de zones de tension. Une région tendue est ressen-

sible, la zone sensible perd de sa réactivité. On peut donc dire que l'émotion vient nous enseigner ce qui n'a pas été complètement intégré dans notre vie psychique. Elle est un guide. On pourrait dire que l'émotion est la manifestation corporelle du mental. La peur, la colère, le chagrin, la joie et le contentement sont, avant tout, des expériences corporelles, s'exprimant par des sensations multiples et changeantes. Les émotions viennent ainsi refléter le vécu et la maturité du moment.

Mais comprendre intellectuellement la nature de l'émotion n'est pas suffisant pour en permettre sa résolution. C'est là que l'approche contemplative va prendre toute sa valeur. Dans une telle démarche, l'émotion est contemplée. Elle est tout d'abord objectivée au niveau du corps. L'émotion est en effet avant tout une sensation. Retirer la sensation de l'émotion, que restera-t-il ? Lorsque cette sensation est accueillie, nous disons bien accueillie et non interprétée, elle va pouvoir se résorber. La tension qu'elle contient se dévoile, envahit le champ de conscience, puis se dissout lentement dans la conscience observante, cet espace de présence qui accueille en nous les perceptions.

C'est là un constat radical. Une possibilité s'ouvre, qui n'appartient ni au refoulement, dont on connaît les limites, ni à la complicité, attitude d'identification, qui nourrit et fixe la perception et la représentation mentale que nous en avons.

Pensée et contemplation

La contemplation concerne également l'activité mentale. Les pensées, dans leur contenu et leur mouvement, peuvent être observées. Elles apparaissent, prennent forme, se transforment et disparaissent.

Cette contemplation active du processus mental est utile à plusieurs niveaux. Tout d'abord, elle va permettre de mieux apprécier le contenu des pensées, et de reconnaître que la plupart des pensées sont « ego-centrées », c'est-à-dire concernent le personnage nommé « moi-même ». Les pensées sont souvent centrées par le pronom « je », qui revient comme un leitmotiv obsédant.

Cette observation va permettre de faire

#### Emotion et contemplation

L'émotion est une réaction. Elle est une manière de réagir face à une situation donnée, qui vient toucher une zone sensible, réactive. Ce peut être par exemple des mémoires anciennes qui n'ont jamais été acceptées. On a vécu des violences quand on a été enfant, et la vision de violences identiques à l'âge adulte entraîne une réaction immédiate de souffrance. Si j'ai véritablement accepté ce que j'ai vécu dans mon passé, la réaction va diminuer. Même s'il peut rester une cicatrice

### Neurobiologie des valeurs humaines

Le 13<sup>e</sup> colloque Médecine et Recherche en neurosciences, organisé par la Fondation Ipsen\*, a eu pour thème une approche particulièrement ambitieuse et originale : *La Neurobiologie des Valeurs Humaines. Le Vrai, le Beau et le Juste*. Cette réunion s'est tenue le 24 janvier 2005 à Paris. Ses co-organisateurs étaient : Jean-Pierre Changeux (Paris), Antonio Damasio (Iowa City), Wolf Singer (Francfort) et Yves Christen (Paris), alors que le programme était le suivant :

Jean-Pierre Changeux (Collège de France, Institut Pasteur), *Synthèse mentale et perception esthétique*.

Camilo J. Cela-Conde (University of Balearic Islands, Palma de Mallorca), *L'évolution fixe-t-elle les valeurs morales ?*

Frans de Waal (Emory University, Atlanta), *Homo homini lupus ? Moralité, instincts sociaux et nos cousins primates*.

Antonio Damasio (University of Iowa, Iowa City), *Les fondements neurobiologiques du comportement éthique*.

Richard Davidson (University of Wisconsin, Madison), *Le substrat neural des styles affectifs et des valeurs*.

Hanna Damasio (University of Iowa, Iowa City), *Les désordres de la conduite sociale consécutifs aux lésions du cortex préfrontal*.

Joshua Greene (Princeton University, Princeton), *Emotion et cognition dans le jugement moral*.

Giacomo Rizzolatti (Université de Parme), *Les neurones-miroirs : une approche neurologique de l'empathie*.

Wolf Singer (Max-Planck Institute for Brain Research, Francfort), *Comment le cerveau sait-il qu'il a trouvé la solution ?*

Daniel Kahneman (Princeton University, Princeton), *Psychologie cognitive et intuitions morales*.

Olivier Houdé (Centre Cycleron, Caen), *Bases cérébrales des erreurs humaines*. Stanislas Dehaene (Inserm U562, SHFJ, Orsay) *Comment le cerveau de primate connaît certaines vérités mathématiques ?*

\*Fondation Ipsen, 24 rue Erlanger, 75781 Paris Cedex 16

connaissance avec l'une des expressions de l'égo.

Une seconde remarque concerne la relation entre le passé, le futur et les pensées. Des images mentales du passé se manifestent dans la conscience. Elles sont vécues comme réelles, et peuvent entraîner des réactions émotionnelles en rapport, que ce soit des réactions de joie ou de souffrance. Lorsque le futur est pensé, il prend aussi la forme d'images mentales, qui sont vécues à leur tour comme étant bien réelles. On peut, par exemple, ressentir de la peur à l'évocation de certaines pensées du futur, voire même déclencher un véritable accès de panique. Pourtant, ces événements pensés n'ont pas de réalité autre que sous la forme de représentations mentales. C'est la preuve de l'étonnant pouvoir du mental, qui donne vie à des formes et les fait ressentir comme parfaitement réelles.

Il faut noter que le contenu des pensées ne concerne jamais l'instant présent, car dès que l'instant est pensé, il devient déjà du passé. Si par exemple vous regardez la situation qui vous entoure, et des pensées s'élaborent autour de cette perception, l'attention se porte sur les pensées et quitte ce qui est véritablement présent. La pensée de l'objet se substitue alors à la l'objet lui-même. On peut ainsi passer une bonne partie de son existence, à croire que nous vivons dans le réel, tout en passant notre temps à contempler des pensées qui ne sont pas la réalité de ce qui est présent. La pensée du présent n'est en effet pas la réalité du présent. La pensée que nous élaborons sur quelqu'un en face de nous n'est pas la réalité de ce quelqu'un. Il n'en est qu'une représentation mentale. Et nous savons tous qu'il est facile d'avoir de mauvaises pensées sur quelqu'un, et que, dès que ce quelqu'un est en face de nous, que nos yeux se croisent, ces pensées disparaissent et nous voyons les choses sous un angle tout à fait différent. Regardez le voleur dans les yeux, et le voleur disparaît !

Un autre des apports de la contemplation mentale est la distanciation. Lorsque les pensées sont observées, sans refus, sans saisie, un sentiment de distance se met en place en nous : l'impression que ces pensées sont comme un film qui passe devant le regard de la conscience. Cette distance, qui répé-

tons le, est une distanciation naturelle, différente de la mise à distance volontaire lorsque l'on veut fuir quelque chose, est une des clés de l'apaisement émotionnel. La situation contemplée d'un regard détaché n'est pas vue de la même manière que lorsqu'elle est contemplée d'un regard impliqué.

L'implication dans la situation est le résultat d'une tendance inhérente à l'égo de s'identifier aux objets de perception. Nous le voyons bien lorsque nous regardons un film de suspens ou d'amour. Les émotions se transforment en fonction de la nature des images et de ce qui est évoqué en nous. Et pourtant, tout cela n'est qu'un jeu d'images qui défilent devant le regard.

Une possibilité s'ouvre alors, celle de la non-identification. La non-identification n'est pas une indifférence. Elle est simplement une conscience que je ne suis pas ce que je vois, mais que je suis celui qui voit. La différence peut paraître minime, mais elle est considérable dans ses effets. Lorsque je m'identifie au spectacle qui m'entoure, j'en subis tous les effets émotionnels, avec leurs manifestations corporelles associées. Lorsque je regarde le spectacle sans m'identifier à lui, mon corps reste tranquille, relâché. Dans les deux cas, le spectacle est le même, mais la manière dont il est vécu est différente.

### Respiration et contemplation

Le souffle est également un objet d'observation remarquable par la richesse de l'enseignement qu'il contient.

Cette contemplation de la respiration nous apprend tout d'abord à observer, à écouter et à être pleinement présent aux sensations telles qu'elles sont. Le souffle est écouté, respecté dans son déroulement naturel.

Nous allons voir que son flux est souvent haché, discontinu, étrié. On voit là qu'il contient toutes les tensions accumulées dans l'esprit, les défenses, peurs, résistances.

Lorsque l'on se met à l'écoute du souffle, un des premiers constats est que le mouvement du souffle se ralentit, devient plus ample, plus fluide. Par le seul pouvoir de l'écoute, le souffle se réorganise.

Nous allons voir aussi la tendance à contrôler. Cette tendance se manifeste

notamment au début de l'inspiration, dans une habitude de tirer l'inspiration, comme si nous avions peur d'étouffer, et à la fin de l'expiration, dans une habitude de pousser l'expiration, comme si nous avions peur d'être prisonnier d'un trop plein résiduel. Cette tendance, qui est une autre des expressions de l'égo, va donc être objectivée par la contemplation du souffle. A travers cette observation, cette tendance se transforme. Il apparaît, au fil de l'observation, inutile de tirer l'inspiration, et inutile de pousser l'expiration. C'est en fait la saisie et le rejet qui sont ainsi transformés. Ils sont tous deux l'expression d'une quête de sécurité, qui s'exprime par la volonté de garder l'agréable et d'éloigner le désagréable. Une autre des remarques qui peut être faite concerne l'anticipation. L'habitude d'anticiper, de vouloir se projeter dans l'instant suivant, au lieu de faire face à l'instant présent, se manifeste dans la tendance à inspirer avant que l'expiration précédente ne soit complètement achevée. En portant attention à cette tendance, l'expiration peut être alors accompagnée jusqu'à son extinction naturelle, et l'inspiration peut se déployer lorsque le corps l'y invite. Il n'y a plus alors la pression créée par la peur.

L'instant qui sépare la fin de l'expiration du début de l'inspiration suivante est également riche d'enseignement. Cet instant, lorsqu'il est complètement habité, est un moment de suspension mentale, dans laquelle une expansion de conscience peut se produire. Habiter cet instant est en fait habiter complètement l'instant présent, sans s'attacher à l'instant passé, et sans anticiper l'instant suivant. Il y a là un message précieux, qui nous invite à vivre complètement chaque instant, sans se disperser dans les projections mentales du passé ou du futur.

Nous voyons donc, à travers ces quelques exemples, que la contemplation du souffle dépasse le simple bien-être corporel, pour offrir une compréhension plus fine des tendances de la personnalité et une opportunité de libération de l'emprise oppressante d'un moi avide.

### Action et contemplation

La contemplation n'est pas passivité. La passivité est une forme d'inertie, une inhibition causée par la peur. La contemplation est présence active qui contient l'action. Elle est le regard qui contemple son déroulement.

La contemplation inclut l'intériorité et l'extériorité. Elle accueille les perceptions, mais aussi les réponses qui jaillissent face à la situation. Dans une juste relation aux phénomènes perçus, l'émergence de la réponse n'est ni encouragée, ni refusée. Elle est simplement accompagnée par une permanente présence. Il n'y a donc ni refoulement, ni impulsivité.

L'idée que je suis l'acteur de l'action n'est qu'une création mentale. Sous l'œil de la contemplation, l'action se déroule sans acteur. La vie met en forme les éléments de l'action, son déroulement et ses conséquences. De ce point de vue, la vie est le seul acteur d'un scénario qu'elle contient de bout en bout.

Le moi, dans son illusion de puissance, cherche à s'approprier l'action et ses fruits. Mais ce moi n'est qu'un personnage mental qui n'a pas d'existence en dehors de la pensée qui le crée. C'est ainsi que l'on peut dire qu'une action libérée de l'idée de l'acteur est un jaillissement de la spontanéité de la vie. De ce fait, elle est fluide et synchrone aux nécessités présentes. A l'inverse, une action alourdie par les besoins d'un moi en mal de reconnaissance est hachée, décousue, inadaptée à la situation présente. C'est ce type d'action qui génère maladresses et réactions. Issue de la violence d'un moi qui cherche à imposer sa loi, elle sti-

### www.medecinsdunord.com

Une nouvelle version du site internet [www.medecinsdunord.com](http://www.medecinsdunord.com) vient d'être mise en ligne. Elle propose de nouvelles rubriques, des alertes messagerie permettant de recevoir directement sur sa boîte mail les nouveaux postes proposés dans le Nord-Pas-de-Calais ainsi qu'une version en anglais.

Ce site est soutenu, depuis 2002, par la Fédération hospitalière de France, l'agence régionale de l'hospitalisation, la Faculté de médecine de Lille, le groupement d'intérêt public Santexcel et une trentaine d'établissements de santé publics et privés du Nord-Pas-de-Calais, dont le CHU de Lille.

Le site vise à améliorer l'attractivité de la région auprès des médecins spécialistes et à élargir le champ de recrutement des établissements de santé. Trois cents postes sont vacants actuellement dans les hôpitaux de la région et il faut prévoir le remplacement des 500 médecins hospitaliers qui partiront à la retraite dans les 10 années à venir.

mule ce dont elle est issue : violence, confusion et incompréhension.

Une action qui est l'expression d'une globalité de vision ne crée pas la séparation. Elle est une expression de l'unité de la vie et éveille le sens de l'unité. On peut la qualifier de réparatrice, dans la mesure où elle brise l'illusion de séparation propre au mental divisé.

### Relation et contemplation

Lorsque cette qualité de regard est transposée sur l'entourage quotidien, on peut alors voir ses proches avec un regard libéré de la mémoire, des rancunes et colères diverses. C'est à partir de cette qualité de vision qu'une relation authentique peut s'installer, relation non pas basée sur le pouvoir et la compétition, mais sur la conscience d'une unité qui nous relie. C'est en fait notre manière de voir qui crée et maintient la séparation. Lorsque le point de vision se déplace, le sentiment de séparation nous quitte. Voyez, par exemple, une personne envers qui vous avez des pensées chargées de colère, de ressentiment, et mettez vous face à elle, en la regardant complètement dans les yeux. Vous verrez alors un spectacle tout à fait différent du spectacle qui était présent sur un plan mental. Une profondeur se découvre derrière l'apparence. Un contact peut alors s'établir de profondeur à profondeur, et non plus de la périphérie à la périphérie.

### Amour et contemplation

Un regard contemplatif posé sur le fonctionnement de notre personnalité va permettre de reconnaître ce que l'amour n'est pas : compensation, valorisation, reconnaissance... Les tendances propres au moi, qui se manifestent de manière parfois subtile dans un besoin d'aimer les autres ou dans des comportements altruistes, sont reconnues dès lors qu'elles sont vues telles qu'elles sont, avec la lucidité d'un regard accueillant.

Cette compréhension de ce que l'amour n'est pas induit une expérience nouvelle d'un amour libre du besoin d'aimer et d'être aimé. On pourrait ainsi dire que la vision agit de manière lapidaire, en éliminant les scories qui masquent le joyau. La dimension d'amour, en tant que présence, ouverture et acceptation, ne peut se révéler que dans l'absence des besoins de saisie et d'appropriation du moi. Il s'agit d'une délivrance, car les besoins de la personne sont insatiables, analogues à un puits sans fond.

### LIVRES

#### Comment se décide une psychothérapie d'enfant ?

Marie-Cécile et Edmond Ortigues  
3ème édition revue et augmentée  
Heures de France

Ce livre montre, à l'aide de notations cliniques, quel travail analytique est possible au cours des premiers entretiens d'une consultation pour enfant. Il étudie les cheminements qui peuvent conduire à la décision d'entreprendre ou non une psychothérapie et montre les échanges de paroles à partir desquels se met en place une situation dont va dépendre l'évolution ultérieure. La manière d'accueillir la démarche des consultants contient déjà toute une conception du travail analytique. Les cas d'enfants offrent un matériel privilégié pour percevoir la complexité des liens familiaux et des rapports entre générations alors que l'accompagnement du patient n'est pas fondamentalement différent pour les cures d'adultes.

Dans les premières éditions de ce livre, les auteurs avaient évité les débats théoriques. Dans cette nouvelle édition, ils ont introduit un chapitre sur la métapsychologie de Freud, et un autre sur l'influence que l'expérience acquise en Afrique a exercée.

#### Ey-Lacan

#### Du dialogue au débat ou l'homme en question

Monique Charles  
L'Harmattan, 17,50 €

Les journées de Bonneval de 1946, consacrées à *La Psychogenèse des Névroses et des Psychoses* ont été l'occasion d'une confrontation entre Henri Ey et Jacques Lacan, sur l'essence même du fait psychiatrique. Monique Charles analyse ce débat dans ses implications cliniques et anthropologiques.

Touchant à la question de l'Homme et de ses Valeurs par le biais des relations de la Liberté et de la Folie, cet échange oblige, tant pour des raisons théoriques que pratiques, à un prolongement sur les positions éthiques supposées par toute conception psychopathologique. L'auteur poursuit le débat à la lumière d'une réflexion sur l'humanisme enrichie, en particulier, par les rapports de Husserl et de Jaspers, mais surtout de Paul Ricoeur.

#### Délit de jeunesse

#### La justice face aux quartiers

Isabelle Coutant  
La Découverte, 25 €

A partir d'une enquête menée sur des dispositifs judiciaires en région parisienne, Isabelle Coutant confronte la parole de victime de « *incivilités* » - habitants des grands ensembles, enseignants, éducateurs et policiers - à celles de mineurs délinquants et de leurs parents. En consacrant une place importante aux entretiens et aux récits d'observations, notamment en maison de justice, l'ouvrage montre que la délinquance juvénile contemporaine est le fait d'une autonomisation de la « *culture de rue* » vis-à-vis de la culture ouvrière. Cette évolution résulte, pour partie, de la précarisation des classes populaires et de la ségrégation urbaine. La « *rue* » offre alors une reconnaissance sociale à ceux qui ne l'obtiennent ni à l'école ni au travail, ni même au sein de leur famille.

A travers le portrait d'anciens délinquants, qu'elle a parfois suivis sur plusieurs années, et l'analyse du travail réalisé par les magistrats et les éducateurs rencontrés, l'auteur met en évidence les conditions d'efficacité des interventions judiciaires et socio-éducatives.

### XIV<sup>e</sup> RENCONTRE DU CHAMP FREUDIEN-RENCONTRE PIPOL2 PROGRAMME INTERNATIONAL DE RECHERCHES SUR LA PSYCHANALYSE APPLIQUÉE D'ORIENTATION LACANIENNE

### LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES RAPIDES EN PSYCHANALYSE



PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS-PORTE MAILLOT • 25 ET 26 JUIN 2005  
Le site de la rencontre <http://ri2005.champfreudien.org>

## LIVRES

## Vivre le grand âge de nos parents

Anne Belot et Joëlle Chabert

Albin Michel

Un jour, presque par hasard, on se rend compte que nos parents sont devenus vieux. Dans le tourbillon de notre propre vie, nous n'avions rien remarqué. Ils étaient là, toujours dynamiques, vaquant à leurs affaires et à leurs loisirs. Et voilà que notre mère mélange les dates d'anniversaire, que notre père devrait peut-être s'arrêter de conduire... Puis, les handicaps venant, nous nous demandons s'ils pourront rester dans leur logement. Certains d'entre nous sont contraints de penser à la maison de retraite. Comment aborder alors ces questions avec eux, et entre frères et sœurs ? Comment les aider sans choisir à leur place ni se laisser dévorer ?

Ce dont parle ce livre, ce sont les vrais vieux avec leur allure fragile, leurs silhouettes penchées, leur mémoire qui s'affole, leur esprit qui s'envole. Nos parents, les grands-parents de nos enfants, les arrière-grands-parents de nos petits-enfants que nous chérissons, que nous entourons, que nous soutenons et qui nous donnent bien du souci.

Avec tendresse et lucidité, les deux auteurs, deux journalistes spécialisées depuis plus de quinze ans dans les questions du grand âge, passent en revue, avec l'aide de nombreux spécialistes, des situations caractéristiques des relations que nous pouvons tous avoir avec des parents âgés qui perdent peu à peu leur autonomie.

Les cinquante chapitres de ce livre correspondent, chacun, à un témoignage ou une question posée par l'entourage d'une vieille personne et aux réponses que l'on peut y trouver.

Aider ceux qui prennent soin de leurs proches est le seul but de ce livre. Ils sont si nombreux et si souvent silencieux.

Stéphane Roy

## L'inconscient

## VIème Colloque de Bonneval de 1960

Réédition par Cl. Tchou

La Bibliothèque des introuvables de

J. Sédat 35 €

Ce colloque eut un retentissement sans égal et est toujours considéré, de l'avis général, comme un des plus importants recueils de psychopathologie du XX<sup>ème</sup> siècle. Y participèrent une extraordinaire brochette de neuropsychiatres (Blanc, Lairy, Follin), phénoménologues (Lanteri-Laura), psychanalystes (Green, Lacan, Laplanche, Lebovici, Leclaire, F. Perrier, C. Stein) de toutes obédiences... et philosophes de qualité (De Waelhens, Ricoeur, Lefebvre, Hyppolite, Merleau-Ponty, Minkowski) pour contribuer à l'accouchement par H. Ey, six ans après et chez Desclée de Brouwer, de ce monument. Non sans douleurs ! L'éditeur parle de l'intervention déterminante de J. Lacan sur l'ICS structuré comme un langage qui serait lui-même la condition de l'ICS. Mais le personnage, fantasque et volontiers désagréable, joua les trouble-fêtes. A ce Colloque de 1960, Lacan n'a déjà plus Ey pour seul et principal adversaire... puisque sont présents Ricoeur (que les lacaniens éreinteront après la parution de *De l'interprétation* en 1965), Merleau-Ponty que Lacan « assassina » (à sa mort !) dans les *Temps modernes* en 1961 (n°184-185) ; et surtout ses deux « aîles traitresses » comme il dira plus tard : Laplanche (la « petite aîle ») et Leclaire (la « grande aîle »), pour qui le discours sur les « Quatre discours » devait avoir du mal à passer.

