

■ EDITORIAL

G. Massé

Il faut bien quantifier les ressources humaines

Les études de la DREES indiquent une érosion de 8% des ressources des secteurs depuis onze ans, en psychiatrie générale pour le personnel paramédical, inégalement répartie selon les zones et les métiers. Certains ont fortement diminué, comme les infirmiers, tandis que d'autres ont augmenté, comme les psychologues et les ASH. Il faut, également, prendre en compte, dans l'estimation, la diminution du temps de travail par ETP, de 10%, compensée en partie seulement. Ceci est à rapprocher de l'augmentation des files actives de 69% en onze ans. Si l'on adopte ce point de vue et qu'on considère un indice 100 pour 100 malades, en 1989, il est devenu, en 2000, 85 environ pour 160 malades, indice dépassé depuis lors. On est passé, en onze ans, d'un ratio de 1 à 0,6 environ. Autrement dit, le temps disponible en professionnel, par patient, a diminué de 45%. Le temps médical est resté stable pendant cette période, mais a beaucoup diminué, en réalité, du fait de l'effet 35 heures, de la récupération des gardes, des postes vacants mais aussi de la diminution du taux de spécialistes parmi les praticiens. Là aussi, on devrait s'approcher d'une perte de 50%. Enfin, la situation apparaît particulière en psychiatrie infantile-juvénile. Si les personnels médicaux et paramédicaux y sont restés stables et inégalement répartis, on constate la même érosion pour des raisons statutaires (personnel paramédical) et multiples (personnel médical : 10% de vacances de postes et taux croissant de non spécialistes). Un indice 100 en 1991, pour 100 patients, donne un indice 90 pour 200 patients en 2000 (probablement moins sur le plan médical). Circonstance particulièrement aggravante : le processus de désertification médicale se déroule, inexorablement, dans le secteur médico-social. Il existe, certainement, des marges d'erreur dans ces estimations, en particulier parce que

(suite page 2 ➡)

Aspects organiques du syndrome confusionnel

Historique (2, 3, 16, 19, 20)

Delasiauve est le premier à donner le nom de « *confusion mentale* » à ce syndrome dont il propose une description complète en 1851. En 1820, Georget l'avait déjà décrit sous le nom de « *stupidité* ». C'est en 1895 que Chaslin l'érige en véritable entité clinique, sous le terme de « *confusion mentale primitive* » - qu'il présente comme une psychose aiguë typique quelle qu'en soit l'étiologie, mais ce n'est qu'après 1920 qu'il en fixera, définitivement, la signification actuelle. Entre-temps, ses contemporains, Régis (et notamment Hesnard de l'École de Bordeaux), avaient précisé la description de l'onirisme, entité intimement liée à la confusion mentale, tout en soulignant l'importance des étiologies toxi-infectieuses. C'est dans ce même esprit que Chaslin avait dès 1915, abandonné le qualificatif de « *primitive* », affirmant en même temps la nature purement syndromique et l'étiologie organique du trouble. Pinel avait, initialement, insisté sur le rôle des chocs affectifs, mais Régis et l'École bordelaise avaient mis celui-ci à distance en donnant à la confusion mentale

■ FMC J. Reynes, M.J. Guedj, R. Asvazadourian

une signification étroitement toxi-infectieuse. En 1928, Porot rappelle « *qu'il y a d'autres conditions que l'imprégnation toxi-infectieuse susceptibles de troubler le comportement physico-chimique de la cellule nerveuse* », et que la confusion peut aussi relever de causes psychiatriques.

Il faut rappeler que la reconnaissance de troubles mentaux survenant dans le cadre d'affections somatiques remonte à Hippocrate sous le vocable de « *phrenitis* », et qu'au premier siècle, Celsus utilise le terme de « *delirium* » pour nommer un trouble mental apparaissant dans un contexte fébrile. Jusqu'au XIX^e siècle, c'est essentiellement cette notion de fièvre qui distinguera les manifestations psychiques d'affections cérébro-organiques de la folie proprement dite.

Dans la continuité des travaux initiés par les organiciens du début du siècle, le terme de « *syndrome confusionnel* » doit ainsi être préféré à celui de confusion mentale, rappelant que celle-ci n'est pas une maladie mais un état d'allure psychiatrique relevant a priori (mais pas exclusivement) d'une affection somatique sous-jacente. « *Delirium* » est son équivalent

(suite page 3 ➡)

Législation concernant les soins en psychiatrie aux patients mineurs

■ MÉDICO-LÉGAL A. Laurent, L. Barret

Il s'impose aux psychiatres prenant en charge des patients mineurs de bien connaître la législation les concernant. Si la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (droit d'information, consentement aux soins, modalités de consultation du dossier médical) est dans l'esprit de tous, certainement n'est-il pas inutile d'insister sur les particularités concernant les patients mineurs. Par ailleurs, des textes plus anciens précisant des notions de base telle que la définition juridique de la qualité de mineur ou l'autorité parentale sont à rappeler. Enfin, nous préciserons quelques éléments

relatifs à l'hospitalisation des mineurs. Pour bien cerner les droits et devoirs des médecins (ou plus globalement des soignants) ainsi que ceux des patients, la consultation d'un certain nombre d'ouvrages est nécessaire. Ainsi, nous référerons-nous dans cet écrit au code de la santé publique et au code civil. Le psychiatre clinicien a rarement l'occasion d'avoir accès aux articles des différents codes, aussi nous semble-t-il pertinent de les rapporter dans cet article.