Le débat dans son ensemble est, en 1960, plus riche que celui de 1946 : plus touffu, plus érudit, plus confus, mais assurément plus intéressant pour les non-médecins, gens des lettres et sciences humaines. Ey ne fut pas le seul à se plaindre de Lacan qui, postérieurement au Colloque sur l'ICS avait voulu tirer parti de la connaissance qu'il avait eu, entre temps, de textes de Laplanche et Leclaire pour modifier, rétroactivement, son intervention (il n'était pas rapporteur plénier, mais discutant d'ailleurs). Laplanche s'est plaint auprès de Ey de ce que Lacan, entre 60 et 66, avait revu et considérablement augmenté le texte de son intervention orale, qui « n'avait rien à voir avec ce qu'il avait écrit » dit Laplanche à Ey le 7 octobre 1964. Lacan y glissait perfidement « des allusions purement polémiques et personnelles, fussent-elles voilées, allusions motivées, qui plus est, par des événements ultérieurs, postérieurs au congrès » (lettres de Laplanche à Leclaire du 22/06/64 et à H. Ey du 04/07/64). Qu'importe cette petite histoire et ces coulisses, ce fut un grand banquet psycho-philosophique, une orgie intellectuelle mémorable, la démonstration psychopathologique en ce temps-là de ce que pouvait être la psychiatrie.

RMP

## Silence et contemplation

Le silence dont il est question dans l'expérience intérieure est souvent confondu avec une absence de bruits. Cette incompréhension amène parfois à des comportements absurdes, induits par une volonté d'imposer un silence à l'environnement. La nature du silence est expérimentée dans la conscience elle-même. On pourrait dire que le silence est conscience. Ce terme pointe vers une dimension intérieure, libre de pensée, qui contient les sons, mais n'est pas les sons. Ecoutez par exemple une mélodie jouée lentement, et portez votre attention sur l'espace silencieux qui sépare les notes. En approfondissant cette expérience de l'espace silencieux, vous verrez qu'une dimension silencieuse d'arrière-plan existe également lorsque les notes sont jouées. Le silence est ici comparable au soleil qui n'est pas perturbé par la présence des nuages. Il est une permanence dans lequel l'impermanence émerge. L'impermanence des sons et des bruits ne peut être constatée que par ce que vous êtes la permanence, vous êtes le silence dans lequel les sons et bruits apparaissent. La

conscience immédiate de cette nature silencieuse est ce que nous nommons ici silence. Voyez qu'il ne s'agit donc pas d'une absence de sons et bruits, mais d'une présence silencieuse, sans parole et sans pensée.

## Unité et contemplation

La question de l'unité et de la dualité est souvent posée. Nous pouvons constater que dès lors que la pensée « moi » s'éveille, une séparation est déjà présente entre ce qui appartient au « moi » et ce qui appartient au « non-moi ». La racine de la séparation réside donc dans notre propre esprit, dans les attachements aux divers systèmes de croyances et d'opinions, qui forment une gangue épaisse, induisant les comportements violents bien connus dans notre société. L'expérience de l'unité se découvre et s'affirme dans la conscience silencieuse, qui, lorsqu'elle est vécue, induit un sentiment de plénitude et de contentement. Dans ce vécu propre à la conscience, les choses sont naturellement acceptées telles qu'elles sont, car le moi, en tant que juge et contrôleur, n'occupe pas le devant de la scène.

Unité et acceptation ne sont donc pas le fruit d'un effort, mais plutôt celui d'un abandon de l'illusion du moi, de l'illusion d'une séparation entre moi et le monde. Ce qui est nommé dualité est simplement la conséquence de la croyance en la réalité du concept de « moi », en tant qu'entité séparée. Une juste vision va amener la résorption de cette croyance, et du lot de souffrance qui lui est lié.

## Contempleteur et contemplation

L'idée de l'existence d'un contempleteur est encore une pensée qui peut être observée par le regard contemplatif d'arrière-plan. Dans sa nature propre, la contemplation est libre du contempleteur. Cette absorption du moi personnel dans une conscience impersonnelle est un moment clé dans l'établissement d'une dimension contemplative qui ne soit plus fluctuante, dépendante des circonstances environnantes, mais permanente. C'est sur ce plan qu'une expérience de liberté peut être goûtée, non pas une liberté dans les choix et décisions, qui restent encore des projections conditionnées du moi, mais une liberté d'être.

La notion d'identité est ici remise en cause, dès lors que les projections mentales sont reconnues en tant que telles, et que le sentiment d'être, sentiment qui précède la naissance de la pensée, s'affirme comme seule identité.

L'identité de surface, qui correspond à la notion courante de l'identité, a, certes, une valeur fonctionnelle, utile dans l'espace-temps, mais prend une dimension différente lorsqu'elle est complétée par une identité profonde enracinée dans l'expérience d'être.

## Epilogue

Comme nous avons pu le voir, une approche contemplative de notre fonctionnement intérieur n'est pas une approche psychologique, dans la mesure où elle ne cherche pas à analyser ou à décrire.

Elle peut être considérée comme libératrice car lorsque l'ego est vu tel qu'il est, dans ses manifestations transitoires, le regard qui le constate s'expérimente comme libre de lui. Il s'agit ici non pas d'une liberté d'action, sachant que l'action est conditionnée tant par les circonstances intérieures qu'extérieures, mais d'une liberté d'être.

Dans une approche psychothérapique traditionnelle, lorsque les systèmes explicatifs arrivent au bout de leurs possibilités, vient un moment où la compréhension ne trouve plus rien à quoi s'accrocher.

C'est à ce moment qu'une ouverture est possible, vers une compréhension qui ne soit plus de nature conceptuelle, mais qui pointe vers une expérience de joie et de liberté non dépendante des circonstances.

Une démarche psychothérapique globale se doit donc d'inclure l'éveil à une dimension de conscience libre de conflit et de souffrance.

Cette qualité de vécu qui s'installe dans un esprit mature et un corps habité est le point central d'une thérapie qui ne limite pas la compréhension aux confins du moi, mais s'ouvre vers une dimension de conscience impersonnelle.

C'est à ce point où horizontalité et verticalité se croisent, que le désir profond de liberté trouve son accomplissement et son rayonnement.

Buvons donc à la santé d'une thérapie libératrice, qui invite à quitter le carcan rigide du moi pour s'ouvrir vers les espaces sans limites de la conscience unitive. ■

Jean-Marc Mantel

Psychiatre

## L'Anaes propose une nouvelle définition pour l'accident ischémique transitoire

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) propose une nouvelle définition de l'accident ischémique transitoire (AIT) pour qu'il soit considéré comme une urgence diagnostique et thérapeutique\*. Auparavant, la définition de l'AIT était liée essentiellement à un critère temporel, la régression totale ou non des symptômes en moins de 24 heures. La nouvelle définition, adaptée de recommandations américaines, s'appuie sur la détection de l'infarctus cérébral par l'imagerie, a indiqué le Pr Jean-Louis Mas (CH Sainte-Anne), président du groupe de travail, lors d'une conférence de presse organisée début octobre.

L'Anaes propose de définir désormais l'AIT comme « un épisode bref de dysfonction neurologique dû à une ischémie focale, cérébrale ou rétinienne, dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'une heure, sans preuve d'infarctus aigu », alors que les deux tiers des AIT régressent en moins d'une heure.

## Cette nouvelle définition introduit la notion d'urgence

Concrètement, on peut se trouver face à deux situations en pratique qui doivent toutes deux être considérées « comme une urgence diagnostique et thérapeutique » car il existe un risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique après le décours immédiat de l'épisode, de 2,5% à 5% dans les 48 heures.

D'une part, le déficit neurologique persiste et il faut considérer le patient comme atteint d'un AVC aigu, nécessitant que soient mis en oeuvre les moyens diagnostiques et thérapeutiques appropriés à la prise en charge de l'AVC. D'autre part, lorsque le déficit neurologique a régressé au moment de l'examen du patient, il faut initier au plus vite un traitement préventif et réaliser des examens complémentaires, dans les meilleurs délais, pour confirmer le diagnostic positif et rechercher la cause.

Le risque de survenue d'un AVC après un AIT est de 5 à 10% à un mois et de 10% à 20% à un an. En outre, 30% des patients ayant présenté un AIT font un jour un AVC.

Le diagnostic d'AIT peut être difficile en raison d'une symptomatologie diversifiée (cécité monoculaire, troubles du langage, troubles moteurs et/ou sensitifs unilatéraux...). Le groupe de travail détaille dans le texte des recommandations les symptômes de deux catégories, les AIT probables et les AIT possibles, et énumère les diagnostics différentiels.

En cas de suspicion d'AIT, l'Anaes recommande de mener une imagerie cérébrale et un bilan étiologique rapide car la nature du traitement va en dépendre bien que l'analyse de la littérature ne permet pas de préciser dans quel délai doivent être réalisés les examens complémentaires. Le groupe de travail préconise de réaliser ces examens en urgence lorsque l'AIT est récent. L'hospitalisation du patient dans un service spécialisé est, également, recommandée si elle permet d'obtenir plus rapidement les examens complémentaires, en cas d'AIT récidivants et récents ou d'AIT survenant sous traitement antiagrégant antipla-

quettaire, si le terrain le justifie (comorbidité, âge, isolement social).

« Une IRM avec séquence de diffusion est l'examen recommandé ». Mais si cet examen n'est pas réalisable ou contre-indiqué, il sera remplacé par un scanner cérébral sans injection de produit de contraste.

L'imagerie cérébrale est nécessaire pour confirmer le diagnostic d'AIT (absence d'infarctus cérébral). Elle contribue à éliminer certains diagnostics différentiels, notamment une hémorragie, peut apporter des arguments en faveur d'une ischémie cérébrale ancienne ou montrer des signes d'une ischémie récente (présence d'un AVC).

## Initier au plus vite un traitement préventif par aspirine

Sur le traitement de l'AIT, le groupe de travail s'est prononcé pour l'initiation « au plus vite » d'un traitement préventif par aspirine, à la dose de charge de 160 mg/j à 300 mg/j, en l'absence de contre-indications et dans l'attente des résultats du bilan étiologique.

Selon les données de la littérature, « la probabilité qu'une hémorragie intracrânienne prenne la forme d'un AIT et le rapport bénéfices/risques de l'aspirine est positif en absence des examens d'imagerie ». Cependant, les examens complémentaires pour le bilan étiologique doivent être faits « le lendemain ou le surlendemain ».

Le texte des recommandations fait le point des différents examens à réaliser pour déterminer la cause de l'AIT et la nature du traitement à mettre en oeuvre (antiagrégants, anticoagulants, chirurgie de la carotide, prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire).

L'efficacité des traitements de l'AIT en prévention secondaire a été démontrée. Les mesures de prévention secondaire spécifiques de la cause de l'AIT ne sont pas traitées dans le document présenté et feront l'objet de recommandations ultérieures.

Comme pour l'AVC, la survenue de symptômes évocant un AIT doit conduire les patients à appeler le centre 15 et la prise en charge doit avoir lieu, lorsqu'elles existent, dans des unités neurovasculaires.

L'AIT est « le meilleur signe avant-coureur d'un AVC » qui est la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité et la 1<sup>ère</sup> cause de handicap physique acquis en France.

La nouvelle définition de l'AIT va modifier l'épidémiologie de l'AIT et de l'AVC, une part des AIT devenant des AVC. L'incidence annuelle moyenne des AIT est évaluée à 35 pour 100.000 et celle des AVC entre 100 et 160 cas pour 100.000.

Ces recommandations sur la prise en charge de l'AIT complètent les cinq autres textes déjà publiés par l'Anaes sur l'AVC (Prise en charge médicale et paramédicale, Imagerie cérébrale, place des UNV, Retour au domicile), l'ensemble devant être publié prochainement dans un document de synthèse. ■

G.M.

\*Prise en charge diagnostique et traitement immédiat de l'accident ischémique transitoire de l'adulte, Anaes.

**M. Sanchez Cardenas :** Avant de parler de la sortie de la deuxième édition de votre ouvrage « *L'échec de la protection de l'enfance* » (Dunod), pouvez-vous nous rappeler les grandes idées contenues dans la première édition ?

**Maurice Berger :** L'ouvrage a été organisé en trois parties. La première montre le monde interne des enfants (qu'ils soient bébés ou plus âgés) qui vivent avec des parents très inadéquats. Confrontés à des pères et mères psychotiques, psychopathes, violents, gravement négligents, délaissant, ils sont pris dans une culpabilité primaire et se sentent responsables de l'échec de la relation avec leurs parents. Ils ressentent leur psychisme comme contaminé par celui de leurs parents, sont « aspirés » par des mouvements de séduction narcissique, sont en proie à des moments de terreur hallucinatoire qui peuvent amener des passages à l'acte ; enfin ils vivent ces affects dans la solitude la plus totale, sans avoir la possibilité de les partager ou la capacité de les mentaliser. La deuxième partie décrit les dispositifs qu'on peut mettre en place pour évaluer ces situations afin de prendre les décisions adaptées, et pour permettre à ces enfants de penser. La troisième partie fait le bilan catastrophique de notre dispositif de protection de l'enfance, lequel coûte cinq milliards d'euros par an au contribuable... Par exemple l'évolution des enfants vers une déficience intellectuelle est fréquente : seuls 32% des enfants confiés en placement à l'Aide Sociale à l'Enfance ont le niveau CAP à l'âge adulte. Les nombreuses raisons de cet échec sont développées : absence d'évaluation, absence de responsabilité des intervenants, absence d'écoute de l'enfant, une recherche insuffisante. Mais la principale cause, spécifique à notre pays, est l'idéologie du lien familial à tout prix... Or, un lien n'a pas de valeur en soi. Il existe des liens structurants, organisateurs, indispensables pour permettre le développement harmonieux d'un enfant. Il existe, au contraire, des liens désorganisés, angoissants, imprévisibles et qui entravent le développement intellectuel et affectif de l'enfant dès son plus jeune âge. Il existe, chez beaucoup d'intervenants, une confusion entre maintenir le lien de l'enfant avec sa famille et maintenir le lien l'enfant dans sa famille, ceci étant lié à une identification massive à la souffrance des parents, au déclin de l'identification à la souffrance de l'enfant. Il y a une confusion permanente entre maintenir le lien avec les parents, entre maintenir le lien avec la famille, et maintenir l'enfant dans sa famille.

# Protéger l'enfant en danger

Entretien avec Maurice Berger par Michel Sanchez Cardenas

**MSC :** Un an après sa sortie, vous publiez une deuxième édition considérablement remaniée et enrichie. Pourquoi autant de modifications ?

**MB :** Ceci témoigne de la rapidité avec laquelle nos connaissances évoluent dans le domaine de la protection de l'enfance. Les progrès ont été incessants dans les pays qui ont décidé de regarder ce problème en face, alors que rien n'a changé en France, si bien que l'écart se creuse encore plus. Les conséquences de notre incapacité à intégrer le concept d'intérêt de l'enfant sont maintenant visibles par tous.

**MSC :** Pouvez-vous en donner quelques exemples ?

**MB :** Nous avons demandé à un collègue psychiatre de l'hôpital du Vinatier à Lyon de réaliser une recherche sur le passé des patients adultes qu'il reçoit en hôpital de jour. Sur 72 dossiers, dans 20 situations les antécédents n'avaient pas été recherchés, ce qui pose problème en soi. Sur les 52 dossiers restants, dans 65% des cas on retrouvait des maltraitances physiques et psychiques importantes, avec fréquemment un passage par le dispositif de protection de l'enfance, lequel n'avait pas été suffisamment protecteur. Avant d'être suivis en hôpital de jour, tous ces patients avaient été hospitalisés à temps plein et étaient devenus « dépendants » de l'institution. Etonnés par ce chiffre et afin de vérifier s'il n'est pas excessif, nous avons tout de suite mis en place une deuxième recherche, qui est en cours, plus précise et plus structurée, portant sur les adultes nouvellement hospitalisés. Mais nous pouvons déjà affirmer qu'un pourcentage important du budget de la psychiatrie adulte publique est consacré à la prise en charge de patients dont la pathologie était évitable. J'ignore si une recherche semblable a déjà été faite en France, mais si ce n'est pas le cas, on peut se demander pourquoi une telle absence de curiosité, voire un tel fatalisme. La pédopsychiatrie est soumise au même phénomène. Nous recevons de plus en plus d'enfants et d'adolescents suivis par le dispositif de protection de l'enfance et qui ont fait l'objet de mesures

éducatives et judiciaires très insuffisantes. Le chef de service de pédiatrie du CHU de St Etienne ne sait plus comment accueillir ces jeunes, qui représentent un fort pourcentage de la population reçue dans son service ; et un collègue pédopsychiatre m'indique que sur les 40 enfants reçus dans son hôpital de jour, 35 viennent du dispositif de protection de l'enfance et ont été très peu protégés de parents très désorganisés et désorganisés. Il faut dire clairement que la pédopsychiatrie puis la psychiatrie adulte sont considérées sans aucune gêne par certains juges des enfants et éducateurs comme devant jouer le rôle de voiture balai, je ne dirai pas de poubelle par respect pour les enfants que je soigne, et cela autorise ces professionnels à ne pas évaluer les effets désastreux de leur pratique, et à ne pas prendre en compte le savoir et l'expérience existants. Dans aucun autre domaine il n'y a un hiatus aussi important entre les connaissances et les décisions prises. Ce qui se prépare pour le monde sanitaire aura, pour donner un ordre de comparaison, une ampleur proche de la canicule de 2003.

D'autres dangers menacent, en permanence, ces enfants : l'évolution vers une déficience intellectuelle, fréquente, souvent irréversible, est d'autant plus inadmissible qu'elle était évitable ; et l'évolution vers une violence extrême, qui n'a pas d'âge biologique au sens où elle se constitue dès la première année de la vie et s'exprime dès que la marche libère les mains des enfants en question. Louisiane Gauthier, psychologue enseignante à l'Institut universitaire de Montréal et qui a participé à l'élaboration des lois québécoises, a déclaré, lorsqu'elle est venue travailler dans notre service et a constaté l'état des enfants qui nous sont envoyés par le dispositif de protection de l'enfance : « vous en êtes encore à l'époque de Charles Dickens ».

**MSC :** J'ai constaté que vous faisiez une place encore plus importante à la théorie et à la clinique de l'attachement dans votre deuxième édition.

**MB :** Il m'a fallu beaucoup de temps, comme psychanalyste, pour intégrer l'apport essentiel de cette théorie, et on peut dire que ma réticence est significative de ce qui s'est passé dans le monde psychiatrique français. Lorsque j'ai été invité par la direction de la protection de la jeunesse du Québec, en 1999, pour une série de conférences, un professionnel m'a interrogé sur le fait que je n'utilisais pas cet outil. Ma réponse a été que grâce à la théorie psychanalytique, on pouvait s'en passer. Peut-on faire plus auto-suffisant ? On mesure à quel point notre fonctionnement groupal est idéologique, à la différence des psychanalystes anglosaxons qui ont inclus cette théorisation dans leur manière d'appréhender la vie psychique. Plus tard, en particulier suite aux discussions que j'ai eues avec Antoine et Nicole Guedeney concernant une situation clinique, celle de Carine (chapitre 2 du livre), j'ai réalisé que cette enfant que je considérais comme psychotique, présentait en fait un attachement désorienté-désorganisé. Je sentais bien, d'ailleurs, que mon diagnostic structurel de dysharmonie psychotique ne collait pas. Progressivement, j'ai été amené à comprendre les éléments suivants : les processus d'attachement ne constituent qu'une

partie du lien précoce, qu'un de ses composantes, les autres étant les processus d'indifférenciation puis de différenciation progressive, les affects d'amour, de haine, et l'ambivalence, l'instauration de la transitionnalité, etc., tous ces processus pouvant avoir une influence les uns sur les autres. La partie du lien qui concerne l'attachement porte sur la constitution du sentiment de sécurité, qui nécessite que le nourrisson puisse, dans les premiers mois de sa vie, bénéficier d'un adulte figure d'attachement stable, prévisible, accessible, capable de comprendre ses besoins et d'apaiser ses tensions, qu'il pourra interioriser peu à peu. Un adulte peut permettre à un enfant d'éprouver ce sentiment de sécurité sans être son parent biologique, et sans forcément l'aimer comme un parent « normal » aime son enfant. Si un enfant n'a pas pu construire un attachement sécurisé, une série de conséquences en découle. Tout d'abord, des troubles cognitifs, car un enfant ne peut s'éloigner pour explorer le monde que s'il dispose d'une base de sécurité vers laquelle il peut revenir s'il se sent inquiet. Ensuite, l'apparition d'un attachement désorienté-désorganisé qui se manifeste par une confusion, un refus de dépendre de l'adulte même dans les moments d'inquiétude, une incapacité de conserver les bons moments partagés sans les détruire par la suite, une réaction agressive à toute limite ou exigence sans capacité d'admettre ses torts, un état de rage constant, etc. Enfin Cyrulnik insiste sur le fait qu'un enfant qui n'a pas pu bénéficier d'une figure d'attachement adéquate ne peut jamais devenir résilient. Or, Steinhauer a montré que 82% des enfants soumis à des situations de défaillances parentales précoces présentent un attachement désorienté-désorganisé. A noter que R. Roussillon (2003) a montré que la théorie de l'attachement n'est pas incompatible avec la théorie psychanalytique.

**MSC :** Pouvez-vous donner un exemple de la manière dont la théorie de l'attachement permet de comprendre certaines situations, en particulier ce que vous appelez l'attachement désorienté-désorganisé ?

Un exemple simple concerne un enfant de 7 ans que j'ai reçu en expertise à la demande d'un juge des enfants très inquiet de son comportement au cours de l'audience de septembre 2004 : cet enfant évitait tout contact avec le regard, marchait sur la pointe des pieds, rasait les murs et restait des heures seul dans sa chambre à déchirer des bouts de papier. A la lecture de l'ordonnance d'expertise, on pouvait évoquer une structure psychotique. Mais lorsque j'ai rencontré ce garçon en novembre 2004, son contact était bon et il avait récupéré une cohérence de pensée. L'éducatrice qui l'accompagnait m'a indiqué qu'en septembre, les trois autres enfants de son groupe étaient partis, puis trois nouveaux jeunes étaient arrivés, il avait été changé de chambre et son éducateur référent était parti. Cet enfant a eu une mère très inconstante : elle reconnaît s'être souvent absentée pour « faire la bamboula » lorsque son fils était bébé, et peut actuellement rester longtemps sans lui téléphoner, ou ne pas venir aux visites médiatisées avec lui. De plus, cet enfant n'a bénéficié d'aucune relation stable avec un professionnel : il est passé dans deux pouponnières successives, puis dans un internat et il a été en contact avec des dizaines d'éducateurs et de travailleurs sociaux. Quand on lui demande vers qui il irait pour dire qu'il a mal, ou qu'il ne se sent pas bien ou qu'il est inquiet, il ne peut donner aucun nom passé ou actuel. Il n'a pu interioriser aucune image sécurisante, si bien que lorsque son environnement change, il devient

## LIVRES

### Subjectivité et sciences humaines

#### Essai de métasociologie

Magali Uhl

Beauchesne, 23 €

Cet ouvrage qui s'inscrit dans le champ de la sociologie des systèmes de pensée, pose la question des conditions de possibilité de la connaissance en sciences humaines à partir des acquis de la phénoménologie, de la sociologie compréhensive et de l'ethnopsychanalyse : primat du sujet constituant, historicité du monde vécu, conflit des interprétations, auto-réflexivité...

Toutes les sciences humaines partent d'un sujet : sujet épistémique, sujet de l'action, sujet éthique, sujet culturel... Mais, paradoxalement, alors que la question du sujet ne cesse de se poser, les épistémologies objectivistes recommandent de se méfier de la subjectivité. Cette négation du sujet a trouvé différentes formulations classiques notamment dans le structuralisme, l'objectivisme durkheimien, ou l'empirisme sociologique. Pourtant de plus en plus de démarches théoriques procèdent à un « retour au sujet » et à une réaffirmation de son rôle constituant, aussi bien dans la production et la réception des savoirs que dans la création des œuvres culturelles ou la responsabilité de l'action.

### Expliquer la vie Modèles, métaphores et machines en biologie du développement

Evelyn Fox Keller

Gallimard, 27 €

Les avancées accomplies par la science dans la compréhension des processus vitaux sont extraordinaires. Cependant, la biologie est à peine plus proche aujourd'hui d'une théorie unifiée de la vie qu'elle ne l'était il y a cent ans. A la question de savoir comment sont formées les entités vivantes, Evelyn Fox Keller répond qu'il n'y a pas de réponse simple.

Dans le prolongement de son ouvrage *Le Siècle du gène*, l'auteur illustre cette diversité explicative en examinant, successivement, les modèles, métaphores et machines qui, au XX<sup>e</sup> siècle, des cultures de synthèse de Leduc à la technologie informatique récente, ont largement contribué et contribuent, encore, à rendre compte du développement biologique, mais toujours sous une forme parcellisée.

### Mise en espace de la folie Soins psychiatriques et travail de l'idéal

Sliman Bouferda

L'Harmattan, 25,50 €

L'auteur tente de démontrer en quoi les fonctions normalisatrices de l'hôpital psychiatrique sont plus attachées à un ensemble signifiant dont celui-ci constitue la sphère de production, qu'à une répression exercée par un double pouvoir, psychiatrique et politique. La mise en espace, qui ordonne une dynamique du dehors et du dedans, signale alors une réalité : tant que la folie demeure assiégée par les sensibilités sociales, le recours à un lieu différencié qui serait en même temps le support d'une « lutte contre les maladies mentales », deviendrait incontournable. De fait, la prise en charge des malades mentaux, dans ce qu'elle a de plus actuel, continue à concorder avec l'investissement socio-politique de l'espace construit et l'usage pragmatique de ses intensités. Une telle spécification ouvre sur les relations de soins comme fixation anthropologique du processus de normalisation, et sur le travail de l'idéal comme régulateur de difficultés.

## L'échec de la protection de l'enfance

Maurice Berger

2<sup>e</sup> édition, Dunod, 20 €

Deux cent soixante-dix mille enfants et adolescents, en France, sont concernés par le dispositif de protection de l'enfance. Un grand nombre d'entre eux est confronté, souvent dès leur naissance, à une inadéquation éducative de la part de leurs parents. Ils sont considérés comme des enfants en danger physique, moral, ou éducatif, ou en situation de risque important. Certains sont, parfois, gravement menacés dans leurs corps au sein même de leur famille : ils subissent des sévices qui peuvent mettre leur vie en péril, ou ils peuvent être l'objet d'abus sexuels. Lorsque ces maltraitances sont découvertes, ces enfants sont fréquemment, mais pas toujours, mieux protégés que ceux qui sont en danger psychique. Ces derniers sont soumis à des négligences ou des incohérences éducatives, à des violences ou au spectacle de scènes violentes ou à caractère sexuel, à un délire parental entraînant des déformations systématiques du sens de leurs gestes ou paroles.

Notre pays dispose d'un dispositif de protection de l'enfance en danger inefficace, qui repose sur deux règles implicites : ne pas évaluer ses résultats, c'est-à-dire l'état des enfants dont il est supposé favoriser le bien ou le mieux-être par, ne pas prendre connaissance des nombreux travaux qui montrent qu'on peut mieux faire. De plus, ce dispositif coûte au contribuable cinq milliards d'euros par an.

Ce livre est divisé en trois parties. La première est consacrée à ce que ces enfants montrent de leur monde interne quand on les écoute. La deuxième décrit les dispositifs qui puissent leur permettre de penser, parler, progresser. La troisième montre la profondeur de l'échec de notre système de protection de l'enfance et les raisons de son incapacité probablement définitive à changer. L'auteur a conscience que son ouvrage déplaira, sans doute, à de nombreux professionnels et sera attentif à leurs critiques, si elles s'appuient sur une évaluation de l'évolution des enfants qui leur sont confiés, que les résultats de cette évaluation soient bons et/ou mauvais.

## LIVRES

## Ces hommes qui viennent du social

Jean-Yves Guéguen  
Dunod, 18 €

Ce livre ne se veut, ni une collection d'entretiens, ni une simple galerie de portraits, mais un ouvrage traitant du travail social, en s'appuyant sur la biographie et l'expérience de professionnels en activité ou ayant quitté le secteur (François Chêrèque, Patricia Adam, Dominique Fraïse, Agnès Guerry, Brigitte Bouquet, Jean-Luc Einaudi, Fabienne Brugel et Vincent Lacote). Certes, huit trajectoires individuelles n'ont pas valeur statistique. Mais témoignages et expérience professionnelle en disent parfois plus long sur la réalité du travail social que bien des études. Bien sûr, les travailleurs (ou ex-travailleurs) sociaux de cet échantillon non représentatif portent un regard critique, parfois très sévère, sur le secteur de l'action sociale. Cependant, même si tous ont banni le mot vocation de leur vocabulaire, ils conservent la passion de leur profession. En dépit des difficultés à l'exercer, tous demeurent convaincus de son utilité, de sa capacité à venir en aide aux publics, voire à « *conduire une analyse critique de la société* ». Ils dessinent les contours d'une action sociale plus en phase avec son temps et avancent des propositions. Sans aucune concertation, ils suggèrent, presque unanimes, de revoir complètement l'organisation générale du secteur, de réformer le dispositif de formation, de redéfinir le contenu des métiers, de repenser l'évolution des carrières.

Le docteur Guillotin  
Bienfaiteur de l'humanitéHenri Pigaillem  
Pygmalion, 22,50 €

Le docteur Guillotin n'a pas été l'individu sanguinaire qu'on peut imaginer mais un homme animé par le désir d'œuvrer au bien de l'humanité. La machine qu'il élaborait et qui s'inspirait d'engins vieux de plusieurs siècles ne visait qu'à épargner les plus horribles souffrances aux condamnés à la peine capitale. Et c'est bien injustement qu'on lui fit endosser la paternité d'un instrument de mort. Car ce médecin, qui fut aussi un député soucieux de l'hygiène de ses concitoyens, se révéla bien plus philanthrope que sa réputation ne le laisse penser : propagateur du vaccin contre la variole en Europe, fondateur de l'Académie de médecine, professeur d'anatomie, de physiologie et de pathologie, il a participé à la rédaction de nombreux décrets sur lesquels se fonde encore la médecine d'aujourd'hui.

confus et sa pensée se désorganise. On comprend alors pourquoi il demande à retourner vivre chez sa mère : c'est le seul visage « fixe », malgré sa grande inconstance, qu'il ait pu repérer dans cette foule d'adultes. On constate que lorsqu'on est amené à séparer un enfant de ses parents, il ne peut progresser que si on lui propose une relation d'attachement cohérente et sécurisante qui fasse contrepoids à une relation parentale souvent très angoissante et insatisfaisante. *Un dispositif de protection de l'enfance qui fonctionne sans la théorie de l'attachement n'a pas de boussole, pas d'axe directeur.* Il faut ajouter que cette théorie est beaucoup plus facilement saisissable par nos interlocuteurs politiques.

**MSC :** Certaines réactions à votre ouvrage, que j'ai lues, caricaturent, on peut même dire déforment, fortement, votre pensée.

**MB :** Oui, ce qui est inquiétant, c'est l'incapacité de nombreux professionnels de s'identifier à ce qu'un enfant ressent, et comment l'identification aux parents prime alors. Ainsi, dans une émission consacrée récemment à l'affaire de Drancy où trois enfants ont vécu pendant des années dans quinze centimètres d'immondices, les parents ne jetant rien et ne tirant pas la chasse d'eau, le juge des enfants interviewé, défenseur des enfants de surcroît, a été incapable d'évoquer le fait que les parents présentaient une pathologie psychique importante. Il a seulement évoqué l'amélioration des droits des parents et a parlé des conséquences de la précarité, alors que le père des enfants travaillait et avait un salaire régulier ! Heureusement, toutes les personnes en situation de précarité ne vivent pas dans leurs excréments.

D'une manière générale, la question du droit des parents et du droit des enfants est de peu d'intérêt. Ce qui devrait compter pour un professionnel de l'enfance, qu'il soit médecin ou non, c'est comment va l'enfant réel, et comment protéger son développement en fonction des connaissances actuelles dont nous disposons. Il n'y a pas de symétrie entre parents et enfant parce que le psychisme d'un enfant est en voie de construction, totalement dépendant de son environnement et donc particulièrement vulnérable. Par rapport aux parents, ma position est claire : même lorsqu'ils sont très nocifs, on ne peut pas le leur reprocher dans la mesure où leur enfance le plus souvent désastreuse les a empêché d'acquiescer le minimum de capacités parentales nécessaires et de comprendre les besoins de leur enfant. Si ces parents peuvent reconnaître leur responsabilité, accepter de l'aide alors que l'état de leur enfant n'est pas encore trop dégradé, une séparation peut être évi-

tée ; sinon, c'est regrettable. Cependant je rappelle qu'une séparation protège physiquement mais ne traite pas les difficultés psychiques engendrées par la situation antérieure, et qu'elle n'est parfois suffisamment protectrice que si elle s'accompagne de visites médiatisées, rencontres parents-enfant qui n'ont lieu qu'en institution et en présence de professionnels.

**MSC :** D'autres remarques par rapport aux réactions ? Pourquoi mentionnez-vous très souvent le Québec ?

**MB :** Parmi les personnes qui ont critiqué cet ouvrage, la plupart n'ont pas relevé l'importance des trois chapitres qui décrivent, précisément, les modalités d'évaluation et de prise en charge des situations de défaillances parentales, à partir de l'expérience de 25 ans accumulée par notre équipe grâce à sa stabilité, et alors que nos jalons ont été intégrés en totalité dans le guide d'évaluation 2004 du Québec. Ce guide en est à sa troisième version depuis 1995, alors qu'en France nous ne disposons pas d'outil d'évaluation - et cela ne pose pas problème à la plupart des professionnels, en particulier aux juges des enfants. Or, tout dispositif qui n'évalue pas l'état de l'enfant et ses résultats est potentiellement maltraitant. A l'opposé, j'ai reçu beaucoup de courriers de remerciements de la part de professionnels se disant soulagés de lire des mots qui confirmaient ce qu'ils ressentaient, chacun isolément jusqu'alors. Si je cite souvent le Québec, mais aussi l'Angleterre ou l'Italie du Nord où Stéphane Cyrillo a développé un modèle intéressant, c'est parce que ce fut un véritable choc pour moi de rencontrer les professionnels de ces pays œuvrant dans la protection de l'enfance. Grâce à des remises en cause et des évaluations permanentes, ils ont développé des modèles législatifs et cliniques opérationnels, beaucoup plus respectueux des enfants que les nôtres. J'ai réalisé alors que nos certitudes françaises sur ce sujet étaient totalement relatives, que notre loi conditionnait notre manière de penser et la mutilait, et je dirai même plus, que l'idéologie pouvait nous faire perdre toute intelligence.

**MSC :** Dans la deuxième édition, vous insistez sur la nature des jeux parents-enfant.

**MB :** Oui, car il s'agit d'un point essentiel. La capacité des parents à jouer avec leur enfant est un des indicateurs les plus précis de la qualité de la parentalité. On peut remarquer que les jeux particuliers proposés par les parents, dont il est question dans cet ouvrage, participent à l'instauration d'une indifférenciation psychique pathologique chez leurs enfants. Cette

indifférenciation est un problème aussi important que celui posé par un attachement perturbé. Ainsi, un enfant de 5 ans, extrêmement violent, déclare quand on lui demande pourquoi il essaie d'étrangler les autres enfants : « *C'est papa en moi qui me fait agir ainsi* ». Contrairement à ce que l'on a tendance à dire, un tel enfant n'est pas dans la toute puissance. Il n'a pas eu d'autre choix que de mettre « en lui » l'image terrifiante de son père, individu extrêmement sadique et violent, dans une sorte d'identification brute, d'incorporation globale. En fait, cet enfant est impuissant face au surgissement hallucinatoire de son père violent en lui, et non pas projeté sur l'autre comme c'est le cas dans l'état de terreur hallucinatoire.

**MSC :** Vous écrivez que le but essentiel du traitement est de permettre à l'enfant de penser sur ce qu'il ressent, ce qui va l'autoriser à s'approprier ses sentiments au lieu de se sentir débordé par des flux d'émotions dont il ne distingue pas s'ils viennent de lui ou de l'extérieur, et de l'aider à modifier la représentation qu'il a de ses parents.

**MB :** L'impossibilité pour l'enfant de différencier sa pensée de celle de ses parents se fixe, souvent, dès les premiers mois de la vie. De plus, ces enfants ont été l'objet de situations tellement angoissantes à cette période précoce qu'ils sont en permanence à la merci d'une reviviscence hallucinatoire : comme ils le disent, « *le passé, c'est le présent puisque j'y pense encore* ». Et quitter progressivement le monde des hallucinations terrifiantes concernant la violence, l'abandon, etc, c'est équivalent, pour eux, à perdre leur parent car ils n'ont souvent comme lien avec lui que ce mode d'évocation hallucinatoire (ou par clivage, une idéalisation irréaliste).

Ceci soulève des problèmes thérapeutiques majeurs qui nous ont amenés à mettre en place un dispositif de prise en charge spécifique auquel il est apparu nécessaire de consacrer un chapitre entier. Nous sommes confrontés, en permanence, à des processus psychiques inconnus et sommes obligés de nous désabriter et de nous éloigner de nos théorisations habituelles. Par exemple, au cours de la psychothérapie d'un enfant de 12 ans gravement maltraité dans son enfance et agresseur sexuel, j'ai été obligé de passer par un récit à deux, chacun de nous proposant une phrase pour construire une histoire, car cet enfant n'avait pas d'autres possibilités associatives. Et dans ce dispositif, j'ai dû m'identifier à l'agresseur, c'est-à-dire prendre le rôle d'un parent ayant du plaisir à agresseur sexuellement un enfant petit. Ceci a amené, progressivement, la disparition des comportements sexuels anormaux de cet enfant, mais on mesure l'effort contre-transférentiel que cela demande.

On peut se rappeler que Maria Torok avait refusé de prendre une patiente en psychothérapie en expliquant qu'elle ne se sentait pas capable de s'identifier à son agresseur.

**MSC :** Existe-t-il des possibilités de changement ?

**MB :** Je n'en suis pas certain. La seule possibilité serait une modification totale de la loi de 1958 intitulée « *Loi sur l'assistance éducative* ». La France est une des rares (peut-être la seule) démocraties à ne pas avoir de loi sur la protection de l'enfance.

A titre de comparaison, les lois d'autres pays sont construites ainsi : « *L'intérêt de l'enfant, défini comme la protection de sa sécurité et de son développement intellectuel et affectif, est le principe premier, ayant préséance sur tous les autres. Il passe avant l'intérêt et les droits des adultes. Cet intérêt est relié à la satisfaction de besoins essentiels physiques,*

## Cahier du soir d'un éducateur

Jean Cartry  
Préface de Maurice Berger  
Dunod, 20 €

Jean Cartry, qui est éducateur spécialisé, anime depuis 1976, avec sa femme Janine, elle-même éducatrice, une famille d'accueil spécialisée recevant plusieurs enfants confiés par le service de l'Aide sociale à l'enfance. Collaborateur de la revue *Lien social* sous le pseudonyme de Jean-Marie Servin, il a publié chez Dunod *Petite chronique d'une famille d'accueil* (1996) et *Les parents symboliques* (1998).

Le mot cahier qu'il a mis dans le titre de son livre « *évoque l'enfance, celui-ci est plein d'enfants. Ceux que nous accueillons chez nous depuis presque trente ans, la plupart ayant partagé la vie de nos parents* ».

Ouvert chaque semaine, ce cahier du soir contient des « *moments éducatifs* », arrêts sur image d'un vécu partagé, éclairés de nombreuses lectures crépitantes comme des « *flashs* » au long du texte. La réflexion clinique et théorique poursuit, sans cesse, les émotions complexes d'un vécu partagé avec des enfants en manque de soins maternels adéquats.

Par instants, c'est l'enfant que fut l'auteur de ce cahier, qui surgit d'un inconscient entrouvert, sans prévenir, comme pour donner sens à son engagement auprès des enfants carencés relationnels, tant il est vrai qu'on ne devient pas éducateur « *pour rien* ».

intellectuels, sociaux, affectifs. La loi a pour objectif la satisfaction de ces besoins, sans laquelle le développement de l'enfant est considéré comme compromis. Le but de toute intervention auprès d'un enfant et de ses parents est de mettre fin à la situation préjudiciable à sa sécurité ou à son développement et d'éviter qu'elle ne se reproduise (alors qu'en France, l'enfant est fréquemment réexposé à la situation de risque lors de tentatives de retour dans sa famille, si cette dernière n'a pas évolué). Chaque fois que cela sera possible, on amènera les parents à assumer différemment la responsabilité de leur enfant en maintenant ce dernier dans son milieu familial ; si cela se révèle impossible dans un délai raisonnable on mettra en place avec diligence un projet de vie extérieur à la famille assurant à l'enfant des liens affectifs stables si besoin jusqu'à sa majorité, etc. »

Parviendrons-nous un jour à penser ainsi ? Beaucoup de professionnels, éducateurs, juges des enfants, et même certains psychanalystes présentent un refus actif du savoir, et une allergie à l'évaluation de l'état de l'enfant ; c'est ce que j'appelle l'arrogance tranquille de l'ignorance assumée.

En France, nous investissons les débats d'idées en priorité par rapport aux faits, et trop jouer avec les pensées peut empêcher de penser. J'ai constaté que les pédiatres étaient souvent beaucoup plus mobilisés que les psychiatres sur les problèmes que je viens de décrire.

Pour terminer, je me permettrai de préciser, afin que ma pensée ne soit pas déformée une fois de plus, que je me situe non pas dans une logique militante mais dans une logique clinique, de soignant.

Et c'est bien à ce titre qu'il me paraît très difficile, voire impossible, d'obtenir des résultats thérapeutiques dans un cadre légal aussi inadéquat. ■

## Bibliographie

GUEDENEY A. et N., *L'attachement*, Masson 2002.ROUSSILLON R., *Séparation et chorégraphie de la rencontre*, in *La séparation*, Erès 2003.