(suite page 7 ➡)

■ AU SOMMAIRE

FMC	
Aspects organiques du syndrome confusionnel	p.1
MÉDICO-LÉGAL	
Législation concernant les soins en psychiatrie aux patients mineurs	p.7
HOMMAGE À	
Madeleine Monceau	p.7
MÉDECINE DU TRAVAIL	
Souffrance et harcèlement au travail	p.8
HISTOIRE	
La radiothérapie stéréotaxique à Sainte-Anne	p.10
CLINIQUE	
Le syndrome de Ganser : un paradigme de la formation du discours psychopathologique	p.12
ORGANISATION DES SOINS	
La laïcité à l'hôpital	p.15
LITTÉRATURE	
Harry Potter, entre quête et destinée	p.16
ÉTHIQUE	
Le psychiatre et le pouvoir	p.19
ANNONCES PROFESSIONNELLES	p.20
ANNONCES EN BREF	p.22

La radiothérapie stéréotaxique à Sainte-Anne

■ HISTOIRE O. Missir

Avant les années 1950, le traitement par la neurochirurgie classique des lésions cérébrales profondes ou trop proches des structures sensibles était grevé d'importants échecs ou d'issues fatales. C'est à cette époque que fut conçue et réalisée une autre chirurgie du cerveau, plus précise et moins dangereuse, basée sur des coordonnées géométriques dans les trois plans de l'espace.

Les premiers travaux expérimentaux de repérage stéréotaxique avaient été réalisés sur le singe par Horsley et Clarke dès le début du XX^e siècle (1908). Après avoir repéré géométriquement le cervelet par rapport à la boîte crânienne ils avaient adapté un appareillage permettant d'atteindre et de détruire les noyaux cérébelleux à l'aide d'électrodes.

Chez l'homme, le premier cadre stéréotaxique fut conçu par A.T. Mussen, à Montréal, en 1918, mais ne fut pas utilisé par la suite car il n'existait pas de système de référence permettant, quelles que soient la

forme et la dimension des cerveaux, de repérer les structures profondes : il fallait un matériel très fiable permettant une localisation précise des structures cérébrales, associé à une imagerie radiologique sans défaut pour accéder à la « *cible* » sans léser les tissus avoisinants.

Les premiers travaux

Jean Talairach s'est attelé à la tâche dès l'année 1945 à l'Hôpital Paul Brousse où il fit sa première intervention en 1948. Mais c'est à l'hôpital Sainte-Anne, sous l'égide du Professeur Marcel David, qu'il put mener à bien son œuvre. Pour cela, il devait pouvoir disposer de cerveaux sains, les formoler, les fixer sur des socles rigides, leur implanter différents repères et les radiographier.

(suite page 10 ➡)

NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

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

www.nervure-psy.com

LIVRES ET REVUES

Emotion et traumatisme *Le corps et la parole*

Sous la direction d'Eliane Ferragu
Masson 26,50 €

Ce livre aborde l'annonce du diagnostic d'une maladie grave, le stress post-opératoire de la personne âgée, les traumatismes psychiques, la réanimation et la reconstruction post-traumatique à long terme, etc., en établissant le lien essentiel entre le corps et la parole. Une deuxième partie présente deux chapitres d'enseignement qui reprennent le thème de l'impact de la parole dans le soin et celui de l'urgence.

Avec la collaboration de J.-P. Boulenger, H. Brocq, S. Chabee-Simper, I. Chaudieu, P. Colson, M. Dousse, C. Grenier, F. Lebigot, R. Sirven, P. Vidal.

Un « tabou » nommé Alzheimer

2^{ème} édition

Huguette Dréra et Patrice Bocker
Ellipses

Tout au long de ce parcours que constitue la maladie d'Alzheimer, le couple « famille-malade » vit dans une situation instable. Il faut, non seulement, comprendre de façon réaliste les besoins et les capacités restantes du patient, mais aussi faire attention à ses propres besoins et à ses propres limites. On ne peut jamais dire exactement quelle serait la meilleure façon de s'occuper de son malade, parce que l'amour et la vie défient tout ce qui peut être dit. L'essentiel serait, peut-être, d'apprendre à vivre juste « une seule journée à la fois » afin d'apporter pendant chacune d'elles la confiance, l'honnêteté et l'amour qui redonnera un sens à la vie, car on sait combien la maladie d'Alzheimer peut détruire cette capacité de vie.

Ce livre est une expérience associative dont le but est d'accompagner dans cette « souffrance au quotidien » afin de faire que, pour une dignité commune, aucun malade, même lorsque son esprit sera parti bien avant le corps, ne puisse être abandonné à sa solitude, qu'il trouve toujours à sa portée quelqu'un qui « soit à la hauteur » du respect de vie.

Enfance

Vol 56, 2004 n°4
PUF 22 €

Pour son numéro 4/2004, la revue *Enfance* consacre deux de ses articles à la période d'âge comprise entre 8 et 10

ans. Cette période a été longtemps négligée dans l'étude du développement de l'enfant. Pourtant le développement ne s'arrête pas à 3 ou 4 ans, et nombre d'évolutions sont alors à peine entamées. Mieux connaître cette période est crucial pour l'éducation comme pour l'enseignement et représente un enjeu majeur pour comprendre le passage à la pensée adulte.

Nadia Gauducheau et Frédérique Cuisinier en donnent un exemple. Dans leur article « *Les états mentaux d'autrui lorsqu'il interagit* », elles proposent de prolonger les travaux sur la compré-

hension des intentions au-delà de la période de 3 à 5 ans, classiquement étudiée.

Les intentions sont les ressorts des comportements, ils permettent de les expliquer, voire de les anticiper.

Lors de l'observation de personnes en interaction, les enfants extraient-ils des informations concernant les états mentaux des personnes qu'ils observent ? Quelles sont les bases sur lesquelles se fondent ces jugements ?

On perçoit en lisant cet article que les observables restent à 8-10 ans des bases très importantes d'inférences sur les ino-

bservables que sont les intentions, les buts, les opinions, etc.

Un autre intérêt pour la période de 8-10 ans, se focalise sur l'étude par Béatrice Coutelet et Jean-François Rouet, des stratégies efficaces de recherche d'information : « *Apprendre à chercher dans un texte* » : voilà sans doute une clé intéressante au-delà de la période visée.

L'article de Florence Bara, Edouard Gentaz et Pascale Colé est centré sur l'apprentissage de la lecture. Sous le titre « *Les effets des entraînements phonologiques et multisensoriels destinés à fa-*

voriser l'apprentissage de la lecture chez les jeunes enfants », les auteurs montrent l'impact d'un apprentissage où sont alliés éléments visuels, auditifs et tactiles dans l'accès à la lecture.

Amélie Seidah, Thérèse Bouffard et Carole Vezeau abordent les perceptions de soi à l'adolescence. Elles évaluent le rôle de l'apparence physique, de la compétence scolaire, de la compétence sociale dans cette appréciation selon que l'on est une fille ou un garçon, et montrent que l'apparence est moins impliquée qu'on ne le croirait.

Il faut bien quantifier les ressources humaines

des ressources additionnelles ont été apportées en dehors de l'activité de secteur (urgences et crise, adolescence, suicide, précarité, détenus, etc.), mais il faut rappeler que le seul plateau technique de la psychiatrie est son temps disponible de professionnels. Il n'existe aucune substitution technologique possible. Même si cela n'explique pas tout, cet aspect est certainement un élément participant de l'expérience actuelle de crise globale. Cette pression sur le temps augmente l'insécurité par le risque d'erreur clinique et organisationnelle, raccourcit le temps de consultation et augmente le délai d'accueil, espace les rendez-vous. Elle réduit fortement le temps interstitiel de formation, de recherche, de réseau et de rencontres constitutifs de la psychiatrie de liaison. ■

dans le DSM IV, même si certains auteurs considèrent ce dernier comme une forme particulière du syndrome confusionnel.

Sémiologie (1, 2, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 18, 20)

• Mode d'installation

Des prodromes sont possibles : céphalée (intense, pénible et gravative selon Régis), asthénie, mais aussi dysomnie et cauchemars. Des troubles de l'humeur et du caractère sont possibles, à type d'anxiété, d'irritabilité voire d'excitation.

Parfois, l'entourage sera alerté par la survenue d'actes ou d'idées saugrenues chez le patient.

Le plus souvent, le début est brutal, au réveil ou en fin de journée, avec une symptomatologie d'emblée importante. Le tableau clinique complet s'installe habituellement en 3 jours. Le syndrome confusionnel est aigu, transitoire et réversible.

Il existe une tendance à la fluctuation de la symptomatologie tout au long de la journée.

• Présentation et comportement moteur

La relation avec le patient confus est particulière. Le clinicien ressent une impression d'inadéquation à la situation présente, ce qui donne au contact

Aspects organiques du syndrome confusionnel

sa qualité originale « d'épaisseur, de vague et de flou » décrite par Ey. La tenue du patient est souvent débraillée ou négligée. Sa mimique, figée, est caractéristique : l'air lointain ou absent, le regard hagard, les expressions traduisent l'hébétéude et l'égarément. Il peut être difficile, voire impossible d'engager la discussion. Par moments, le sujet, les sourcils froncés, semble faire un effort pour retrouver ses esprits, se rendre compte de ce qui se passe autour de lui et exprime avec angoisse sa perplexité.

Le comportement psycho-moteur est variable, mais le plus souvent anormal. Tantôt proche de la stupeur, le patient inerte, ralenti, a le geste rare, maladroit et répond lentement aux questions, tantôt il est sujet à une agitation comportementale désordonnée consécutive à l'onirisme avec déambulation, activités de recherche ou automatismes gestuels (professionnels...), et possibilité de fuite ou de violence.