## Mourir de son ignorance...

## ■ COURRIER DES LECTEURS

A n'en point douter, Serge Tribolet, membre du Comité de Rédaction de *Nervure* et auteur d'un billet d'humeur pourfendant les traitements de substitution dans la toxicomanie a dû s'absenter trop longtemps de notre monde. Il a loupé quelques épisodes et se trouve dans l'affligeante posture qu'il dénonce : ses propos transpirent de préjugés idéologiques éculés mais ne recèlent le moindre once d'« art médical »...

A ses yeux, la société, accablée de culpabilité, ne ferait, avec ces médicaments, que réparer sa dette en « *donnant de la drogue aux drogués* ». Je conseille à notre confrère qui réclame, à juste titre, moins de rhétorique et plus de médecine, d'écouter ce qu'en disent les usagers et de lire les travaux de la récente conférence de consensus sur ces traitements<sup>(1)</sup>. Il pourrait y découvrir qu'unaniment, tous les acteurs de santé en contact avec des usagers de drogues, même parmi ceux qui étaient réticents il y a dix ans, conviennent aujourd'hui que ces traitements ont une place centrale dans les stratégies thérapeutiques vis-à-vis des toxicomanes aux opiacés, et qu'ils doivent être intégrés aux pratiques de soins courants. Comme le traitement de la douleur, celui de l'hypertension artérielle ou de la dépression, celui de la gastrite ou du diabète : les médicaments ne traitent pas les causes, mais ils soulagent les patients et contribuent à changer leur vie. Il pourrait aussi découvrir ce qu'ont observé tous ceux qui travaillent au quotidien avec ces outils pharmacologiques : ils ont considérablement amélioré le suivi des toxicomanes, leur accès aux soins et ils ont divisé par 5 le nombre des overdoses dans notre pays.

Bien sûr, tout n'est pas parfait et la critique n'est pas inutile pour améliorer encore ce type de prise en charge. Mais la question de la « toxicomanie » ne peut plus être traitée comme le fait votre rédacteur, à partir de jugements moraux et en lançant des anathèmes (« *médecine dealer* » !). Dans ce domaine, ce sont moins les médicaments de substitution qui ne tuent que l'ignorance et l'obscurantisme. (14)

Docteur Alain Morel\*

\*Secrétaire Général de la Fédération Française d'Addictologie, Président du comité d'organisation de la conférence de consensus sur les traitements de substitution des opiacés.

(1) Textes disponibles sur les sites internet de l'ANAES et de la Fédération Française d'Addictologie (www.addictologie.org).

Nous allons évoquer le modèle alimentaire danois, c'est-à-dire poser la prise de nourriture comme un acte social où se manifestent des particularités culturelles voire des revendications nationales. Nous nous intéressons en particulier au système des viandes qui, au Danemark (2), est bâti autour de la viande de porc. Nous verrons que le goût pour le porc est indissociable de l'histoire du secteur agricole danois. L'élevage du cochon est en effet présenté comme un des principaux facteurs de développement économique du pays. A l'heure européenne où chacun se plaît à définir ses spécificités alimentaires, affirmer le goût pour cette viande peut aussi servir l'identité alimentaire nationale.

### Place de la viande de porc dans le régime alimentaire danois

Les Danois comptent parmi les plus gros mangeurs de viande d'Europe avec une moyenne de 117 kg par an et par personne en 1999. Mais ce sont surtout de grands consommateurs de porc. Cette chair constitue les deux tiers de leur consommation en viande, soit près de 70 kg par habitant et par an (Fødevaredirektoratet, 2001 : 22). Certains phénomènes de société nous en disent autant que les statistiques du goût danois pour cette viande : en octobre 1996, le prix à remporter au jeu danois « *La roue de la fortune* », était une demi-carcasse de porc label ! La langue commune offre aussi un aperçu de la place spécifique du porc dans l'alimentation danoise. Au porc est réservée l'appellation de *flæsk*, ancien terme pour viande que l'on retrouve dans l'allemand *Fleisch* ou dans l'anglais *flesh*. Pour les autres tissus animaux, qui n'occupent qu'une part restreinte dans la consommation (3), viandes de boucherie, volaille et poisson, on accole à la désignation de l'animal le terme de *kød*, c'est-à-dire « *chair* ».

# Viande de porc et identité alimentaire danoise, perspective anthropologique (1)

Cependant, en rapport avec des inquiétudes nutritionnelles, le succès des viandes maigres et la sélection qui a augmenté le pourcentage en maigre du porc, la filière viande porcine pousse depuis plusieurs années au rattachement du porc sous l'appellation générique des viandes (*svine-kød*). Le goût danois pour le porc semble ancien (Kloster, 1984 : 16). Mais c'est seulement dans le courant des années 70 que cette viande s'est affirmée comme un aliment de base du système alimentaire danois, aux côtés du pain de seigle (le repas froid du midi) et de la pomme de terre (le repas chaud du soir). Il trouve sa place dans toutes les prises alimentaires de la journée et peut entrer dans la composition du repas de son début à la fin, depuis les chips de couenne frite séchée jusqu'aux gâteaux en gelée. Sous l'impulsion d'un puissant secteur de production porcine, maints livres de cuisine récents ne traitent que du porc, tel celui intitulé « *Toute l'année avec la queue en tire-bouchon* » (4). Cela fait dire à Else-Marie Boyhus, historienne danoise ayant consacré un ouvrage à cette viande, que les recettes de cuisine au Danemark se résument à « *varier la préparation du porc à l'infini* » (1988 : 485). La consommation du porc se fait avant tout sous forme de charcuteries, ces préparations accompagnées de pain de seigle constituant la base du repas froid du midi, les *smørrebrød*. Elles y sont avant tout des accompagnements dont la consistance est souvent celle du « *prêt*

à *beurrer* », par exemple le pâté de foie. Ou bien elles prennent la forme de saucisses, dont les plus fameuses, de couleur rouge, sont vendues dans des kiosques en plein air. Ce n'est pas la matière brute, crue, que le danois désigne comme un aliment « *vital* », au sens étymologique que connaît le français « *viande* » : le terme générique d'origine latine, *viktualie*, désigne la chair cuite du porc, dont un travail de l'homme a assuré la conservation (la chaleur ou l'utilisation de condiments assurant leur cuisson). « *Frais* », le porc - mais cela est vrai de toute viande - est consommé en premier lieu sous forme hachée ou en farce, ingrédient principal de la cuisine danoise qui constitue plus de la moitié des achats en viande (Fødevaredirektoratet, 2001). Le porc peut être mélangé sous cette forme avec toutes les autres viandes : le mélange porc / veau ou porc / bœuf, servant par exemple à la réalisation de boulettes de viande considérées comme typiquement danoises, les *frikadeller*. Il peut se mélanger aussi avec des produits animaux (lait, crème, œufs). Découpé en petits morceaux, il peut l'être aux légumes. Plus rares sont les grosses pièces de viande dans la cuisine danoise. Le rôti de porc avec sa couenne qui « *dore, rôtit et conserve tout son moelleux à la viande* » est cependant particulièrement prisé. Ce morceau de filet est toutefois réservé aux grandes occasions tel Noël ou aux repas familiaux du samedi soir ou du dimanche midi. Le porc permet de réaliser la plupart des plats jugés « *identitaires* » et toute occasion sera bonne pour les décorer d'un petit drapeau danois.

La place traditionnelle réservée au porc peut se lire en contrepoint de celle qui est accordée au bœuf, dont la bonne image est le résultat d'une importation récente, comme en témoigne l'origine tantôt française, tantôt anglo-saxonne de nombreuses recettes. Consommation essentiellement du monde urbain et jeune, très mobile comme à Copenhague, c'est la seule viande qui sert d'appel publicitaire aux restaurants, leur donnant son nom, à l'instar de « *la maison du bifteck de la ville* », mais souvent dans sa référence américaine (« *Colorado Steak* ») ou par référence à la race Durham (« *A Hereford beef-stow* »), ayant servi aux améliorations du cheptel viande dans les années 50. Si le bœuf associe, clairement, viande et prestige social, le cochon est lui profondément lié à la vie domestique et quotidienne des Danois. Il pourrait être considéré comme un facteur de cohésion familiale et sociale : que ce soit parce que les familles danoises se retrouvent dimanche après dimanche pour se régaler du rôti de porc à couenne ; que l'on considère les générations de Danois élevées grâce aux en-cas composés de pâté de foie, roulades et autres charcuteries. Ou encore que l'on considère les orgiaques « *déjeuners de Noël* » : dans ces repas très arrosés précédant les fêtes où l'on se réunit par affinité (collègues de travail, membres d'associations, amis) se succède jusqu'à une vingtaine de plats comme autant de variations autour du porc - mais aussi du hareng. Ces charcuteries saisonnières sont très liées à l'ancienne période d'abattage du cochon où l'on réalisait le boudin, le confit de tête et autres spécialités. Ces plats peuvent apparaître comme une consommation rituelle au même titre que cette tête

de porc entière ou la demi-tête portée qui a constitué jusqu'au 19<sup>ème</sup> siècle le repas de Noël dans l'Europe du Nord (Kloster, 1984 : 55).

Le rôle du boucher est de faire retomber ce « *corps* » (ainsi est désignée la carcasse en danois) au niveau de la matière, mais aussi d'abolir la forme animale pour en recréer une. La façon dont le boucher danois découpe au détail la viande de porc sous des formes totalement géométriques (en carré, en allumette etc.) ou malléables (haché), en fait une matière première d'une grande plasticité « *apte à être présentée de différentes façons* », selon certains de ces spécialistes (5). Il revient au cuisinier de composer à partir de cette chair que l'on dit au Danemark sans goût par elle-même. Tous les gastronomes danois s'entendent sur ce point à l'instar du journaliste culinaire, Ulrik Høy : « *la viande de porc est belle, propre, claire, agréable à regarder, mais elle n'a pas vraiment de goût* ». Cette insipidité qui apparaît comme un désavantage aux yeux de visiteurs français par exemple, habitués à penser en terme de « *goût du terroir* », est justement ce qui fait du porc la viande idéale au Danemark « *parce qu'elle offre ainsi de nombreuses possibilités d'accommodation et parce qu'ainsi on peut mieux l'adapter à nos propres goûts* » (Schwedler, 1989 : 297). Le recours aux épices, sauces et assaisonnements divers est alors essentiel, en tant qu'ultime facteur permettant d'agir sur le goût, « *ce truc qu'un cuisinier expérimenté réussit à donner au voisinage de la côtelette* » (U. Høy). La valeur que la viande prend dans l'assiette dépend en grande partie de cette opération de cuisine. Ce qui compte, c'est la substance nutritive, protéinée. C'est à cette « *matière* » idéale que l'on essaye de faire correspondre toute autre viande. Ainsi, pour faire découvrir aux Danois, lors du salon de l'agriculture annuel de Roskilde en 1995 le lapin, la chèvre ou le cheval, viandes objet de dégoûts anciens et très forts, les stands de dégustation des producteurs proposaient-ils des *frikadeller*.

### Place du cochon dans le secteur agricole danois

Le cochon a eu une importance fluctuante au cours de l'histoire danoise. Il est associé à la forêt qui « *nourrit et engraisse les cochons* » (Dreyer, 1962) et le nombre de porcs de glandée accueillis sert même, dans les premiers cadastres de 1680, d'unité de mesure des surfaces boisées. Ceci dure jusqu'au déboisement du pays vers 1750 (6). Avec la disparition des bases nécessaires à son élevage, le porc perd en importance (7) et finit même par être considéré comme un nuisible. Cette évolution aura pourtant comme conséquence la rationalisation de son élevage. Le cochon est apte à être nourri de déchets industriels, résidus des distilleries et brasseries et de la production laitière. C'est avec la spécialisation du Danemark dans cette filière et l'accroissement en importance des laiteries au 19<sup>ème</sup> siècle que la base d'un « *cochon de petit lait* » pour quatre vaches devient une référence (Kloster, 1984 : 83). Les porcheries sont d'abord conçues comme un sous-produit des beurreries et leur développement accompagne le succès de l'exportation du beurre vers la Grande-Bretagne. C'est dans les années 1880 qu'est développé le porc à bacon destiné au marché anglais dont les Danois apprendront à consommer puis à aimer les restes (8). Les 150.000 porcs que compte le Danemark en 1800 passent en 1932 à 5,5 millions. Depuis les années 1950 le pays enregistre, avec environ 12 millions d'unités, le plus grand nombre de porcs par habitant et par unité de surface au monde. Les Danois aiment à plaisanter sur le fait que leur pays compte deux fois plus de cochons que d'hommes.

### LIVRES ET REVUES

#### L'étude expérimentale de l'intelligence (1903)

Alfred Binet

Introduction historique de Serge

Nicolas

L'Harmattan, 29,50 €

Il y a maintenant un siècle qu'est parue en librairie *L'étude expérimentale de l'intelligence* dans la *Bibliothèque de pédagogie et de psychologie* publiée sous la direction d'A. Binet chez l'éditeur parisien Schleicher. Ce livre, dont est reproduit ici un fac similé de l'édition originale (1903), marque une ère nouvelle en psychologie où l'étude de l'intelligence ne sera plus abordée de manière spéculative mais de manière de plus en plus scientifique. Rejetant dans l'ombre l'ouvrage de Taine *De l'intelligence* qui fut pourtant à son époque (1870) considéré comme une œuvre révolutionnaire sur le sujet, Binet propose de nouvelles méthodes d'investigation de la pensée qui seront utilisées par les psychologues allemands de l'école de Würzburg. Binet va utiliser la méthode d'introspection sur ses deux filles, inaugurant ainsi une des plus belles études de psychologie différentielle de l'intelligence. Bien qu'il aborde ici l'étude de l'intelligence de manière uniquement qualitative, on trouve dans cet ouvrage les prémises de son œuvre sur la mesure quantitative de l'intelligence (1904-1911) qui aboutira, quelques années plus tard, à la notion de Q.I.

#### L'homme narcissique Freud, Sartre, Edelman

Rudolf Gutwirth

Librairie Philosophique J. Vrin, 19,70 €

S'appuyant sur le discours réflexif de la philosophie, cette étude se propose de démêler les rouages du psychisme humain : une telle démarche, vouée à rencontrer la psychanalyse, implique un examen des interprétations freudiennes de la libido et du narcissisme, et suscite une confrontation philosophique avec l'homme « *neuronal* » décrit par la biologie de la conscience.

#### La thérapie de couple : vous avez dit « psychanalytique » ?

Dialogues n°66, 16 €

Ce dossier qui a été composé par M. Dupré le Tour avec A. de Butler montre que, depuis une cinquantaine d'années, la recherche clinique sur le couple et l'aide au couple ont beaucoup évolué. La consultation avec une personne venant parler en tête-à-tête de ses problèmes conjugaux qui se pratiquait dans les années 1950-1960 s'est ouverte, du fait de la demande des couples, à une première recherche méthodologique sur l'entretien conjoint, comme il était dit alors, puis à des recherches sur les thérapies « *de* » couple, « *du* » couple, « *en* » couple. Chacune de ces terminologies implique un projet différent, que le thérapeute se doit d'élucider, car ce projet soutient son mode d'écoute, sa proposition de cadre et ses interventions. C'est ainsi que, pour parler des processus de la thérapie psychanalytique en couple, il est nécessaire de la définir préalablement avec son projet et la manière dont le contrat thérapeutique s'établit en fonction de ce projet. On ne peut parler des processus qui sont en jeu dans une thérapie qu'en les référant à l'espace qui est offert au couple et au contrat passé entre le couple et le ou les thérapeutes.

## Séminaire du Jeudi de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale

Service du Pr Guelfi  
Centre Hospitalier Sainte-Anne

2004-2005

Impact du stress et des émotions  
sur la mémoire et le vieillissement

13 janvier : *Comment mesurer le stress*, B. Falissard

27 janvier : *Impact du stress cellulaire dans les maladies dégénératives*, C. Neri

3 février : *Modèles animaux du comportement d'addiction*, P.V. Piazza

10 février : *Etudes et imagerie cérébrale du désir sexuel*, S. Stoléru

17 mars : *Imagerie du vieillissement cérébral*, O. Naggara, C. Oppenheim et J.F. Meder

31 mars : *Troubles émotionnels de la maladie d'Alzheimer*, C. Bungener

7 avril : *Liens entre mémoire et émotions dans la maladie d'Alzheimer et dans la dépression du sujet âgé*, A.M. Ergis

14 avril : *Une approche longitudinale du sommeil : du gène à la clinique*, P. Bourgin

21 avril : *La cécité aux changements, la substitution sensorielle et la conscience phénoménale*, J.K. O'Regan

12 mai : *Neurologie et psychiatrie : peut-on mettre fin à la distinction entre pathologie de la fonction et pathologie de la lésion*, A. Ehrenberg

26 mai : *Etude épidémiologique des états de stress post-traumatiques après les attentats de 1995 et 1996*, F. Rouillon

6 juin : *Impact cognitif (mémoire, attention, fonctions exécutives) de différents types de dépression*, C. Even

Le jeudi de 11h30 à 13h

Grand Amphithéâtre de la CMME, 100 rue de la Santé, 75014 Paris  
Métro Glacière (ligne 6), Bus n° 21 et 62

## LIVRES ET REVUES

## Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution

## Conférence de consensus

Alcoologie et Addictologie,

Décembre 2004

Tome 26 supplément au n° 4

La conférence de consensus sur les traitements de substitution des opiacés (TSO) qui s'est tenue à Lyon les 23 et 24 juin 2004 et qui a été organisée par la Fédération française d'addictologie et l'Anaes était très attendue. Beaucoup doutaient de la capacité d'une telle conférence d'aller au-delà des généralités rebattues sur le sujet. Certains soupçonnaient même les organisateurs de vouloir, au prétexte d'un besoin de renforcer la sécurité, revenir en arrière par des restrictions d'accès et l'alourdissement des contraintes pour les usagers et les soignants. Tous ceux-là, mais aussi tous ceux qui l'ont préparée et organisée, sont d'autant plus satisfaits des résultats, des conclusions comme du climat qui s'est instauré entre des protagonistes autrefois très divisés.

## Guide de la création et direction d'établissements pour personnes âgées

Michel Agaësse

Dunod

Les structures accueillant des personnes âgées sont un domaine en pleine mutation : en moins de vingt ans, la population accueillie a considérablement changé, les personnes valides sont notamment devenues une minorité.

Cette situation exige une capacité à s'adapter, à transformer progressivement les établissements et à entretenir de nouveaux rapports avec l'administration. Les pouvoirs publics ont pris conscience de cette nouvelle donne : la législation a pris un nouveau départ en 1997, avec la loi du 24 janvier, puis avec la réforme de la tarification et la loi du 2 janvier 2002.

La première partie de ce guide permet de comprendre et connaître un secteur spécialisé complexe et important, la deuxième partie analyse les conditions de la création, de la rénovation ou de l'extension d'un établissement, enfin, la quatrième partie s'intéresse au personnage central de l'établissement : le client citoyen, dont la fragilité et la dépendance ne doivent, en rien, être un obstacle à la prise en compte réelle de ses droits et besoins.

## Auto-donation

## Entretiens et conférences

Michel Henry

Beauchesne, 26 €

Michel Henry (1922-2002), philosophe et écrivain, est connu pour ses travaux sur la corporéité et l'incarnation, sa phénoménologie de la vie, ses lectures de Marx et Kandinsky, mais aussi ses réflexions sur le Christianisme ou sa critique de la barbarie contemporaine. Ce livre présente, à partir de conférences et d'entretiens, les grandes thématiques de son œuvre : la subjectivité transcendantale, la temporalité, l'affectivité, la corporéité, la chair, l'auto-donation pathétique de la Vie dans l'art, la philosophie et le Christianisme. Ces analyses phénoménologiques offrent une clef pour la compréhension des égarements de la raison moderne que Michel Henry a dénoncés sous leurs multiples aspects : déshumanisation par la science, destruction de la Culture et de ses œuvres, légitimation des politiques totalitaires.

La société danoise entretient le mythe – au sens qu'en donne Jean Pouillon (1993), c'est-à-dire de « croyances partagées » – d'une « construction » agricole dans laquelle le cochon est considéré comme une figure centrale. Pour expliquer les bases de la production agricole actuelle, on célèbre d'abord la reconversion de ce pays céréalière vers l'élevage, qui devint le but de la production agricole sous l'influence des rapports politiques : la perte du sud du Jutland en 1864, et donc du marché allemand. Ces années marquent les débuts du Danemark comme fournisseur officiel de la Grande-Bretagne et d'une agriculture qui s'est construite pour et en fonction des marchés à l'exportation. Le manque de ressources naturelles fait que l'exportation agro-alimentaire de produits transformés à forte valeur ajoutée (beurre, bacon) est perçue et présentée comme une source de devises indispensable à la richesse du pays. De nos jours, les exportations agricoles ne représentent plus que 15 % de l'ensemble des revenus à l'exportation alors qu'elles en constituaient 85 à 90 % avant-guerre et au début du siècle ; celles de bacon étaient en valeur deux fois plus importantes à elles seules que l'ensemble des exportations industrielles. 80 % de la production porcine, soit quatre porcs sur cinq, sont toujours exportés par un secteur qui représente aujourd'hui un tiers des exportations agricoles. L'importance économique du secteur agricole lui a donné une influence extrêmement grande sur la politique générale du pays (Just, 1992). Au Danemark, on rend hommage aussi à ces paysans capables de se reconvertir (le bacon était un produit inconnu auparavant) et de se regrouper en coopératives assurant la transformation des produits animaux dès la fin du 19<sup>ème</sup> siècle et générant un secteur agro-industriel puissant, qui permit de faire vivre l'ensemble de la société. Une des caractéristiques les plus importantes de la paysannerie danoise serait « sa capacité incroyable à faire beaucoup de presque rien. C'est là sans doute l'héritage le plus précieux dont les Danois tirent encore le bénéfice aujourd'hui » (Ravnkilde, 1989 : 34). L'historien Claus Bjørn (1993) souligne le consensus, voire la satisfaction qui règnent au Danemark autour d'une histoire qui s'attache à témoigner du travail accompli à partir de conditions naturelles jugées défavorables et excelle à célébrer la tâche de l'homme qui sait mettre en valeur les surfaces agricoles et rendre les paysages « accessibles », maximiser et modérer les capacités animales en fonction des besoins, s'assurer de la gestion optimale de ces facteurs<sup>(9)</sup>.