• Altération de la conscience

Elle est le symptôme-clé à partir duquel

s'érige le syndrome confusionnel. Le déficit attentionnel renvoie aux notions classiques d'obnubilation ou d'obscurcissement du champ de conscience et traduit les difficultés que présente le sujet à focaliser, à soutenir son attention (il est facilement distrait par des stimuli hors de propos), et à la mobiliser ou la déplacer (tendance à la persévération, réponse à des questions déjà posées). Les processus attentionnels perdent leur capacité de saisie, de sélection et de discrimination. La conscience de l'environnement est perturbée et le patient peut ne pas reconnaître ses proches.

• Modification du fonctionnement cognitif

On retrouve, classiquement, une dysmnésie portant sur la mémoire des faits récents (amnésie antérograde avec impossibilité de fixer les faits immédiats et oubli à mesure).

Le malade est très souvent désorienté : dans le temps surtout, mais aussi dans l'espace. Il s'agit d'un symptôme classique dont l'absence ne peut pas infirmer le syndrome confusionnel. Les perturbations du langage sont fréquentes, se manifestent le plus souvent à travers un discours décousu et inadapté à la situation (on peut retrouver une dysnomie, une dysgraphie, voire une dyslexie).

La réflexion, l'abstraction et la capacité de synthèse mentale sont très difficiles.

• L'onirisme

L'onirisme est un état de rêve pathologique, un rêve vécu et agi, qu'on observe dans le comportement ou les commentaires du patient en train de jouer la scène. Il suit les variations nyctémérales symptomatiques avec une recrudescence vespérale.

Il comporte :

- des anomalies perceptives. Elles touchent, de manière prépondérante, la vision, mais peuvent intéresser tous les sens. Il peut s'agir d'interprétations erronées (de perceptions neurosensorielles intègres), d'illusions (c'est-à-dire de déformations perceptives), voire d'hallucinations (perceptions sans objet), alimentant les idées délirantes. Elles peuvent présenter quelques caractéristiques remarquables : de caractères pénible, mobile (kaléidoscopique), c'est devant les yeux du sujet que la scène se déroule ;

- des thèmes variables, établis en véritable scénario, parmi lesquels prédominent les thèmes de préoccupations professionnelles, les thèmes d'épouvante ; les thèmes mystiques ou érotiques sont plus rares ;
- une adhésion totale au délire. Le délire est vécu, le malade s'y engage vivement, il agit son rêve.

• Perturbations du cycle veille-sommeil, fluctuation nyctémérale

Le sommeil est volontiers perturbé, avec des cauchemars. Le patient, somnolant la journée, devient insomniaque et agité la nuit.

• Troubles émotionnels et affectifs

Ceux-ci peuvent être au premier plan de la symptomatologie. Un seul état émotionnel peut persister, mais les variations sont fréquentes et rapides, corrélées aux anomalies perceptives de l'activité onirique.

On retrouve souvent l'anxiété, la peur, parfois intenses, conditionnant les réactions comportementales décrites ci-dessus. Le registre affectif plus large (comprenant irritabilité, dépression, colère, indifférence, parfois euphorie), est de tonalité souvent sombre, plus rarement agréable (thèmes érotiques notamment).

• Signes physiques

Ils sont constants en phase d'état. Il est parfois difficile de distinguer ce qui relève de l'étiologie et ce qui est lié à un hyperfonctionnement sympathique consécutif à une décharge émotionnelle intense (tachycardie, hypertension artérielle, pâleur, sueurs, dilatation pupillaire).

On pourra noter des signes généraux (fièvre variable, déshydratation...), des signes neurologiques (anomalies réflexives ostéo-tendineuses, hypertonie musculaire, anomalies pupillaires...), des signes biologiques (anomalies liées à une étiologie sous-jacente, anomalies liées à l'agitation ou à l'apragmatisme comportemental).

Psychopathologie (7, 5, 9, 16, 17, 18)

• Psychopathologie compréhensive

Elle fait référence à la notion de conscience, indissociable de celles de vécu et de monde selon Conrad. Ainsi, la notion de conscience a pu s'identifier à celle de champ du vécu et son altération à une transformation formelle ou structurale de ce champ. En ce sens, Ey considère les états confusionnels comme le degré le plus profond de cette déstructuration, engendrant « les images qui figurent les fantasmes de l'inconscient » et où les qualités de vécu deviennent floues. La conscience perdant de sa tension, elle donne lieu à une appréhension du monde qui d'épique devient protopathique. La discrimination des contenus de la conscience est plus lâche, tout comme la relation figure/fond, donnant lieu aux illusions et autres déformations perceptives. La perte de stabilité du monde ambiant et les réactions d'effroi qu'elle suscite en sont la conséquence. La conscience ne permet plus l'objectivation de ses contenus mais se réduit à des qualités complexes dont l'enchaînement est proche du rêve. Toujours selon Ey, « le confus a perdu toute possibilité d'être présent au monde, d'être pour autrui et d'être pour soi, de pouvoir constituer ce « vis-à-vis » de soi et de l'autre qui est le premier mouvement de génération par lequel la conscience devient ouverte et ouvrante ».

• Psychopathologie explicative

Elle fait référence à l'attention; terme regroupant l'ensemble des processus permettant le maintien et l'orientation d'une activité mentale, et divisé en deux composantes. L'attention « diffuse » fait référence à la vigilance et est classiquement rattachée au système réticulothalamique. L'attention « sélective » se rapporte aux comportements adaptés à l'exécution d'une tâche dirigée, et serait liée au système corticolimbique.