Le cochon est donc le symbole d'une réussite économique, célébrée parce qu'elle aurait rendu possible l'organisation sociale actuelle, sujet de fierté nationale. Une comparaison des statuts respectifs du cochon et du mouton paraît rendre compte de cette histoire. Car le mouton est considéré au Danemark comme l'inverse du cochon : il représente l'histoire de la survie économique de ce pays. Ancien pilier du régime de subsistance, sa viande à qui les Danois reprochent son goût de « pull islandais », a été abandonnée au fur et à mesure que des viandes de prestige comme le bœuf devenaient accessibles. Son taux de consommation en 1996, 1,2 kg par an et par habitant (Eurostat), est comparable à celui d'autres viandes marginales comme le gibier, le lapin ou le cheval. Le cochon apparaît, au contraire, comme un pilier de la société puisqu'il est considéré comme l'animal pourvoyeur de viande de l'agriculture intensive. Sa suprématie sur le mouton sert, par exemple, au Danemark d'indicateur de l'accès à la modernité, daté ainsi par les historiens danois de 1898 au Danemark, 1897 pour l'Allemagne et 1965 pour la France (Kloster, 1984 : 184). Comme certains

mythes d'origine l'investissent de la création de plusieurs îles danoises, c'est sur le cochon que repose le « mythe » de création de l'Etat danois moderne, mythe soigneusement entretenu auprès de la population, notamment scolaire, et encouragé par le secteur coopératif porcin. Liée à la notion fédératrice du bien-être que recherche la société danoise<sup>(10)</sup>, la viande de porc est un facteur de cohésion. Les statues sont nombreuses de par le pays qui le célèbre et la presse danoise s'en sert, souvent, pour illustrer des faits d'actualité nationaux ou internationaux<sup>(11)</sup>.

Cette histoire du cochon est celle du succès de ce qu'il est devenu d'appeler « le modèle agricole danois », ce qui fait dire aux Danois reconnaissants que « sans cochon, il n'y aurait pas de Danois », à l'exemple de Henrik Danemand (*Berlingske Tidende*, 21 mai 1995).

Si toute occasion est bonne pour comparer la société des hommes au monde porcin, c'est que le cochon est l'animal à qui les Danois ont le sentiment de devoir finalement ce qu'ils sont : « Nous, les Danois, avons beaucoup affaire avec les cochons. Nous les élevons, nous les abatons, nous les préparons, nous les exportons en grande quantité. Même leurs grognements et leurs extériorisations sont comme une douce musique aux oreilles danoises. D'aucuns diront que sous certains aspects les Danois aussi sont des cochons. N'en disons pas plus. Mais le cochon joue de toute façon un rôle central, tant pour la culture danoise que pour son économie » (*Politiken*, 7 mars 1996). C'est aussi que par l'intermédiaire de cet animal se fait jour une image idéale de soi-même. Le cochon sert fréquemment à une réinterprétation du mythe du viking

conquérant par le biais du succès à l'exportation, présenté comme un impérialisme. Une publicité pour les ferries du printemps 1995 engageait les Danois à aller faire des achats en Suède après la dévaluation de la couronne suédoise en se servant de l'illustration d'un cochon-tirelire hargneux encourageant avec humour à « Participer au pillage ! Il y a 319 ans, nous perdions la Scanie et la ville universitaire de Lund. Maintenant, c'est l'heure de la revanche grâce à l'arme économique ». On peut y voir la métaphore d'un empire dont on ne se console toujours pas de la perte, ainsi que le suggérait le politologue danois Claes Kastholm dans *The Guardian* (13 mai 1993) à propos de l'attitude ambiguë du Danemark à l'égard de l'Europe politique. De même, la prolificité du cochon semble conjurer la crainte du déclin démographique. En effet, le taux de natalité parmi les plus bas au monde est un sujet collectif de préoccupation. En rendent compte toutes les comparaisons du cochon aux Danois, certes anodines mais récurrentes, ainsi que l'insistance sur la sexualité de cet animal. Citons cet exemple lié au fait qu'il y ait deux fois plus de porcs que de Danois : « Cela devrait être l'inverse car tandis qu'il y a 35.000 verrats reproducteurs qui fournissent de la semence pour deux millions de truies, il n'y a potentiellement pas moins de 1.792.343 hommes entre quinze et soixante cinq ans capables de reproduction et qui l'an passé ont pu s'attaquer à environ deux millions de femmes » (*Information*, 27 août 1996).

## Manger au plus proche ?

Avec l'exportation à destination de l'Angleterre dans les années 1850-60

commencent les premiers croisements à partir de verrats anglais<sup>(12)</sup> qui permettront d'obtenir un cochon plus riche en viande adapté aux débouchés du marché anglais, le « Holsterbron ». Le résultat du travail de sélection est un « anti-cochon », comme on le dit à l'époque au Danemark non sans fierté : un animal maigre, long, convenant à la transformation et qui était destiné à devenir le modèle du porc en Europe, le Landrace danois, porc à bacon<sup>(13)</sup>. D'autres croisements suivront. Dans les années 1970, un nouveau cochon à viande dit « haut de gamme » est créé pour le marché intérieur à partir d'une race de souche canadienne et dans les années 1980 des porcs dits « lourds » pour le marché allemand. Ces exemples rendent compte d'une conception de la race comme étant toujours malléable : « les possibilités de croisement sont innombrables et dépendent de l'usage de la viande » (*Danske Slagterier*, 1995). C'est sur le cochon que le Danois a exercé en priorité ses talents de « démiurge » en l'adaptant à ses besoins successifs. Ces transformations par l'homme exercent une véritable fascination au Danemark ; la presse se plaît, par exemple, à détourner les schémas indiquant les changements menant du porc nain du Moyen Age avec ses 40 à 50 kg, au porc familial pouvant atteindre les 200 à 300 kg en représentant en outre le porc industriel actuel « farci » d'antibiotiques (*Berlingske Tidende*, 21 mai 1995). Le cochon est ainsi l'animal le plus « domestique », celui que l'homme a créé à sa convenance<sup>(14)</sup>.

L'exemple danois illustre l'idée, examinée par des anthropologues comme Edmund Leach (1964), d'une familiarité nécessaire avec les êtres que l'on

FORMATIONS CLINIQUES DU CHAMP LACANIEN  
ÉCOLE DE PSYCHANALYSE DES FORUMS DU CHAMP LACANIEN

## JOURNÉES DES COLLÈGES CLINIQUES

## Que faisons-nous des symptômes ?

Samedi 19 mars 2005, de 14h à 18h

Dimanche 20 mars 2005, de 9h à 13h

Palais des Congrès  
Porte Maillot – Paris

En énonçant cette question abrupte et en proposant de la mettre au travail dans leur commune Journée d'étude, les Collèges cliniques et l'Ecole de psychanalyse des Forums du Champ lacanien s'inscrivent dans l'actualité.

Le symptôme restera toujours identique à ce qu'il en reste dans la parole et c'est à ce titre qu'en tant que psychanalystes nous sommes censés savoir, investis des pouvoirs qu'elle confère, - censés savoir quoi en faire quand l'autre, l'adulte mais peut-être encore plus l'enfant contemporain, cherche la façon optimale de jouir de son inconscient.

Il ne s'agira pas d'établir au cours de ces journées le catalogue des symptômes, typiques ou singuliers, anciens ou modernes, mais de saisir quelles sont les conditions de possibilités pour leur accueil dans le transfert. Autrement dit, notre proposition vise à explorer l'inclusion du symptôme dans le dispositif analytique mais aussi son traitement possible par le clinicien dans les institutions de soins. Réponses multiples, particulières, qui, de contourner la thérapeutique, demandent de prendre vraiment l'éthique de la psychanalyse au sérieux.

Commission scientifique : Jacques Adam, Luis Izcovich

## Tarifs d'inscription :

• Individuelle : 80 €

• Etudiants (avec justificatif) et Inscrits des Collèges cliniques : 40 €

• Formation permanente : 200 €

Renseignements : Collège Clinique de Paris – 118 rue d'Assas, 75006 Paris.

Tel : 01 56 24 14 66 - Fax : 01 56 24 22 37

Mail : collegeclinique-paris@wanadoo.fr

C'est dans le cadre de l'entretien psychiatrique que se produit la rencontre entre une souffrance psychique et un soignant censé la reconnaître, la caractériser comme pathologique et, par voie de conséquence, la prendre en charge. Ces trois temps sont indispensables à la mise en place d'une relation thérapeutique de qualité (Emslie et Fielder, 2001; Palazzolo, 2004a).

Mais reconnaître une détresse psychique ne suppose pas forcément la qualifier de pathologique, pas plus que cette identification n'implique automatiquement le diagnostic de maladie mentale. Quoi qu'il en soit, cette rencontre débouche, généralement, sur la mise en place d'un projet de soin qui ne doit pas se résumer à la seule prescription d'un traitement psychotrope. L'acceptation de la démarche thérapeutique est, bien sûr, indispensable de la part du malade, mais non suffisante au bon déroulement du suivi à long terme. Une fois obtenue l'adhésion initiale aux soins, le psychiatre doit accompagner le patient tout au long de sa trajectoire (Toljamo et Hentinen, 2001; Palazzolo, 2004b).

### Approche conceptuelle de l'adhésion : le point de vue de l'utilisateur

Lorsque le malade accepte la prise en charge qui lui est proposée, son but est de retrouver sa santé perdue, c'est-à-dire son bien-être affectif, psychique, relationnel, et peut-être spirituel (Cramer et Rosenheck, 1998; Rodriguez, 2001-2002). C'est dans ce contexte qu'il apparaît nécessaire de mieux caractériser une terminologie jusqu'ici peu définie avec précision :

## De l'observance médicamenteuse à l'adhésion au traitement

### Première partie

- le terme *observance* est généralement utilisé pour indiquer l'action d'observer une règle, de s'y soumettre. Il sous-entend une sorte d'obéissance passive à l'ordonnance du médecin. Ce qui ne correspond pas à la démarche qui consiste à négocier avec le patient, à lui transmettre le savoir qui pourrait l'inciter à prendre la décision lui-même, à agir en toute connaissance de cause. Dans le contexte actuel, le terme *observance* tend à être réservé à l'évaluation globale de l'acceptation du traitement (Sheen, 1999; Palazzolo, 2003);

- le terme *adhésion*, aujourd'hui préféré par de nombreux auteurs, traduit mieux le rôle actif du patient et le cheminement qui mène à un engagement réfléchi : interaction avec les acteurs du soin, intégration d'un savoir, conviction propre, décision et action correspondante (Perkins, 1999; Pietrandoni, 2001).

Nous avons demandé à un ancien patient, aujourd'hui membre actif d'une association d'usagers en psychiatrie, de faire part de ses réflexions concernant l'abord sémantique et conceptuel de cette problématique :

« Depuis la mise sur le marché de traitements psychotropes réputés de plus en plus efficaces et de mieux en mieux tolérés, l'ensemble des pharmaciens, psychiatres, médecins généralistes, ainsi que de nombreuses associations de malades, insistent sur la nécessité, pour le patient, d'adhérer au projet de soin et de respecter une bonne observance médicamenteuse. L'adhésion est devenue un élément clé dans le traitement des maladies mentales, d'une part du fait des limites actuelles des produits disponibles, et d'autre part du fait du défi posé par le management de la pathologie dans les différents groupes de population touchés par celle-ci. Comme la prise des médicaments peut paraître compliquée à certains, que ces produits ont encore souvent des effets secondaires, et que leur efficacité est parfois limitée, des interventions non médicales sont nécessaires pour augmenter les chances que les patients prennent leurs médicaments correctement. La maladie mentale pouvant toucher diverses populations marginalisées - SDF, immigrés, toxicomanes, prisonniers et autres individus ayant de bonnes raisons historiques personnelles de se méfier des services publics de santé-, l'adhésion aux nouvelles molécules est considérée dans certains cas problématique, à moins de fournir de grands efforts de soutien au niveau de l'éducation, ainsi qu'aux niveaux psychologique et pratique. Ainsi, l'adhésion est un concept qui intègre des mesures d'intervention à la fois médicales et sociales. En tant que telle, l'adhésion est devenue une importante source d'attention, d'étude et de discussion parmi les intéressés, aussi bien aux Etats-Unis que dans le monde entier. Les limites des traitements psychotropes actuellement existants, tout comme la difficulté de traiter des patients en situation sociale précaire, requièrent une palette d'efforts particuliers pour assurer

aujourd'hui l'adhésion des personnes atteintes de maladie mentale. De fait, les scientifiques ont d'hors et déjà reconnu l'utilité de rendre les modalités de prise des médicaments moins contraignantes, et d'améliorer les connaissances sur la dose minimale efficace nécessaire pour réduire les risques de rechute. Les chercheurs en sciences sociales sont à la recherche d'indicateurs sociaux et psychologiques qui rendraient l'adhésion prévisible. Les conseillers médicaux développent des méthodes d'intervention pédagogiques et psychosociales à même d'augmenter la capacité des patients à suivre les prescriptions de leur psychiatre. Toutes ces recherches sont importantes et pourraient conduire à de grands progrès dans la compréhension de l'adhésion, mais il apparaît nécessaire d'insister sur un aspect de ce concept largement négligé par la plupart des chercheurs. Je veux parler des aspects socio-politiques de l'adhésion. Jentends par là le contexte socio-culturel plus vaste dans lequel le débat sur l'adhésion a lieu. Dans cette réflexion, je veux souligner les présupposés qui sous-tendent ce débat, présupposés se résumant en des termes d'influence croissante de l'économie privée sur le système de santé publique; je souhaite insister sur le libéralisme économique, l'ultra-individualisme et la consommation qu'une telle politique représente. Dans la communauté des malades mentaux, cette attitude de « consommateur » est défendue par de nombreuses associations d'usagers qui utilisent justement leur qualité de consommateur de soins comme moyen de faire pression sur les décisions politiques et financières de santé en leur faveur. Mais la plupart des

### LIVRES

**Guide du secteur social et médico-social Professions, Institutions, Concepts**  
5ème édition  
Marcel Jaeger  
Dunod, 29 €

Cet ouvrage donne la priorité aux deux pôles du secteur social et du secteur médico-social. Il a pour objectif de proposer une synthèse de définitions et de références qui couvre, à la différence des manuels et guides existants, le vocabulaire employé dans l'ensemble de ces deux secteurs : non pour réduire la complexité, mais pour en rendre compte et aider à la penser.

Plusieurs niveaux de lecture et d'utilisation sont proposés : des définitions pour « découvrir » un vocabulaire et des sigles, des interrogations sur les enjeux de terminologie, des explications techniques, les références juridiques principales, des références bibliographiques.

Sont retenus les mots et expressions d'emploi fréquent : des appellations de professions et d'institutions, des concepts clés, à l'exclusion d'un vocabulaire clinique pour lequel des dictionnaires existent déjà. La plupart des éléments chiffrés proviennent des diverses publications de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des Affaires sociales. Des approches plus qualitatives complètent ces statistiques, qu'il s'agisse de rapports du Conseil supérieur du Travail social ou de ceux de l'Inspection générale des affaires sociales. Ce livre ne dispense pas d'une lecture régulière de la presse professionnelle pour actualiser les connaissances, se familiariser avec les débats en cours. S'il les cite peu dans les définitions, il renvoie aux principales revues du secteur social et médico-social (dont la liste est donnée en annexe) et à la pratique de la presse en général, car le vocabulaire et les références ne constituent pas un code intemporel, bien au contraire. Cette cinquième édition s'inscrit dans un contexte de mutations législatives et réglementaires, dont il restera à apprécier la portée exacte.

**Apprendre à parler : influence du mode de garde**  
Haydée Marcos, Anne Salazar Orvig, Josie Bernicot, Michèle Guidetti, Christian Hudelot, Christiane Préneron  
L'Harmattan 21 €

Ce livre apporte une contribution originale en comparant des enfants de 27 mois bénéficiant de « modes de garde » différents : pendant la journée certains sont avec leur mère, d'autres sont accueillis par une assistante maternelle, et d'autres encore sont accueillis en crèche. Ces trois cadres de vie ne sont pas les mêmes du point de vue du nombre et des caractéristiques des partenaires de l'enfant lors des échanges communicationnels. Est-ce que le nombre, la diversité et les spécificités des interlocuteurs affectent la capacité de l'enfant à former des phrases plus ou moins complexes, la richesse de son vocabulaire ou sa capacité à participer activement et de manière adéquate à des conversations ? La réponse à ces questions est positive et il apparaît, peut-être, à l'encontre de certains stéréotypes, que l'accueil auprès d'une assistante maternelle et en crèche favorise l'acquisition des outils linguistiques et des capacités conversationnelles. Ainsi, le besoin de s'adapter à des situations de communication nouvelles et relativement complexes, contribue à la conquête du langage par l'enfant.

consomme. On peut en conclure qu'une appropriation préalable de l'animal, même si elle reste symbolique, est ainsi nécessaire au Danemark pour une bonne assimilation de la viande. Il faut pour ce faire que cette dernière ait des caractéristiques suffisamment affaiblies, neutralisées pour permettre une imprégnation par chacun de sa substance. C'est le rôle qui revient successivement à l'éleveur, au transformateur et au boucher afin que le mangeur puisse finalement transmettre un peu de son identité à la chair qu'il va consommer. Car plus la ressemblance est forte préalablement à l'ingestion, plus on fusionne avec le contenu de son assiette, moins on court de risque : « Une alimentation prudente n'est pas incompatible avec une certaine dose d'anthropophagie symbolique <sup>(15)</sup> » affirme l'anthropologue Philippe Erikson (1997 : 124). C'est ainsi que les Danois façonneront le cochon à leur goût ou trouveront leur goût dans le façonnement du cochon.

### Conclusion

Les préférences alimentaires danoises se portent sur la viande de cet animal qu'est le cochon dont la domestication a été la plus poussée. La classification des viandes en fonction des préférences des Danois montre ainsi qu'elles sont réparties selon leur degré « d'imprégnation » par l'homme, c'est-à-dire de neutralisation du sauvage. C'est-à-dire qu'au Danemark, le choix des viandes met d'abord en jeu la relation que l'homme entretient avec les animaux. ■

Anne-Elène Delavigne\*

\*Ethnologue, Laboratoire d'Eco-anthropologie, UMR 5145 / CNRS - Museum National d'Histoire Naturelle - Ilot Poliveau - 57, Rue Cuvier 75231 Paris Cedex 05

Communication présentée à la Table Ronde APRID/NERVURE sur le thème : « Identités et altérités alimentaires », Paris 8 octobre 2003

### Notes

(1) Ce texte reprend, dans ses grandes lignes, un article paru aux éditions Hachette Littérature sous le titre « Pas de cochon, pas de Danois : viande de porc et identité danoise perspective anthropologique », in M. Bruegel & B. Lauriou (ed), *Histoire et identités alimentaires en Europe*, 2002, 53-62.

(2) Plusieurs terrains effectués à Copenhague dans les années 90 ont permis de réaliser une ethnographie des pratiques et discours sur la viande de jeunes Danois en milieu urbain. Cette étude a été complétée, entre autre, par une attention au traitement médiatique de ce sujet dans les principaux quotidiens danois.

(3) La consommation du bœuf et celle de volaille avoisinent maintenant, respectivement, les 20 et 18 kg par an / personne ; celle du poisson est en augmentation avec 22 kg par an / personne (Fødevaredirektoratet, 2001 : 22).

(4) Toutes les traductions sont de l'auteur.

(5) Il faut aussi voir dans cette spécificité le fait d'une filière porcine d'abord exportatrice se servant du marché intérieur avant tout pour écouler ses restes. On consomme donc au Danemark la viande résiduelle des découpes et les bas morceaux mais aussi le lait écrémé (dit « allégé ») issu de la production du beurre.

(6) En 1660, 25 % de la surface du Danemark était boisée, 10 % en 1750 et 4 % en 1805 (12 % en 1976).

(7) A titre d'exemple, la ferme d'Hørsholm comptait plus de 5000 cochons en 1680 ; il en reste 2000 en 1737 et seulement 600 en 1780 (Brøndegeard, 1992 : 145).

(8) Tout le secteur agricole et agroalimentaire danois est organisé et structuré en fonction de l'exportation aux dépens de l'approvisionnement local. Les Danois expriment ainsi fréquemment leur sentiment « qu'au Danemark, le meilleur s'en va à l'exportation » et que, comme le dit une restauratrice « bio » très médiatique, Camilla Plum « l'on se garde le plus mauvais ». Sur les répercussions que peuvent avoir des impératifs économiques sur les habitudes alimentaires cf. Delavigne, 2002.