La confusion mentale serait plus fréquente dans les atteintes de l'hémisphère droit, ce qui fait envisager l'hypothèse d'une prédominance hémisphérique dans les processus attentionnels.

Sur le plan neurobiologique, l'acétylcholine est au premier plan. Elle agirait comme déclencheur de l'éveil cortical et interviendrait dans le passage d'un état de vigilance vers un autre. La noradrénaline serait plus impliquée dans le maintien et la modulation de l'éveil. La dopamine contrôlerait avec la sérotonine l'éveil sensorimoteur et comportemental.

Les confusions mentales induites par un choc psychologique ont fait étudier le rôle du stress qui, par l'intermédiaire de catécholamines, entraînerait une perturbation du métabolisme oxydatif du cerveau, mécanisme biologique sous-tendant la confusion.

L'autopsie psychologique permettrait d'améliorer la prévention du suicide

Dans le cadre de programmes de lutte contre le suicide, plusieurs pays comme la Finlande et le Canada, utilisent la méthode d'« *autopsie psychologique* » afin d'identifier les facteurs de risque susceptibles de conduire au suicide. Cette technique repose, principalement, sur le recueil minutieux d'informations dans l'entourage du défunt à l'occasion d'entretiens, afin de comprendre les circonstances et l'état d'esprit de la victime au moment de son acte.

En France, l'autopsie psychologique reste informelle et peu utilisée. La Direction générale de la santé a demandé à l'Inserm de mener une expertise collective pour étudier l'intérêt de cette méthode pour identifier les facteurs de risque de suicide, et évaluer la pertinence de mener en France des études faisant appel à cette technique.

L'Inserm a réuni un groupe de quatre experts européens qui ont passé en revue 350 publications scientifiques et différents rapports nationaux et internationaux. Cette première expertise devrait être suivie, courant 2005, du lancement d'une étude sur les conditions d'une éventuelle mise en oeuvre de cette méthode en France.

Dans leurs conclusions, les experts démontrent l'intérêt de l'autopsie psychologique, qui permettrait « de contribuer » à la prévention du suicide. Cette méthode améliorerait le décryptage des facteurs de risque et des facteurs précipitants dans les populations données, en identifiant les antécédents, les facteurs psychosociaux ou environnementaux, ainsi que les contacts antérieurs avec les systèmes de soins des victimes.

Les analyses de série de cas, puis les études cas-témoins, ont permis de confirmer la forte prévalence des troubles mentaux parmi les suicidés. La compilation de l'ensemble des données montre qu'au moins 90% des suicidés souffraient de troubles mentaux par rapport aux 27% rencontrés chez les témoins. Tous les troubles sont représentés, mais la dépression majeure semble jouer un rôle de premier plan.

Dans le cadre du suicide en milieu carcéral, les experts estiment que l'usage de l'autopsie psychologique permettrait d'identifier, précisément, les situations à risque de suicide, comme les périodes d'approche du jugement, le contexte familial ou l'approche de la libération.

Plus globalement, « cette approche devrait également permettre de mieux appréhender les interactions complexes entre les différents paramètres susceptibles d'être impliqués dans le geste suicidaire ». Les experts soulignent la nécessité d'une « grande rigueur » et le besoin de standardiser la mise en oeuvre de cette technique, en particulier dans la conduite d'entretiens avec l'entourage de la victime.

Un outil thérapeutique pour les proches ?

Le groupe d'experts souligne que la technique de l'autopsie psychologique, qui donne la parole aux proches de la victime, présente une opportunité pour aborder et écouter les proches du suicidé. A ce titre, il recommande que la conduite des entretiens soit confiée à des psychologues ou des psychiatres expérimentés, capables d'aider les proches dans la gestion de leurs émotions et leur travail de deuil.

Les experts encouragent le lancement d'études sur le suicide utilisant l'autopsie psychologique, qui devront être ciblées sur des populations spécifiques, comme les personnes âgées ou les homosexuels, qui ont été peu étudiées dans le cadre du risque suicidaire. Le groupe d'experts recommande que les futures études intègrent la recherche de facteurs biologiques et génétiques, pour le développement futur de la recherche en épidémiologie génétique sur le suicide. Après l'évaluation scientifique de l'autopsie psychologique comme outil de recherche dans le cadre de la prévention du suicide, son éventuelle application en France nécessitera d'étudier sa faisabilité dans le contexte médical et juridique français et de définir les conditions de sa mise en pratique. ■

F.C.

LIVRES

Le suicide et sa prévention Emergence du concept, actualité des programmes

Sous la direction de Agnès Batt-Moillo, Alain Jourdan
Préface de Michel Debout
Editions de l'Ecole Nationale de Santé Publique 24 €

Dans la majorité des pays occidentaux, on a assisté à la mise en place de stratégies et de programmes de prévention du suicide, nationaux ou régionaux. En France, le suicide aura été un secteur privilégié de la « nouvelle santé publique » et du management par programmes. Du côté des acteurs de la prévention, c'est d'abord la conviction d'un devoir social, puis la croyance en l'efficacité des actions de toutes sortes qui ont prédominé, avant la phase actuelle d'interrogation devant la résistance du suicide aux efforts de la prévention.

C'est dans ce contexte que cet ouvrage rassemble une quinzaine de contributions dont les auteurs, philosophe, sociologue, médecin généraliste, psychiatres, professionnels de la santé publique, chercheurs français ou étrangers, sont tous engagés dans la réflexion sur la prévention du suicide. Se trouve d'abord retracée et interrogée l'élaboration du suicide en problème de santé publique. Les modalités des actions de prévention entreprises dans les années 1990 sont ensuite décrites avant d'être situées dans un contexte élargi aux pays qui ont inspiré notre stratégie nationale.

Avec les contributions de M. Anderson, A. Campeón, D. Cettour, A. Coatleven-Deniau, J. Daniel, C. David, D. De Leo, L. Deschênes, G. Desnoë, R. Jenkins, D. Leguay, G. Lévassour, J. Raimondeau, F. Roy, M. Séguin, J.-L. Terra, M. Upanne.

Interprofessionnalité en gériologie

Travailler ensemble : des théories aux pratiques

Dominique Manière, Martine Aubert, France Mourey, Sabrina Outata
Préface de Réjean Hébert
Erès 25 €

La complexité du vieillissement, des polyopathologies fréquentes ou des intrications médico-psychosociales rendent nécessaire le recours à divers intervenants devant coordonner leur action. Les mises en oeuvre d'une réelle interprofessionnalité, où sont respectés et appliqués les principes élémentaires de communication, de connaissance et respect des missions de chacun, de cohérence des actions demeurent rares. Certains n'ont pas hésité à parler de la « crise » des professions de santé, au domicile comme à l'hôpital, et les acteurs sociaux ne semblent pas en reste, en ce qui concerne leurs difficultés, à définir leurs rôles respectifs et leurs responsabilités, singulièrement dans la discipline gériologique. Travailler ensemble suppose de privilégier la mise en commun des valeurs, le partage des savoirs et une efficacité collective plutôt que les conflits de territoires, de corporatisme ou de hiérarchie. Convaincus que l'équipe interprofessionnelle est un outil de remobilisation des compétences des acteurs du monde gériologique, les auteurs (directeurs d'établissement, médecin, assistante sociale, responsable de réseau, rééducateur, animateur en secteur d'hébergement, professeur d'université...) proposent des éléments pour la mise en oeuvre de cette organisation de travail. A partir de leur expérience, la terminologie, le concept et les pratiques de l'interprofessionnalité en gériologie sont abordés en s'appuyant sur des témoignages et des exemples (fiches pratiques).

➤ Diagnostic positif (1, 2, 8, 11, 16)

Il est essentiellement clinique, basé sur les arguments sémiologiques cités ci-dessus, plus ou moins présents.

Il repose donc sur la reconnaissance d'une symptomatologie aiguë et fluctuante associant une obnubilation intellectuelle et une désorientation temporo-spatiale essentiellement, en retenant que la perplexité anxieuse et l'onirisme sont des arguments diagnostiques importants, mais inconstants. Lipowski propose deux signes caractéristiques : l'aggravation vespérale ou dans l'obscurité, et la fluctuation au cours de la journée.

Les critères diagnostiques du Delirium dans le DSM IV sont au nombre de quatre : la perturbation de la conscience, la modification du fonctionnement cognitif, l'installation sur un temps court avec tendance à la fluctuation, et un critère étiologique (« affection médicale générale », « intoxication par une substance », « sevrage d'une substance », « étiologies multiples », « étiologie non spécifiée »). Le clinicien pourra s'aider de questions simples pour objectiver les éléments sémiologiques : l'orientation (en demandant la date et le lieu), la mémoire immédiate (en faisant mémoriser trois mots à répéter après un intervalle de cinq minutes), l'attention (en demandant de faire un dessin, de compter ou d'épeler un mot à l'envers), la pensée abstraite (en demandant d'identifier le point commun entre une banane et une orange ou de compléter le début d'un proverbe), la vitesse de la pensée (par le test de fluence verbale qui apprécie le nombre maximal de mots prononcés en une minute ; normalement trente). La réalisation d'un Mini examen de l'état mental (MMSE), quand elle est possible, est une alternative intéressante.

L'électro-encéphalogramme peut, parfois, s'avérer essentiel dans la démarche diagnostique, montrant classiquement un ralentissement général de l'activité cérébrale avec, parfois, des zones d'hyperactivité en foyers.

Bilan paraclinique (2, 6, 12, 17)

Il est essentiel et complète l'appréciation clinique du retentissement et la recherche d'une étiologie.

Systématique, ce bilan comprend au minimum : ionogramme sanguin, urémie, créatininémie, calcémie, NFS et plaquettes, VS ou CRP, alcoolémie et recherche de toxiques.

En fonction du contexte clinique, on pourra réaliser d'autres examens complémentaires, notamment une imagerie cérébrale. La réalisation d'un EEG est à discuter en fonction des diagnostics différentiels envisagés.