(9) On se plaint, voire on se complait à rappeler, souligne-t-il (1993 : 739), que ce sont les réformes des 18<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> siècles

(1756-1810) qui ont fait entrer le Danemark dans « une phase de progrès ». Ces réformes sont célébrées pour leur nature politique : suppression de l'agriculture communautaire, répartition des terres etc. (1788) et cette révolution agricole « douce » (sans révolutions sanglantes) mais radicale (sans fortes traditions préalables) est opposée à la révolution française. Une relecture récente les associe à une « révolution verte » c'est-à-dire à une crise écologique profonde. Cette dernière théorie qui relativise le rôle des événements politiques du temps et, notamment, de ces fameuses réformes agraires a été très critiquée.

(10) Le mot d'ordre « Du berceau à la tombe » (*Fra vugge til grav*) définit la nature de la prise en charge des citoyens par l'Etat.

(11) Ainsi des inondations ayant touché la Pologne l'été 1996 sont présentées par leurs conséquences dramatiques sur le cheptel porcin ou bien encore, cette même année, la présence des soldats de l'ONU en Bosnie est illustrée par une scène de rue « avec porc ».

(12) La plupart de la race claire Yorkshire qui constitue, dès 1871, la moitié des effectifs des verrats.

(13) Porc qui, entre autres, mange peu par rapport à sa croissance rapide et est constitué à 53 % de viande maigre avec une carcasse plus longue de 2 à 3 côtes.

(14) L'amélioration de la race pourrait avoir pris comme modèle les porcs sacrés, devant être le plus blanc possible, cette couleur claire du porc ailé du dieu Frey, appelé « soies dorées » (*Gullinbursti*). François Poplin et René Pujol (Poplin, 1988 : 170) voient dans le porc danois industriel blanc « un anthropomorphisme de similarité ».

(15) Le cochon revient, sans cesse, dans la problématique du régime carnivore. Fleurissent dans les médias des représentations artistiques très réalistes d'aliments-hommes ou d'hommes-carcasse. Ainsi une jambe humaine se termine-t-elle en jambon ou bien cette peau du porc qui est un élément essentiel du rôti « rejoint dans l'horreur le thème du scalp » (Poplin, 1988 : 167) sur une photo provocatrice.

### Bibliographie

BJØRN C., *Revolution og reform, om Thor-*

*hild Kjærgaards disputat*, Historie, lyske samlinger ny række XIX, 1993, 19,4, ud. af Jysk selskab for historie.

BOYHUS E.M., *Mad og drikke*, Daglig liv i Danmark, samfund og familie, Kbh., Nyt nordisk forlag A. Busk, 1988.

BRØNDEGAARD V. J., *Folk og fæ*, Dansk husdyr etnologi, Bd.I, Kbh., Rosenkilde og Bagger, 1992.

Danske Slagterier, 1995 : *Den danske svineproduktion, fakta om svinekød*.

DELAVIGNE A.E., *A la recherche de la « culture culinaire » danoise au sein de « l'Europe des patrimoines »*, in P. Marcilloux (ed), *Les hommes en Europe*, Paris, CTHS, 2002, 323-335.

ERIKSON Ph., *De l'acclimatation des concepts animaux ou les tribulations d'idées américanistes en Europe*, Terrain, 1997, 28, 119-124.

Fødevaredirektoratet, *Forsyningen af fødevarer 1955-1999*, Udviklingen i Danskerne kost - forbrug, indkøb og vaner, udarbejdet af S. Fagt og E.Trolle, afdeling for ernæring, Fødevarerapport 2001, 10.

JUST F., *Landbruget, staten og eksporten, 1930-1950*, Dansk politik under forandring 1945-1985, Esbjerg, Sydjysk Universitetsforlag 1992.

KLOSTER H., *Svinets historie*, DSK forlag, Kbh 1984.

Landbrugets informationskontor, *Håndbog for svinehold*, Landsudvalget for svin, 1996.

LEACH E., *Anthropological Aspects of Language: Animal Categories and verbal Abuses*, in Lennberg E.H. New directions in the study of language, Cambridge 1964, 23-63.

POPLIN F., *Essai sur l'anthropocentrisme des tabous alimentaires dans l'héritage de l'ancien testament*, Anthropozoologica 1988, 163-170.

POUILLOIN J., *Le cru et le su*, La librairie du XX<sup>ème</sup> siècle, Seuil 1993.

RAVNKILDE K., *From fettered to free, the farmer in Denmark's history*, Danish language services, Hurst 1989, England.

SCHWEDLER M., *Nyt liv, nye spisevaner. En analyse af faktorer der påvirker Danskerne spisevaner*, Roskilde, RUC 1989.

## LIVRES

**Profession : Infirmier des Hôpitaux Psychiatriques**

Gérard Voltat

Préface de Jacques Chazaud  
L'Harmattan, 11 €

Gérard Voltat, infirmier psychiatrique diplômé du Centre de formation de l'hôpital de Colson à la Martinique, puis diplômé de l'École des Cadres de l'Hôpital Saint-Anne à Paris, a été moniteur chargé d'encadrement des élèves au Centre de formation de l'établissement public de santé de Ville Evrard. Il est devenu, ensuite, cadre de santé dans un service d'hospitalisation plein temps de ce même établissement avant de l'être dans une unité clinique extrahospitalière à Bondy. Il a pris sa retraite après 41 ans de service.

Son livre illustre, à travers sa carrière professionnelle, l'évolution du métier d'infirmier psychiatrique. Il reflète les enthousiasmes du débutant puis, selon les structures de soins et leurs orientations diverses, les remises en cause, les conflits, les déceptions, les confusions et, aussi, les avancées qui ont jalonné la route entre l'Asile et le développement des soins ambulatoires.

**Leibniz et les raisonnements sur la vie humaine**

Jean-Marc Rohrbasser et Jacques Véron

Préface de Marc Barbut  
Institut National d'Etudes démographiques

Aux environs de 1680, Leibniz a manifesté son intérêt pour les questions de population, dans une série de manuscrits publiés seulement au XIX<sup>e</sup> siècle. Dans ces textes, rédigés en français, en latin ou en allemand, Leibniz raisonne sur la vie humaine en intégrant, d'une manière explicite, le hasard. Modélisant la mortalité à partir de ce qui semble être des principes a priori, Leibniz ne néglige pas, pour autant, le réalisme des données qu'il utilise. Son œuvre démographique présente le processus d'extinction d'une population comme une combinaison de risques. Métaphysiquement attaché à l'idée d'une harmonie du monde, le philosophe se représente la vie humaine, à la fois, en termes d'ordre de la mortalité, image d'un ordre divin, et d'événements aléatoires.

Dans ses raisonnements, le hasard n'est que l'ignorance de l'enchaînement des causes et rien de plus. Le risque de mourir est le même pour tous à un âge donné, il est largement indépendant des caractéristiques individuelles, mais la providence, c'est-à-dire Dieu, a fixé par avance la destinée de chacun.

Les manuscrits étudiés ici donnent une formalisation simple et originale de l'espérance de vie à un âge quelconque ou de la durée de vie d'un groupe. Leur portée est également philosophique : ils sont l'occasion d'un dialogue entre l'unité et la multitude, le certain et le possible, le discret et le continu, la nécessité et la contingence, le temps et l'éternité, le déterminisme et la liberté.

Cet ouvrage présente les conceptions que se fait Leibniz de la « science de la population ». Y figurent, aussi, un inventaire des textes de portée démographique, statistique et financière, ainsi qu'une transcription du manuscrit *Essay de quelques raisonnements nouveaux sur la vie humaine et le nombre des hommes*, que le philosophe a rédigé en français.

patients ne se rendent pas compte de l'ampleur du changement ainsi opéré dans la manière de concevoir et de gouverner la santé des plus démunis. Par « gouverner », j'entends non seulement les actions du gouvernement qui définit et applique une politique de santé mentale, mais aussi la manière dont les sujets prennent, à leur compte, certains codes de conduite qui correspondent à la façon dont les autorités maintiennent l'ordre social établi.

Au cours des trente dernières années, la conception dominante sur la prise en charge globale des malades mentaux a changé de manière fondamentale : celle-ci n'est plus, uniquement, du ressort des professionnels qui travaillent pour l'Etat et la santé publique, mais également du ressort des patients eux-mêmes, qui sont censés gouverner leur propre santé en consommateurs éclairés. En ce sens, nous ne pouvons qu'encourager la mise en œuvre de telles stratégies de prise en charge, favorisant l'éducation des malades et d'autres méthodes de responsabilisation. Il ne s'agit pas, seulement, de rendre la relation soignant-soigné plus égalitaire : ces stratégies font parfois dévier le poids des responsabilités vers les patients eux-mêmes, et tendent même à les culpabiliser. L'ancienne rhétorique reprochait aux sujets d'être trop passifs vis-à-vis de la maladie; la nouvelle leur reproche de ne pas se conduire en consommateurs malins, de ne pas exercer leur pouvoir avec efficacité.

Et c'est bien de l'adhésion dont il est ici question. La première chose importante qu'il nous faut souligner à ce propos est que ce concept a été introduit dans le but de se détacher de la connotation négative associée au terme d'« observance ». Lorsqu'on parle d'observance, le patient est considéré comme un sujet passif assujéti à l'autorité du médecin ou soumis, scrupuleusement, au traitement prescrit afin de préserver son capital santé. Dans le même ordre d'idée, les malades qui ne suivent pas leur médication selon la stricte prescription sont considérés comme « non-observants », ce qui implique qu'ils refusent de s'astreindre à la bonne parole médicale. Le concept d'adhésion suggère, au contraire, que l'individu prend une part active à son traitement.

L'adhésion à la prescription médicale est l'un des facteurs les plus importants pour assurer les effets bénéfiques du traitement... Ceci est vrai pour tous les types de médicaments, et particulièrement pour ce qui nous intéresse ici : l'ensemble des psychotropes actuellement sur le marché. Cette adhésion permet aux patients de s'inscrire dans une participation active concernant leur traitement, elle leur permet de prendre leur maladie en main, ce que la plupart d'entre eux apprécient. Les écrits sur la pathologie mentale regorgent de constatations de cet ordre. Ils sont significatifs parce qu'ils mettent l'adhésion en rapport avec une participation active aux soins. Contrairement au concept d'observance, qui met l'action (ou l'activité) thérapeutique en rapport avec l'individu qui n'est, à priori, pas dans le cadre d'une collaboration effective, le

concept d'adhésion situe directement l'agir de la personne dans une dynamique positive. Ainsi définie, l'adhésion est censée effacer la notion de « rapport de force » qui sous-tend l'observance, et la remplacer par une notion de prise en main de soi-même par le sujet atteint de maladie mentale. Cette évolution a amené une certaine reconnaissance du rôle que peuvent jouer les patients dans la prise en charge de leur santé, mais elle correspond, également, à un changement plus vaste dans la société, changement par le biais duquel on abandonne l'idéologie de compassion, de dépendance et de victimisation pour adopter une idéologie de responsabilité individuelle. De fait, l'adhésion joue un rôle important dans la définition des malades en tant que consommateurs des services de santé : le patient est un individu qui doit s'auto-gouverner de par son adhésion.

Ainsi donc, le poids de la responsabilité est mis sur les épaules du patient en premier lieu, ce dernier ayant un rôle de consommateur. Et dans cette optique, de nombreuses stratégies d'adhésion sont largement utilisées dans le marketing des médicaments psychotropes. Il est à noter que ces stratégies, comprenant des plans de traitement individuels, des publications de vulgarisation scientifique, des semainiers, des pense-bêtes, des réveils et autres cadeaux publicitaires, ont été conçues pour répondre aux exigences de la consommation. De fait, les médecins, les sociologues, les entreprises pharmaceutiques, les spécialistes et activistes de la maladie mentale ont développé de nombreuses stratégies visant à améliorer l'adhésion des patients, et ces stratégies ont pris une place importante dans la démarche de communication institutionnelle des entreprises pharmaceutiques. Et on considère comme normal et inévitable que ces stratégies et ces objets soient, à l'instar des téléviseurs, jeux électroniques et autres mixers, intégrés dans la vie quotidienne des patients.

Certains laboratoires ont, par exemple, développé des campagnes publicitaires spécifiquement destinées aux sujets atteints de schizophrénie. Ce type de campagne comprend des cadeaux spécialement destinés à cette population, par exemple des piluliers, des brochures d'information, des cassettes vidéo, ... Une telle campagne est remarquable pour deux raisons : premièrement, les cadeaux publicitaires destinés à améliorer l'adhésion d'une frange de population définie permettent à l'entreprise pharmaceutique de mettre cette adhésion en rapport direct avec la consommation, ce qui a pour effet de prendre les malades mentaux doublement au piège. Si la personne ne prend pas les psychotropes qu'il faut ou ne les prend pas correctement, ce n'est pas la faute du système médical ou des médicaments, c'est de sa faute parce qu'elle n'a pas, efficacement, de son pouvoir de consommateur. Deuxièmement, la maladie est définie, non comme un obstacle à l'accès aux traitements (ce qui est vrai pour la plupart des individus atteints de psychose), mais plutôt comme une entité marketing dans une vision portée par l'économie de marché.

La mesure dans laquelle l'adhésion est devenue un moyen parmi d'autres de vendre des médicaments apparaît fort bien si l'on compare ce marketing aux autres interventions dont on sait qu'elles peuvent améliorer la capacité des patients à suivre leur traitement. Les stratégies telles que celles décrites plus haut sont légion. De fait, elles constituent le type d'information le plus facilement accessible pour la plupart des malades mentaux. Les stratégies visant d'autres facteurs qui influencent l'adhésion n'ont, elles, pas été développées avec autant d'intensité et ne sont pas diffusées à aussi grande échelle. Par exemple, il est clair que l'aptitude des médecins et du personnel soignant à communiquer de manière adéquate avec leurs patients, à comprendre leur mode de vie et leurs activités pour les aider à choisir un traitement approprié est un élément clé de l'adhésion. Cependant, il n'y a aujourd'hui que très peu d'informations destinées aux psychiatres pour les aider à accomplir la tâche difficile de prise en compte du mode de vie des malades. Les médecins admettent, volontiers, qu'ils doivent apprendre à mieux connaître leurs patients avant de leur prescrire un traitement psychotrope, mais peu de mesures sont mises en place dans le but de développer des stratégies qui les aident à le faire. En définitive, on pourrait croire que les capacités nécessaires aux praticiens pour améliorer l'adhésion sont évidentes et ne nécessitent que peu d'intervention ou de développement technologique, tandis que les patients doivent, quant à eux, être bombardés de modules éducatifs à n'en plus finir. Et ce déséquilibre n'est qu'un petit exemple de l'ampleur de l'inégalité concernant la nouvelle définition des relations de pouvoir au nom de la responsabilisation du malade mental...

Le discours sur l'adhésion, dans sa configuration actuelle, a joué un rôle important dans le renforcement des relations inégales de pouvoir entre les services hospitaliers psychiatriques et les malades mentaux. L'une des raisons en est la manière dont l'adhésion a été définie en tant que problématique inhérente à certains groupes de population, voire - autre possibilité - en tant que difficulté individuelle.

Pour ce qui est de la considération la plus générale, certains patients - les personnes âgées, les psychopathes, les SDF, les alcooliques, les toxicomanes, ...sont considérés comme appartenant à une population caractérisée par une adhésion de mauvaise qualité. Une partie de la littérature scientifique conforte l'idée que l'appartenance à l'un de ces groupes sociaux puisse être un élément de prédiction de mauvaise adhésion, et l'opinion publique renforce cette opinion. On a pu lire dans diverses revues médicales que les nouveaux traitements antipsychotiques avaient peu de chances de fonctionner pour les sans-abris ou les toxicomanes, non pas parce que ceux-ci n'auraient pas accès, mais parce qu'ils n'adhérait probablement pas à la prise régulière nécessaire des médicaments.

Sur un plan plus individuel, il est intéressant de noter que l'engagement des services de soin dans la responsabilisation des individus peut avoir des effets inattendus. De nombreuses années d'activisme lié à la maladie mentale ont ébranlé la conviction du corps médical selon laquelle les patients sont les objets passifs de la maladie. Cependant, comme je l'ai suggéré plus haut, la reconnaissance du fait que les patients ne sont justement pas de simples objets passifs a permis l'expansion d'idéologies liées à la « responsabilité individuelle » dans le champ du traitement psychiatrique. Un exemple frappant de la force avec laquelle le concept de responsabilité individuelle a marqué la prise en charge de la maladie mentale est la manière dont le corps médical tend à parier de l'échec du traitement psychotrope. L'expression « l'échec du patient à prendre correctement ses médicaments » est monnaie courante

**Abécédaire de Michel Foucault**Stéfano Leclercq (dir.)  
Collection Abécédaire  
Librairie Philosophique J. Vrin,  
21 €

Ce premier volume de la collection Abécédaire propose une initiation à la pensée de Michel Foucault. Il ne tente pas d'exprimer une œuvre par un ensemble de formules à retenir, mais il espère plutôt inciter et stimuler la lecture d'une œuvre complète et riche. Parmi les notions présentées ici par ordre alphabétique, on trouve : animalité, archéologie, asile, corps, désir, enfermement, folie, homosexualité, Khomeyni (Foucault et la révolution iranienne), liberté, Ménines, politique, Solidamosc, technique, et bien d'autres, qui recouvrent l'ensemble de l'œuvre foucauldienne.

parmi les médecins et autres membres du corps médical. Cette expression, qui montre à quel point il est devenu tout naturel dans le système de soins de faire peser un poids de responsabilité exagéré sur les épaules du patient, est le résultat logique de la non adhésion du point de vue des soignants. Bon nombre d'entre eux font plus confiance à l'effet thérapeutique présumé de médicaments difficiles à prendre, aux effets secondaires importants et à l'efficacité limitée, qu'aux patients eux-mêmes.

Face à une telle évolution de la société de consommation, il est d'intérêt vital pour les malades mentaux d'avoir accès à des informations adaptées concernant les traitements psychotropes et le concept d'adhésion, informations éventuellement non conformes à des modèles basés sur l'économie de marché. A cet égard, les associations d'usagers et de familles ont une importance cruciale de par la défense d'une thèse sur l'adhésion qui ne rend pas les patients systématiquement responsables de l'échec de la médication et qui revendique des traitements plus efficaces, plus faciles à suivre et donnant lieu en définitive à une stabilisation durable.

Cependant ces associations n'insistent pas assez sur l'influence des facteurs structurels dans un tel contexte. Comme plusieurs chercheurs l'ont montré, ce ne sont pas tant les croyances ou le mode de vie du malade mental qui influent sur l'adhésion, mais plutôt ses possibilités d'accès aux soins.

Mon but est ici de montrer que le concept d'adhésion n'est pas neutre. Il s'agit au contraire d'un concept qui comprend des opinions politiques déterminées concernant les patients, leur rôle et leurs responsabilités eu égard à leur santé. Les entreprises pharmaceutiques se faisant concurrence pour développer des médicaments qui se vendent, il est probable que la prise des psychotropes va se simplifier. Ainsi, il est probable que la notion d'adhésion perdra de son importance à l'avenir. Cependant, nous devons prendre garde à ce que le grand nombre de malades mentaux qui appartiennent aux milieux défavorisés ou à d'autres groupes marginalisés - des personnes dont le pouvoir de consommation est extrêmement réduit, quoi qu'ils puissent en dire certains - ne soient pas exclus de l'accès et de l'adhésion aux nouveaux traitements. Pour ce faire, nous devons nous assurer en premier lieu que les médicaments soient accessibles à l'ensemble des malades mentaux, quels qu'ils soient et quelle que soit leur aptitude à payer et à se comporter en consommateurs modèles ». ■

Jérôme Palazzolo\*, Virginie Morel\*\*, Blandine Chermette\*\*

\*Psychiatre Hospitalier,  
\*\*Internes DES en Psychiatrie  
Centre Hospitalier Sainte-Marie, Réseau ERASM,  
87 avenue Joseph Raybaud, BP 1519, 06009  
Nice cedex 01



**Vous pouvez consulter l'intégralité  
de nos éditions, vous abonner  
ou consulter nos archives sur notre site  
[www.nervure-psy.com](http://www.nervure-psy.com)**

En vente dans les librairies (diffusion PUF), à l'Ined et par correspondance : Ined, 133, boulevard Davout, 75980 Paris Cedex 20, Tél.: 01 56 06 20 00. Fax : 01 56 06 21 99

# NERVURE

JOURNAL  
DE PSYCHIATRIE

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

## LE CENTRE HOSPITALIER SAINT-JEAN DE DIEU

ETABLISSEMENT PRIVÉ PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

recherche

### un PSYCHIATRE à Temps Plein

pour compléter l'équipe médicale du secteur 22G05 (4ème poste)  
à SAINT-BRIEUC (Préfecture des Côtes d'Armor)

#### • Activités de secteur :

CMP, hospitalisation plein temps, CATTP, hôpital de jour.

#### • Activités intersectorielles possibles :

urgences et psychiatrie de liaison au CHG voisin.