Diagnostiques différentiels (2, 6, 12, 14, 16, 17, 18)

• Démence

Schématiquement, démence et confusion s'opposent en tous points. Ici, l'évolution est chronique après une apparition insidieuse et lente, le tableau clinique est dominé par un déficit intellectuel global sans altération de la vigilance, il est fixé sans fluctuation d'un moment à l'autre et si l'angoisse peut exister, elle y est moindre. Cependant, un épisode confusionnel peut émailler l'évolution d'une démence. Les éléments anamnétiques sont alors essentiels pour en faire le diagnostic.

• Bouffées délirantes aiguës

Elles sont discutées devant une forme onirique de confusion, mais les hallucinations auditives sont ici plus fréquentes et plus marquées. On ne note pas de perturbations intellectuelles, sinon mineures.

• Mutisme akinétique d'origine neurologique

Discuté devant une forme stuporeuse

de confusion, les antécédents et les modalités de début permettent le plus souvent de faire le diagnostic.

• Mélancolies stuporeuses

Dans les cas de ralentissement intellectuel extrême, la distinction avec une confusion stuporeuse peut s'avérer délicate. Dans les véritables mélancolies, il n'existe typiquement pas de variation sémiologique d'un moment à l'autre, ni de désorientation évidente.

• Syndrome de Korsakoff

Le syndrome confusionnel peut parfois être évoqué devant l'amnésie de fixation, la désorientation, des fausses reconnaissances et une fabulation. Mais la vigilance est intacte, et l'évolution, chronique.

• Aphasie de Wernicke

Elle peut mimer une confusion mentale, par le caractère singulier de l'incohérence des propos et une agitation éventuelle. Le contact avec l'interlocuteur n'est pas satisfaisant. Mais, à la différence du patient confus qui ne comprend pas le sens des phrases par difficultés à maintenir son attention, l'aphasique ne comprend pas le sens des mots et présente des altérations sémantiques du langage. Il n'existe pas de trouble de vigilance et les autres fonctions cognitives sont préservées.

• Ictus amnésique

La chronologie y est différente. L'installation est certes brutale et massive, mais sans tendance à la fluctuation. La perplexité anxieuse, la désorientation et l'impossibilité de fixer les faits immédiats évoquent la confusion, mais les troubles mnésiques, isolés, contrastent avec une vigilance conservée et un fonctionnement cognitif normal.

• Etat dissociatif transitoire (hystérique)

Le tableau clinique peut, parfois, évoquer une symptomatologie confusionnelle, mais l'ensemble est plutôt atypique, les éléments de fluctuation notamment, ne suivent pas un rythme nyctéméral, la perplexité anxieuse peut manquer, des éléments de personnalité peuvent être au premier plan.

Etiologies

organiques (1, 2, 4, 5, 8, 12, 16, 18)

• Les intoxications exogènes

1. Alcool
 - ivresse simple ou pathologique,
 - delirium tremens,
 - encéphalopathies par carences vitaminiques (Gayet-Wernicke, Pseudopellagre éthylique).
2. Médicaments

Les médicaments potentiellement responsables de syndrome confusionnel dans le cadre d'une intoxication sont très nombreux et ne seront pas développés ici. Il faut noter, cependant, que le sevrage aux benzodiazépines, IMAO, antidépresseurs tricycliques ou sérotoninergiques peut aussi être responsable de confusion mentale.

3. Stupéfiants

La cocaïne, les amphétamines, la mescaline, le LSD, le cannabis, l'opium et ses dérivés, certains solvants inhalés.

4. Toxiques professionnels et domestiques

Ils sont aussi très nombreux. Notons les classiques intoxications au plomb et au monoxyde de carbone. Il faut y penser devant la survenue, dans une même unité de temps et d'espace, de plusieurs cas de syndromes confusionnels.

5. Intoxications alimentaires

• Les étiologies métaboliques

La plupart des désordres hydro-électrolytiques : hyponatrémie, hypercalcémie, hypoglycémie, hypoxie, hypercapnie, acido-cétose, hyperammoniémie.

• Les étiologies neuro-méningées

1. Epilepsie
 - Phase post-critique ou état de mal (y compris la sismothérapie).
2. Traumatisme crânien
 - Hématomes sousdural, extradural et intracranien.
3. Causes vasculaires
 - Infarctus cérébraux artériels ou veineux, les causes d'hypodébit cérébral (Encéphalopathie hypertensive, infarctus du myocarde, trouble du rythme cardiaque, insuffisance cardiaque, ...).
4. Infections du SNC
 - Méningites et méningo-encéphalites.
5. Processus expansif intra-craniens
 - Tumeurs, hématomes abcès cérébraux.
6. Pathologies neurologiques chroniques avec un stress physique
 - Maladie de Parkinson, SEP, Démences.
7. Autres causes
 - Hydrocéphalie à pression normale, Porphyrie aiguë intermittente.

• Les étiologies infectieuses

Certaines causes sont remarquables, comme le paludisme, la brucellose, la typhoïde et les rickettsioses, mais toute infection sévère peut être à l'origine d'un syndrome confusionnel, par hyperpyrexie ou déshydratation, aboutissant à un tableau de « délire fébrile ». Notons que les deux extrêmes de la vie sont des populations particulièrement concernées.