Poste offert au choix des PH ; possibilité CCN 51

#### Pour tout renseignement merci de contacter :

Dr Philippe Carrière (chef de service)  
Centre St-Benoît Menni - 8 rue Charles Pradal  
22000 Saint-Brieuc  
Tél : 02 96 77 27 10  
email : p.carriere@hopital-sjd-lehon.asso.fr

## LE CENTRE HOSPITALIER DE TULLE (CORRÈZE)

Recherche pour compléter son équipe

UN PSYCHIATRE TEMPS PLEIN CHEF DE SERVICE  
(secteur adulte)

Poste à pourvoir immédiatement

\*\*\*

Pour tout renseignement, contacter :

Mr le docteur BALESTE ou Mme le docteur JOUVE  
Psychiatres  
Tél. : 05 55 29 79 85  
Mr EYMET, Directeur  
Tél. : 05 55 29 80 13

## LE CENTRE HOSPITALIER DU GERS



Etablissement public de santé départemental,  
10 rue Michelet, 32008 AUCH Cedex

### RECRUTE

⑭ Un Praticien Hospitalier (PH) à temps plein spécialisé  
en psychiatrie pour l'un de ses secteurs de **psychiatrie  
adulte** (équipe de 5 PH psychiatres à temps plein)

⑭ Deux PH à temps plein et un PH à temps partiel  
spécialisés en **psychiatrie** pour son **secteur de  
psychiatrie infanto-juvénile** (équipe de 5 PH à temps  
plein et temps partiel)

Pour tout renseignement sur ces postes qui seront publiés  
dans le cadre du tour de recrutement 2005

(mars - avril 2005) et à pourvoir à compter de l'été 2005 :

- Monsieur Patrick PROT, Directeur du Centre Hospitalier du Gers,  
tél. : 05.62.60.65.10 ; e-mail : p.prot@ch-gers.fr

- Monsieur le Docteur Michel LAVERGNE, Président de la CME,  
tél. : 05.62.60.66.46 ; e-mail : m.lavergne@ch-gers.fr

## LE CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX (Finistère)

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

### Recherche

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

Adresser candidature et CV à :

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

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

### LIVRES

#### La psychanalyse de Freud (1913)

Pierre Janet  
Introduction de Serge Nicolas  
L'Harmattan, 13,20 €

Ce texte de Pierre Janet (1859-1947) contre la psychanalyse n'a jamais été réédité jusqu'ici. Pierre Janet a profité de l'occasion qui lui est donnée à Londres lors du XVII<sup>e</sup> Congrès international de médecine pour présenter un rapport critique sur la psychanalyse freudienne. Même si Freud n'est pas toujours présent à cette manifestation, la lecture du texte de Janet, qui eut lieu le 8 août 1913, fut froidement accueillie par certains participants tels Jung et Jones. Il s'agit bien d'une attaque en règle contre la psychanalyse de Freud à laquelle s'adonne Janet. Il y insiste surtout sur le fait qu'elle n'est pas une science novatrice puisque c'est de l'analyse psychologique que dérive la psychanalyse. La grande différence réside en ce que la psychanalyse implique l'interprétation des dires du malade dans le sens du dogme freudien : la sexualité est au fond de tout. La psychanalyse croit qu'il suffit de découvrir le souvenir traumatique qui est à la base des maladies mentales, pour que celles-ci soient guéries ; mais il n'en est pas toujours ainsi et il peut n'être pas sans inconvénient de trop attirer l'attention des malades sur des idées obsédantes auxquelles on donne toujours un caractère sexuel. La dernière partie du livre présente la réédition d'un texte peu connu de Freud, sur la psychanalyse, datant de la même époque (1913).

#### Toxicomanie et conduites addictives

Dan Véléa  
Heures de France

A côté des toxicomanies classiques - héroïne, cocaïne, cannabis, alcool -, et des drogues de synthèse - ecstasy, LSD, kétamine, GHB, PCP... ce livre aborde les nouvelles addictions sans drogues : internet, jeux vidéo, addiction sexuelle, addiction au sport.

Un bref historique précède le détail des présentations des différentes drogues et de leurs effets, tant somatiques que psychiques, et des modalités de prise en charge.

L'ouvrage est complété par une liste des centres de soins en toxicomanie, des centres de documentation (CIRDD) et des revues spécialisées.

Une liste des sites Internet représente une aide efficace pour la recherche des données sur les conduites addictives.

#### Comprendre et soigner la boulimie

Colette Combe  
Préface de Laurent Morasz  
Dunod

Colette Combe se demande comment les désirs boulimiques peuvent mener à l'installation d'un trouble de la conduite alimentaire de plus en plus préoccupant, évoluant par crises et s'associant parfois à des vomissements ou à un excès de poids. Elle est amenée alors à se questionner sur les logiques psychosomatiques de cette transformation du désir en acte et interroger l'éventuelle fonction du secret dans la conduite boulimique et son expérience d'enkystement, en se retournant vers les raisons du lien entre clandestinité et résistance. La boulimie semble avoir quelque chose à voir avec les origines primitives des émotions et vécus humains. L'auteur se tourne donc vers ce qui, dans les mythes, les contes et les textes du sacré en parle, afin de faire dialoguer le travail de symbolisation de ces récits et ce qui se véhicule d'un autre travail de symbolisation, quand se met en place une véritable situation de rencontre clinique autour des problématiques boulimiques.



Amiens, capitale de la Picardie  
à 1h15 de PARIS et de LILLE

## Le Centre Hospitalier Philippe Pinel recherche

### PSYCHIATRES

Conventions avec le C.H.U. d'AMIENS.

Développement de l'H.A.D., nombreux C.A.T.T.P. et hôpitaux de jour, C.M.P.

Volonté de soutenir tout projet innovant et plan de formation dynamique.

Toutes les possibilités statutaires peuvent être étudiées, notamment avec Confrères libéraux et/ou les généralistes.

Contact : 03.22.53.47.02

## L'Association Rénovation

RECRUTE POUR SON  
CENTRE DE SANTÉ MENTALE INFANTILE

1 médecin Psychiatre H/F à mi-temps en CDI  
Poste à pourvoir le 01/03/2005

Adresser lettre de motivation et CV à :  
Professeur Manuel BOUVARD, Médecin Directeur  
246 avenue du Général de Gaulle  
33290 Blanquefort  
Tél. : 05 56 95 07 54 • Fax : 05 56 95 07 29  
E-mail : csmi@renovation.asso.fr

## Pourquoi cet appel à projets ?

Les épisodes dépressifs sont plus fréquents en population générale, les troubles psychotiques également, le risque suicidaire est accru, le nombre d'hospitalisation sous contraintes a fortement augmenté au cours de ces dix dernières années. Ces indicateurs, mis en parallèle avec la rupture des liens sociaux et familiaux, les exigences de performances notamment dans l'environnement professionnel, la précarisation, reflètent une détérioration de la santé mentale d'une partie grandissante de la population.

Parallèlement la politique de santé mentale des deux décennies s'est traduite par une réduction importante du nombre de lits d'hospitalisation, du temps de travail et des personnels dans les hôpitaux et services psychiatriques. De fait, les malades vivent de plus en plus hors des murs de l'hôpital. Or, le dispositif actuel d'accompagnement, dans la cité, des adultes atteints de troubles psychiques ne répond que partiellement à cette situation. En effet, l'insuffisance de réponses adaptées et variées alternatives à l'hospitalisation, l'absence fréquente de coordination entre les différents acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ne favorisent pas la mise en place d'une prise en charge cohérente.

Par ailleurs, le discours alarmiste des médias relatant certains faits divers contribue à entretenir le tabou autour de la maladie psychique et de l'environnement psychiatrique.

Dans ce contexte, la Fondation de France encourage les initiatives qui proposent une prise en charge des adultes atteints de troubles psychiques. Ces projets innovants sont fondés sur un travail d'accompagnement concerté entre le médical, le social et le médico-social. Ils associent les usagers et leur famille. D'autre part, la Fondation de France souhaite promouvoir des actions qui visent à déstigmatiser la maladie psychique.

## Quelles sont les initiatives concernées ?

L'appel à projets s'adresse aux équipes soignantes, médicales et médicosociales, aux associations, aux collectivités locales.

Les initiatives attendues sont variées. Ce sont, par exemple :

- Les structures d'accueil, d'hébergement et d'habitat : lieux de vie, logements regroupés, appartements associatifs, accueil de jour... Ces solutions offrent un accompagnement sanitaire et social qui permet aux personnes de vivre à domicile de façon autonome en évitant la rupture des soins, l'isolement et la désocialisation. Les offres d'accueil plus souples favorisent une ouverture vers l'extérieur pour les usagers et contribuent au répit des familles ;
- Les actions de prévention et de soins : lieux d'information, d'écoute, ces initiatives permettent d'orienter les personnes fragilisées et leur familles vers les structures de soins, les réseaux de prise en charge, et de gérer les situations de crise, notamment la non demande de soins des personnes concernées ;
- Les actions de sensibilisation et de formation : elles visent à déstigmatiser la maladie psychique auprès du grand public, des élus, du monde du travail... à soutenir les bénévoles et les professionnels dans leur activité d'accompagnement, notamment les travailleurs sociaux, les familles d'accueil, les intervenants à domicile, les services de tutelles...;
- Les projets de nature à soulager l'entourage du malade
- Les projets s'adressant au public cumulant situation d'exclusion et troubles psychiques graves ...

# Appel à projets 2005 de la Fondation de France

## Maladies psychiques et vie sociale

### Quelles sont les modalités de soutien de la Fondation de France ?

Le soutien de la Fondation de France peut concerner, le démarrage du projet, sa consolidation ou son développement.

L'aide pourra être apportée sous la forme d'une subvention ou d'une aide méthodologique par le biais de chèques consultants.

Elle est déterminée en fonction des besoins du projet et peut porter sur :

- les investissements matériels ;
- un appui au fonctionnement lors du démarrage du projet ou à l'occasion de son développement ;
- la formation des intervenants bénévoles ou salariés ;
- les actions d'évaluation, d'échanges ou de transferts de savoir-faire entre services.

### Critères de sélection des projets

Cet appel à projets concerne les pathologies lourdes invalidantes et évolutives de l'adulte : psychoses délirantes chroniques, troubles obsessionnels graves, troubles bipolaires...

Les projets seront analysés à la lumière des critères suivants :

- analyse préalable des besoins et du contexte local ;

- expérience de la structure ou de l'équipe porteuse du projet ;
- inscription du projet dans son environnement ;
- collaboration effective entre les différents acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;
- cohérence et réalisme du projet, l'objectif étant de résoudre des difficultés ;
- rencontrées au quotidien par les personnes, les familles et/ou les professionnels ;
- mobilisation effective autour du projet (réflexion d'équipe, concertation des professionnels et de l'entourage) ;
- démarrage de bilan / évaluation envisagée ;
- pérennité des actions ;
- capacité du projet à être reproduit.

La Fondation de France souhaite que les actions dépassent le seul champ de la santé et prennent en compte les besoins sociaux et environnementaux des personnes. De même, les projets portés par le secteur social doivent s'articuler, de façon étroite, avec la prise en charge sanitaire. Sont exclus de cet appel à projets : le fonctionnement régulier des structures, notamment l'acquisition de moyens logistiques, les formations diplômantes, les activités occupationnelles, les actions de sensibilisation et de prévention en direction des 16-25 ans.

## Composition du dossier

- **Identification :**
    - nom, coordonnées et raison sociale de la structure porteuse du projet,
    - présentation succincte de l'ensemble de ses activités,
    - coordonnées du responsable du projet.
  - **Présentation :**
    - titre du projet, objectifs, lieu d'intervention, durée,
    - état des lieux : contexte, réflexions préalables au projet,
    - description concrète de la mise en place et du déroulement du projet,
    - moyens humains mis en œuvre,
    - partenariats et collaborations sollicités,
    - montant et objet de la subvention demandée.
  - **Budget du projet :**
    - budget prévisionnel (fonctionnement et investissements),
    - plan de financement, autres financements sollicités acquis ou non.
  - **Bilan-évaluation :**
    - description des actions prévues pour mesurer l'impact du projet,
    - éventuels prolongements du projet (extension, reproductibilité, etc).
  - **Pour les associations :**
    - statuts, parution au Journal Officiel, composition du conseil d'administration,
    - rapport d'activités, bilan et compte de résultat de l'année précédente,
    - budget prévisionnel global de l'année en cours.
- Les dossiers complets seront adressés par voie postale en double exemplaire à : Fondation de France, Sandra Doham, Programme Maladies psychiques et vie sociale, 40 avenue Hoche, 75008 Paris.

## REVUES

### Pouvoirs

Sud/Nord n°20  
Erès, 19 €

Ce numéro se penche sur les pouvoirs en général, mais aussi sur le pouvoir psychiatrique en particulier à travers Franco Basaglia et Michel Foucault.

La polysémie du mot pouvoir, verbe actif devenu substantif, ouvre de vastes horizons : des innombrables possibilités au pouvoir absolu des totalitarismes, de ce que peut l'homme qui se construit au pouvoir du dictateur qui détruit, de l'impuissance à la toute-puissance, des potentialités aux potentats, de la volonté de puissance à l'impuissance de la volonté, du pouvoir-faire indispensable à la vie au pouvoir pour le pouvoir, en passant par le goût du pouvoir, la pulsion d'emprise, les pouvoirs du fondé de pouvoir, les pouvoirs de la séduction, le pouvoir de l'amour, l'organisation des pouvoirs, le pouvoir des mots...

## Sélection des projets

Après instruction, les projets, qui peuvent être reçus tout au long de l'année, seront examinés par un comité d'experts qui se réunira trois fois dans l'année. Le montant de l'aide attribuée sera fixée au cas par cas. Il tiendra compte de l'enveloppe globale affectée à cet appel à projet, de l'appréciation des besoins exprimés, de la faisabilité du projet et de l'adéquation au projet du budget présenté. La réponse sera communiquée par écrit à l'issue des réunions du comité. ■

### L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ DE MAISON BLANCHE SERVICE DE SOINS INTERSECTORIEL - ADDICTIONS ET PSYCHIATRIE

#### « La Terrasse »

222 bis rue Marcadet, 75018 Paris

#### RECHERCHE

#### Praticien hospitalier à temps partiel

#### MISSIONS DU POSTE

- Consultations, entretiens, prescriptions
- Participation aux réunions de synthèse hebdomadaire
- Participation au bilan d'activité du service

#### COMPÉTENCES REQUISES

- Bonne connaissance de la clinique psychiatrique
- Intérêt pour le travail en équipe
- Possibilité d'enseignement et de recherche

PRISE DE FONCTIONS : le plus rapidement possible

#### CONTACTER

Docteur Jacques Jungman, Chef de Service  
Tél. 01 42 26 03 12



## Etablissement privé de post cure psychiatrique

implanté dans les Pyrénées Orientales

### recherche

## MÉDECIN PSYCHIATRE salarié

Pour développer un projet innovant incluant une coopération avec le secteur privé et public :

- mettre en œuvre et coordonner le projet thérapeutique
- organiser et animer une équipe pluridisciplinaire
- participer au projet architectural (reconstruction totale de la structure)
- participer à la montée en charge d'expansion de lits
- possibilité d'activité libérale complémentaire

\*\*\*\*

Merci d'adresser lettre de candidature + CV + photo  
à Madame la Directrice  
Sensévia

17 avenue Dr Cunnac, 66340 Osseja



## Association Hospitalière DE BRETAGNE

### L'ASSOCIATION HOSPITALIERE DE BRETAGNE

COTES D'ARMOR (22)

Gestionnaire du Centre Hospitalier de Plouguernevel  
Participant au Service Public Hospitalier

#### Recherche

## PSYCHIATRES TEMPS PLEIN

- 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 ou 10.65 (Affaires médicales)  
Fax 02.96.36.03.24  
e-mail : direction.generale@ahbretagne.com

## CLINIQUE PSYCHIATRIQUE À ORLÉANS

Accès facile par autoroute ou train (1 heure de Paris)

### recherche

## PSYCHIATRES

**Statut :** Salarié, Cadre, en CDI temps plein ou temps partiel  
77 lits de psychiatrie générale (dont 7 lits de courte durée)  
Possibilité d'installation en libéral parallèlement

#### CV à adresser au

Dr BADIN - Clinique Belle Allée  
24 route d'Orléans - 45380 Chaingy  
ou tél. 02 38 46 66 64

**LIVRES****La folie, un bienfait pour l'humanité**

Serge Tribolet

Collection humanités

Editions de Santé

Imaginons que nous nous rencontrions avec l'auteur pour parler de son nouvel essai. Une folie ? Pourquoi pas. Enfin, une façon de faire qui ne serait pas seulement journalistique... Une sorte de dialogue imaginaire donc, dans l'esprit du sujet, enfin dans la démesure du possible. Où est la réalité ? Qu'est-ce

qui aujourd'hui, est virtuel et qu'est-ce qui ne l'est pas ? Toute ressemblance avec des personnages existant vraiment, n'est ainsi ni fortuite, ni volontaire, ni involontaire.

*Ch. P.* : Votre énergie est peu commune... Psychiatre, Praticien hospitalier à Maison Blanche, titulaire d'un DEA de psychanalyse, Doctorant en philosophie à la Sorbonne, enseignant et animateur d'émissions spécialisées à la radio, vous avez, en quelque sorte, plusieurs vies. C'est comme si vous arriviez à les vivre en parallèle, de front, sans craindre ni manquer de déranger...

*Serge Tribolet* : L'audace ne me fait pas défaut. La liberté de penser, non moins. Il n'y a qu'à lire mes « *humeurs* » dans *Nervure*... Dire que la folie est « *un bienfait pour l'humanité* » implique naturellement de s'exposer, ce que suppose le fait d'être lu comme le fait d'avoir quelque chose à dire.

*Ch. P.* : Cette fois, vous faites œuvre d'essai, au cœur du monde psychiatrique, mais aussi à destination d'un large public. Pourquoi cette critique parfois virulente des surdités ambiantes ? Quel message voulez-vous faire passer ? Pas seulement le conflit des an-

ciens et des modernes ? La guerre des nerfs, entre les savants pas si sages et les fous pas si fous ?

*S. T.* : J'invite, en l'argumentant du mieux possible, la philosophie et la théologie à voler au secours d'une logique psychiatrique exsangue.

*Ch. P.* : C'est avec talent, que vous conjuguez rigueur et liberté. Souvent incisif, nul ne pourrait vous reprocher une quelconque langue de bois... À la fois érudit, inventif et travailleur, loin des consensus... C'est comme s'il fallait pousser votre sujet d'étude jusque dans ses retranchements, au risque d'excès (-der) ?

*S. T.* : Sus au délit général de surdité et vive l'univers philosophique ! Ce travail suit l'idée, en devenant, que la déraison s'élève au-dessus de la pensée commune, de manière féconde... « *Ceux qui déraisonnent raisonnent encore, mais n'ont pas les mêmes raisons* » (Aristote).  
*Ch. P.* : A chacun sa vérité ? Entre la folie du pamphlet et la sagesse du livre de chevet...

*S. T.* : Comment penser, sans une profonde remise en question, les « *bienfaits de la folie lorsqu'elle est don divin* » ? En outre, pensez-vous que la psychanalyse ait quelque chose à nous apprendre sur l'âme ?

*Ch. P.* : Hum... Vous dites bien, non sans savoir où vous mettez la plume, que « *La psychanalyse n'est pas un horizon indépassable* »... Pourquoi pas...

*S. T.* : C'est la mutité de la pensée freudienne sur certaines questions essentielles qui m'a conduit vers les philosophes, depuis l'antiquité, si actuelle de Platon et Epicure jusqu'à Sartre et Wittgenstein, en passant par Kant, Leibniz et bien sûr Nietzsche...

*Ch. P.* : Je vous cite (p. 216) « *Comme si la psychiatrie devait ne plus s'occuper que d'épidémiologie, d'économie, de thérapeutique et d'effets indésirables... Osons parler aujourd'hui de l'Être, de l'âme, de la raison pure. Il n'y a rien là d'hérétique ! Osons parler du sublime en psychiatrie. Ce sera un bienfait pour la folie* »... Pensez-vous qu'il est encore possible d'échapper à la logique psychiatrique ?

*S. T.* : J'envisage, par exemple, aujourd'hui la question de l'hallucination au regard de trois systèmes philosophiques, ceux d'Epicure, Leibniz et Kant... Les concepts pour penser la folie doivent aujourd'hui être à chercher dans les domaines de la métaphysique et de la théologie.

*Ch. P.* : Réfléchir encore et toujours, avec le miroir philosophique ?

*S. T.* : Un bienfait fou pour l'humanité... D'ailleurs, mon livre est dédié à Antoine Roquentin... Et puis, il y a cette citation de Héraclite à la fin de la préface de Gilbert Romeyer Dherbey (professeur émérite à la Sorbonne) : « *Les confins de l'âme, tu ne les découvriras pas à la marche quelque chemin que tu arpentés, si profonde est la parole qu'elle détient !* »...

*Une interview imaginaire, réalisée sans l'accord de l'auteur, par Christophe Paradass.*

**L'Entretien en Thérapie Comportementale et Cognitive**

Christine Mirabel-Sarron et

Luis Vera

2ème édition

Dunod, 22 €

Les thérapies comportementales et cognitives constituent des approches thérapeutiques de plus en plus fréquemment utilisées. Pour être efficacement utilisées dans ce type de pratique clinique, l'entretien nécessite d'être compris dans sa structure, son emploi, et ses conséquences. Cet ouvrage retrace donc la genèse des entretiens comportementaux et cognitifs. Il détaille leur spécificité et décrit leur maniement en psychothérapie chez l'adulte, chez l'enfant et dans le cadre des groupes. Les auteurs analysent, nettement, les différentes étapes chronologiques de l'entretien : prise de contact, évaluation basée sur l'analyse fonctionnelle, élaboration du contrat thérapeutique. Illustré de nombreux exemples cliniques concrets, ce livre s'adresse aux praticiens désireux de disposer d'un outil synthétique. Cette deuxième édition, entièrement mise à jour, est notamment enrichie de la présentation des échelles et entretiens de motivations.

## LIVRES ET REVUES

## Comprendre et soigner l'enfant en échec scolaire

Maurice Despinoy  
Dunod, 24 €

Maurice Despinoy présente, tout d'abord, les diverses conceptions de l'apprentissage et de ses échecs pour envisager ensuite trois pathologies donnant lieu à discussions : dyslexie, instabilité, retard mental. Ensuite, il décrit et analyse les principales solutions proposées en milieu scolaire et en centres de consultation. Alors que l'expérience des traitements d'enfants en difficulté scolaire contredit les thèses uniquement organicistes, les processus mobilisés par les psychothérapies et par les modifications des relations scolaires démontrent les effets des expériences relationnelles et l'intérêt d'actions conjuguées, pédagogiques et psychothérapeutiques, parfois associées à l'utilisation de médicaments. L'auteur démontre, à l'aide d'exemples concrets, la nécessité de conjuguer les actions pédagogiques et psychothérapeutiques pour traiter, au mieux, les enfants en difficulté d'apprentissage.

## Ce que nos enfants essaient de nous dire

Nicole Fabre  
Ed. Fleurus, 14,25 €

Voici un ouvrage destiné au grand public, dans lequel l'auteur tente, à partir de phrases d'enfants, de former des parents soucieux de bien faire, à l'écoute de leurs enfants. L'ambition est considérable : comment expliquer des notions comme le narcissisme, le stade du miroir, l'objet transitionnel, sans utiliser ces termes spécialisés ? On a l'impression que l'objectif est atteint. Ce livre est à conseiller par les praticiens de l'enfance à tous les parents qui se posent des questions. Il est aussi, de façon plus subtile, à conseiller aux professionnels, qui trouveront là des exemples d'explications évitant l'emploi de jargons spécialisés, mais en même temps très rigoureusement formulés.

A. Frottin

## Psychanalystes et psychiatres en France

Topique, Décembre 2004 n°88  
L'Esprit du Temps 21 €

Lors de la X<sup>e</sup> Rencontre Internationale de l'Association internationale d'Histoire de la psychanalyse, qui a eu lieu à Paris du 21 au 24 juillet 2004, la longue et complexe histoire des relations souvent passionnées entre les psychiatres et les psychanalystes a fait l'objet de communications et de débats. Les textes de ce numéro de *Topique* sont, pour leur majeure partie, issus de ces échanges mais leur quantité et leur diversité a conduit à prévoir qu'un second numéro puisse être consacré à cette histoire telle qu'elle s'est menée dans d'autres pays que le nôtre. Dans son éditorial Sophie Mijolla-Meller relève qu'actuellement en France, la psychanalyse glisse du côté de la psychopathologie clinique et perd ainsi un dialogue fructueux avec la psychiatrie. Les Rencontres de l'AIHP en mettant l'accent non pas sur l'actualité, ce qui n'est pas l'objet d'une société consacrée à l'Histoire, mais sur un passé proche ou plus lointain, permettent de resituer des enjeux importants et de rappeler que la situation était bien différente il y a quelques décennies.

## ANNONCES EN BREF

**11 février 2005.** Paris. 44<sup>e</sup> Journée française de Médecine organisée par la Société Médicale des Hôpitaux de Paris sur le thème : *Troubles Psychiatriques d'origine organique*. Renseignements et inscriptions : Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 45 quai de la Tournelle, 75005 Paris.

**11 et 12 février 2005.** Paris. Colloque « Enfants et guerres » *Violences - traumatismes - réhabilitation* id et là-bas organisé par Médecins du Monde. Renseignements et inscriptions : Médecins du Monde Service communication, 62 rue Marcadet, 75018 Paris ou nathali.lam@medecinsdumonde.net

**4 et 5 mars 2005.** Lyon. 8<sup>ème</sup> Journée Petite Enfance organisée par le Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique (CRPPC) et le Réseau International Inter-Universitaire Petite-Enfance sur le thème : *L'expérience du bébé un modèle pour le soin*. Contact : Gabriela Comte et Marie-Ange Perié, CRPPC, 5 avenue Pierre Mendès-France, 69676 Bron Cedex. Tél./fax : 04 78 77 24 90. E-mail : crppc@univ-lyon2.fr. albert.ciccone@univ-lyon2.fr. denis.mellier@univ-lyon2.fr. maya.p@free.fr. Inscriptions : Noëlle Soudy, tél. : 04 78 77 43 57 ou 04 78 77 24 90.

**5 mars 2005.** Aix-en-Provence. Conférence-débat organisée par le Centre de Pratiques Familiales d'Aix sur le thème : *La parentalité* avec Ph. Gutton, A. Green, J. Hochmann, Ph. Jeammet, J.-M. Porte et F. Richard. Renseignements et inscriptions : Centre de Pratiques Familiales d'Aix-en-Provence, 6 rue Charloun Rieu, 13090 Aix-en-Provence. Tél. : 04 42 59 64 53. Fax : 04 42 59 64 57.

**11 mars 2005.** Bordeaux. Colloque organisé par l'Institut Michel Montaigne sur le thème : *Usagers, familles et institutions : vers des partenariats plus démocratiques ?* Inscriptions : COMM Santé, 05 57 97 19 19 ou info@comm-sante.com

**11 et 12 mars 2005.** Paris. XXIII<sup>èmes</sup> Journées d'Etudes du Groupe de Recherche sur l'Autisme et le Polyhandicap sur le thème : *Quels objectifs thérapeutiques et éducatifs pour l'enfant autiste, polyhandicapé ?* Renseignements et inscriptions : Canal 55 Congrès, 17 rue Jean Daudin, 75015 Paris. Tél. : 01 56 33 97 55. Fax : 01 56 33 97 47. E-mail : congres@canal55.com.

**12 mars 2005.** Boulogne-Billancourt. 7<sup>ème</sup> Journée sur l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent organisée par l'Association Clinique des Apprentissages et le Laboratoire de Psychologie Clinique et de Psychopathologie de Paris 5 avec le concours de l'Institut de Psychologie (Paris 5) et du Journal des Psychologues sur le thème : *L'examen psychologique du jeune enfant : construction psychique et émergence du processus de pensée*. Renseignements et inscriptions : 7<sup>ème</sup> Journée Clinap, Institut de Psychologie, 71 avenue Edouard

Vaillant, Bureau 1031, 92774 Boulogne Cedex. Tél. : 01 55 20 58 22 (le vendredi de 13h à 17h). E-mail : clinap@univ-paris5.fr.

**17 et 18 mars 2005.** Lagrange. XIX<sup>ème</sup> session d'Enseignement et de Formation du Centre Hospitalier de Lagrange sur le thème : *Psychiatrie : un certain goût pour le risque...* Renseignements et inscriptions. Tél. : 04 92 65 05 97. Fax : 04 92 48 52 87. E-mail : afrepsha@free.fr.

**18 et 19 mars 2005.** Paris. 3<sup>ème</sup> Congrès de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale sur le thème : *Pour une approche pluridisciplinaire*. Inscriptions : COMM Santé, BP 33, 33360 Latresne-Bordeaux. Tél. : 05 57 97 19 19. Fax : 05 57 97 19 15. info@comm-sante.com.

**18 et 19 mars 2005.** Nantes. 16<sup>èmes</sup> Journées de l'AFERUP sur le thème : *L'urgence hors les urgences*. Renseignements et inscriptions : Service du Dr Rachel Bocher, CHU, HP Saint Jacques, Psychiatrie 5, 85 rue Saint Jacques, 44093 Nantes Cedex 1. Tél. : 02 40 84 63 00. Fax : 02 40 84 63 06. E-mail : rachel.bocher@chu-nantes.fr.

**22 et 23 mars 2005.** Nice. Colloque international organisé par les associations ANTHEA et ERASHM sur le thème : *L'enfermement : soin ? contrainte ? éducation ?* Inscriptions : Association Anthea, 7 place aux herbes, BP 219, 83006 Draguignan Cedex. Tél. : 04 94 68 98 48. Fax : 04 98 68 28 74. E-mail : anthea@post.club-internet.fr.

**24 et 25 mars 2005.** Biarritz. Congrès national organisé par l'ASPS (Association Scientifique des Psychiatres de Secteur) sur le thème : *Le trauma psychique : Médecine psychiatrie, police, justice*. Secrétariat Scientifique, inscriptions : Dr Bernard M.H. Boussat. dr.boussat@wanadoo.fr. Centre Hospitalier Côte Basque, 64109 Bayonne Cedex. Secrétariat : 05 59 44 42 32. Fax : 05 59 44 42 39.

**2 avril 2005.** Paris. XII<sup>e</sup> Journée de psychopathologie du nourrisson sur le thème : *Traumatisme et clinique précoce*. Inscriptions : ASM13, 76 ave Edison, 75013 Paris. Tél. : 010 40 77 43 40. Fax : 01 40 77 43 55. E-mail : asm13@asm13.org

**2 et 3 avril 2005.** Nîmes. Festival des auteurs Psy, des livres, leurs auteurs, des associations, des professionnels, un public, des ateliers. Renseignements : ADT3C/AFUP, Philippe Wüthrich, 16 rue Grétry, 30900 Nîmes. Tél. : 04 66 67 76 32. Fax : 04 66 21 16 28. Tél./Fax : 04 66 36 00 33.

**5 avril 2005.** Tours. Journée de Formation Continue organisée par la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine sur le thème : *L'urgence et après... Que se passe-t-il après l'urgence ?* Renseignements et inscriptions : FASM Croix-Marine, 31 rue d'Amsterdam, 75008 Paris. Tél. : 01 45 96 06 36. Fax : 01 45 36 06 05. Site : www.croixmarine.com. E-mail : croixmarine@wanadoo.fr.

**9 avril 2005.** Lyon. Rencontre sur le

thème : *Dynamique du rêve et travail du transfert*, organisée par les analystes de l'Association Psychanalytique de France (APF). Renseignements et inscriptions : Secrétariat de l'APF, 24 place Dauphine, 75001 Paris. Tél. : 01 43 29 85 11. E-mail : lapf@wanadoo.fr.

**9 avril 2005.** Aix-les-Bains. Colloque autour de l'œuvre de René Kaës, avec sa participation, organisé par le Cercle d'Etudes Psychanalytiques des Savoie, le Groupe Lyonnais, et la Société Psychanalytique de Paris. Renseignements : CEPS-SPP@netcourrier.com. Répondeur/fax. : 04 50 51 17 35. Fax : 04 79 85 34 11.

**6 au 8 avril 2005.** Paris. Troisième édition du congrès de l'ARSPG La Psychiatrie dans tous ses états sur le thème : *Des fondements de la clinique à la recherche fondamentale*. Informations sur www.arspg.net - E-mail : congres2005@arspg.net. Tél. : 01 44 24 58 85.

**25 au 8 mai 2005.** Paris. 65<sup>ème</sup> Congrès des Psychanalystes de Langue Française. Renseignements : Congrès des Psychanalystes de Langue Française, 187 rue Saint Jacques, 75005 Paris. Tél. : 01 43 29 66 70. Lundi et mercredi de 9h à 13h, mardi et jeudi de 13h à 17h. E-mail : infoCongress@spp.asso.fr. Site : www.spp.asso.fr.

**10 mai 2005.** Alger. Congrès organisé par la Société Franco-Algérienne de Psychiatrie. Renseignements : Dr Mohammed Taieb, accueil psychiatrique, Hôpital de Pontoise. Fax : 01 30 75 44 73. E-mail : mohammed.taleb@ch-pontoise.fr.

**20 et 21 mai 2005.** Marseille. Deuxièmes rencontres du Centre Hospitalier Valvert sur le thème : *Au risque de l'humour*. Renseignements et inscriptions : Mme D. Basso. Tél. : 04 91 87 68 97. Fax : 04 91 87 68 88. E-mail : dominique.basso@ch-valvert-marseille.fr. Site : www.ch-valvert-marseille.fr

**26 et 27 mai 2005.** Annecy. 16<sup>èmes</sup> Journées d'études et de formation du GERART sur le thème : *Espace psychique, espace d'habitation. Clinique et état des lieux*. Renseignements et inscriptions : Patrick Halmos, GERART, 5 rue Michelet, 92150 Suresnes. Tél./fax : 01 41 44 27 10. E-mail : garart@free.fr

**26-29 mai 2005.** Turin. 23<sup>ème</sup> Congrès International de Psychologie Adlérienne sur le thème : *Pouvoir et culture*. Inscriptions : Yannick Le Jan. Tél. : 06 80 46 80 51. E-mail : yannick.lejan@free.fr

**2 et 3 juin 2005.** Besançon. 8<sup>ème</sup> réunion annuelle de la Société Marcé sur le thème : *La demande de soins psychologiques en périnatalité. Entre sollicitude et contrainte*. Inscriptions : Dr Sylvie Nezelof, Service de Psychiatrie Infanto-juvénile, CHU Saint-Jacques, 25030 Besançon. Fax : 03 81 21 88 17. E-mail : snezelof@chu-besancon.fr

**2 au 5 juin 2005.** Saint Malo. 4<sup>ème</sup> Forum de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapie Brève. Inscription et programme disponible sur

les sites : www.cfhtb.com ou www.hypnoses.com et auprès de MCO Congrès, Christophe Schowb, tél. : 04 95 09 38 00.

**4 juin 2005.** Paris. VI<sup>e</sup> Journée d'étude sur le thème : *Psychanalyse et théorie de l'esprit. Autismes avec déficit et autismes de haut niveau*. Inscriptions : ASM13, 76 avenue Edison, 75013 Paris. Tél. : 010 40 77 43 40. Fax : 01 40 77 43 55. E-mail : asm13@asm13.org

**4 et 5 juin 2005.** Bordeaux. 4<sup>ème</sup> Colloque de la revue *L'Autre*, Journée d'étude du D.U. transculturel de Bobigny sur le thème : *Voyages, migrations, errance. Cliniques, cultures et sociétés*. Renseignements et inscriptions : Claire Mestre, Association mana, 91 cours d'Albret, 33000 Bordeaux. Tél. : 06 13 56 38 98. E-mail : claire.mestre@chu-bordeaux.fr

**10 et 11 juin 2005.** Auxerre. X<sup>ème</sup> Congrès de psychothérapie de groupe d'enfants et adolescents sur le thème : *Quel groupe et pour qui ?* Inscriptions : Centre d'information et de Recherche en Psychologie et Psychanalyse Appliquées. Tél. : 03 86 48 23 08.

**10 et 11 juin 2005.** Tours. Journées Nationales de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées sur le thème : *Lorsque l'enfant se développe autrement : autismes, retards*. Renseignements et inscriptions : J. Yzon, F. Marchaud, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Bretonneau, CHRU, 37044 Tours Cedex 1. Tél. : 02 47 47 60 94, 02 47 47 86 46. Fax : 02 47 47 82 92, 02 47 47 87 70. E-mail : p.lenoir@chutours.fr

**23 et 24 juin 2005.** Toulouse. XXX<sup>e</sup> Journées Nationales d'Etudes de l'ANPDE sur les thèmes : *la résilience* (Boris Cyrulnick), *l'allaitement maternel, la podologie, l'ortodontie, le diabète, le travail éducatif auprès des enfants, la responsabilité de la puéricultrice*. Inscriptions : CERC, 7 rue du Capitaine Dreyfus, 95130 Franconville. Tél. : 01 34 15 56 75. Fax : 01 34 13 59 76. E-mail : a.deshons@wanadoo.fr.

**25 et 26 juin 2005.** Paris. XIV<sup>e</sup> Rencontre Internationale de Champ Freudien sur le thème : *Les effets thérapeutiques rapides en psychanalyse*. Renseignements et inscriptions : site : http://ri2005.champfreudien.org - E-mail : pipol2@wanadoo.fr. Tél. : 06 13 63 00 92 (Anne Debruyne-Garnivet, Trésorière).

**20 au 22 septembre 2005.** Nice. 34<sup>e</sup> Congrès de la Fédération internationale des Hôpitaux sur le thème : *Les défis de l'hôpital : qualité, recherche et compétences*. Renseignements et inscriptions : Fédération Hospitalière de France, 33 ave d'Italie, 75013 Paris. Tél. : 01 44 06 84 44. Fax : 01 44 06 84 45. site : www.fhf.fr

**NERVURE**  
JOURNAL  
DE PSYCHIATRIE

45 €\*  
pour un an

75 €\*  
pour 2 ans

Tarif  
étudiant et internes

30 €\*  
\*supplément étranger

et DOM/TOM = 30 €/an

## Bulletin d'abonnement

### Le Journal de Nervure + La Revue

Je m'abonne pour :  1 an  2 ans

Nom :

Prénom :

Adresse :

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

Je souhaite recevoir une facture acquittée justifiant de mon abonnement.

**LIVRES ET REVUES****L'hôpital vu du lit**Jean de Kervasdoré  
Seuil 15 €

Jean de Kervasdoué, ancien directeur des hôpitaux, se livre, dans ce livre, à une charge en règle contre l'hôpital français, dénonçant son manque de productivité et aussi, parfois, de qualité. Victime en septembre 2003, à l'âge de 58 ans, d'un accident de patins à roulettes, Jean de Kervasdoué a tiré, des semaines passées à l'hôpital et dans un centre de rééducation, une observation

très critique du système hospitalier public. Tout en s'avouant « reconnaissant » d'avoir été guéri, Jean de Kervasdoué, aujourd'hui professeur au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), se déclare « furieux contre moi-même, mais aussi contre tous ceux qui continuent à prétendre que la question hospitalière n'est qu'une question de moyens. Je pense que c'est d'abord une question de sens, puis d'organisation. Faute de sens, plus de moyens donneront encore moins de résultats ! ».

Sur les nominations des médecins, il déplore que les chefs de service soient

toujours nommés par le ministre de la santé et non par le conseil d'administration de l'établissement, ce qui fait ressembler l'hôpital « plus à une rue commerçante qu'à une organisation moderne (...) ». Il critique aussi le mode de recrutement des directeurs qui, en se fondant surtout sur l'avis du maire et de la CME, « favorise les conformistes et les prudents ». Quant aux syndicats, tout en estimant qu'ils sont essentiels au fonctionnement des hôpitaux, il estime que ceux-ci défendent plus leurs intérêts que les malades ou l'hôpital lui-même. Il juge, plus généralement, que la « co-

habitation non régulée entre pouvoir médical et pouvoir syndical », est à l'origine de la « déliquescence » de l'hôpital et regrette « l'absence de confrontation » entre le corps médical et les autres employés de l'hôpital.

Jean de Kervasdoué, qui profite de son expérience pour critiquer un quart de siècle de réformes hospitalières, et qui affirme à cet égard avoir évolué dans ses points de vue, considère que l'hôpital est un univers où l'argent n'est pas compté.

Regrettant la manière dont a été appliquée la réduction du temps de tra-

vail dans les hôpitaux, déplorant en particulier que le gouvernement n'ait pas saisi l'occasion pour réduire les inégalités de dotation entre les hôpitaux, il estime que depuis trois ans « la productivité des hôpitaux publics baisse d'environ 7% par an ». Quant à la qualité, « nous ne disposons pas de mesure objective, mais rien ne laisse penser qu'elle s'améliore », ajoute-t-il en critiquant notamment la « liberté absolue » de prescription. Une liberté « aussi onéreuse que dangereuse ».

**Mort d'un bébé, deuil périnatal****Témoignages et réflexions**Dossier coordonné par Joël Clerget  
Spirale n°31, septembre 2004  
Erès, 12€

Afin d'aborder les deux faces solidaires de cet événement : la mort d'un bébé et son deuil, ce numéro de *Spirale* propose une approche à plusieurs voix. Les témoignages de parents et de professionnels répondent à l'expérience de praticiens et de chercheurs. Les prescriptions et les usages explorent la description des rites et rituels entourant la mort d'un enfant et le devenir de son corps, selon les cultures et dans les religions. L'exploration des ressorts du deuil et des fantasmes relatifs à la mort de l'enfant est aussi abordée. Conformément à l'esprit de *Spirale*, la parole est donnée aux personnes concernées par cette douleur et est envisagé comment parler de la mort d'un bébé aux autres enfants.

**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), Koupemik C. (Paris), Lambert P. (Chambéry), Loo H. (Paris), Marcelli D. (Poitiers), Marie-Cardine M. (Lyon), Mises R. (Paris), Pequignot H. (Paris), Plantade A. (Paris), Ropert R. (Paris), Samuel-Lajeunesse B. (Paris), Scotto J.-C. (Marseille), Sechter D. (Lille), Singer L. (Strasbourg), Viillard A. (Paris), Zarifian E. (Caen).**Comité francophone :** Anseau M. (Belgique), Aubut J. (Canada), Bakiri M.-A. (Algérie), Cassan Ph. (Canada), Douki S. (Tunis), Held T. (Allemagne), Lalonde P. (Canada), Moussaoui D. (Maroc), Romila A. (Roumanie), Simon Y.-F. (Belgique), Stip E. (Canada), Touari M. (Algérie).**Publicité****SUPPORTER**  
médical  
promotionRenata Laska - Susie Caron,  
54, bd Latour-Maubourg, 75007 Paris.  
Tél. 01 45 50 23 08.  
Télécopie : 01 45 55 60 80  
E-mail : info@nervure-psy.com**Edité par Maxmed**S.A. au capital de 40 000 €  
54, bd Latour-Maubourg, 75007 Paris  
Maquette : Maëval. Imprimerie Fabrègue**Directeur de la Publication :**  
G. Massé**www.nervure-psy.com**