• Les étiologies endocriniennes

Souvent à l'origine de perturbations

La prévention au centre de la Semaine d'information sur la santé mentale du 14 au 20 mars

La prévention a été au centre de la Semaine d'information sur la santé mentale 2005 (SISM), qui s'est déroulée du 14 au 20 mars avec 12 associations*. Environ 300 manifestations ont eu lieu dans toute la France autour du thème de la prévention, notamment des conférences-débat, des projections de films. De nombreux hôpitaux ont organisé, à cette occasion, des opérations portes ouvertes.

Prévention de la santé mentale en général, prévention du suicide, des rechutes, prise en charge des adolescents, la semaine a été l'occasion de parler de la santé mentale en essayant de toucher le grand public.

Le lancement de la manifestation a eu lieu à la Maison de la mutualité, avec des interventions de Boris Cyrulnik, vice-président de la Ligue française pour la santé mentale (LFSM) (« A qui incombe la prévention en santé mentale ? ») et de Bernard Durand, président de la Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine (FASM Croix-Marine), sur le rôle de prévention joué par le secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Le programme était consultable sur le site internet de l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux (www.unafam.org). ■

*Association française de psychiatrie (AFP), Association scientifique française des psychiatres du service public (AFPP), CCOMS, Centre national audiovisuel en santé mentale (CNASM), Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine, Fédération française de psychiatrie (FFP), Fédération nationale des associations de patients et ex-patients en psychiatrie (FNAP-Psy), Ligue française pour la santé mentale (LFSM), Mutualité des Yvelines, Société médicale Baillet, Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM), Union régionale de la Mutualité francilienne.

métaboliques, on peut retenir :

- hyperparathyroïdie,
- insuffisance cortico-surrénalienne,
- post-partum immédiat,
- hyperthyroïdie (crise aiguë thyrotoxique),
- hypothyroïdie (précoma myxoedémateux).

• Les étiologies complexes

- les confusions post-opératoires,
- les douleurs aiguës prolongées, globe urinaire et fécalome chez la personne âgée ;
- les brûlures étendues.

Etiologies psychiatriques

Elles sont envisagées après l'élimination d'une étiologie organique (cf. *En Pratique Courante*).

• Stress et émotions intenses

La confusion mentale d'origine émotionnelle survient le plus souvent à la suite d'une émotion vive ou d'un violent traumatisme psychologique chez une personnalité considérée comme fragile. Le trouble de conscience permet au sujet de se soustraire à une situation intolérable. Ici dominant généralement l'agitation et l'onirisme, ou la stupeur, tandis que la désorientation est minime. Les plus typiques sont les « confusions de guerre » sur lesquelles a travaillé J.M. Sutter.

LIVRES

Les démences

Classification, clinique, physiopathologie et traitements
Bénédicte Défontaines
Editions Med-Line, 31 €

La deuxième édition de l'ouvrage de Bénédicte Défontaines, responsable de la consultation mémoire de la Fondation Hôpital Saint-Joseph à Marseille, fait le point sur les outils d'évaluation et de diagnostic ainsi que sur les médicaments utiles pour aider le praticien, notamment généraliste, face aux patients en particulier lorsqu'ils sont à un stade prédémence.

Thérapeutique pratique 2005

Editions Med-Line, 53 €

L'édition 2005 de « *Thérapeutique pratique* » regroupe les fiches actualisées des pathologies de 24 spécialités médicales. Donnant, en quelques pages, l'essentiel des stratégies thérapeutiques ce guide est conçu pour les médecins hospitaliers, en consultation ou aux urgences.

En fin d'ouvrage sont regroupées les associations médicamenteuses contre-indiquées, déconseillées ou à utiliser avec précaution.

L'euthanasie et la mort désirée : question pour la société et la pratique des soins palliatifs

SFAP et Mutualité française, 15 €

La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) et la Mutualité française publient les actes d'un congrès sur la fin de vie organisé en juin 2004, alors que la proposition de loi relative aux malades et à la fin de vie a été examinée le 12 avril au Sénat. Dans cet ouvrage sont présentées les synthèses des ateliers et débats sur, par exemple, la question de la responsabilité, le refus de traitement, ainsi que les comptes-rendus des tables rondes où ont été abordés les aspects philosophique, sociologique, psychologique, juridique, politique et médical.

SFAP : 01 45 75 43 86 ou sfap@wanadoo.fr

• Psychoses du post-partum

Elles peuvent se manifester par des états confuso-oniriques. L'étiopathogénie y serait mixte, relevant à la fois des modifications physico-biologiques et des bouleversements psychologiques.

• Troubles bipolaire et schizophrénique

Il est classiquement décrit que des accès confuso-déliants ou confuso-oniriques peuvent émailler l'évolution d'un trouble bipolaire ou schizophrénique, mais à l'instar des psychoses du post partum, la responsabilité des facteurs en cause est dans ce cas difficile à cerner.

• Privation ou surcharge sensorielle

Mises en causes aussi bien dans des situations expérimentales qu'en clinique, par exemple dans les unités de soins intensifs.

En pratique

• Quelle est la conduite à tenir face à un malade confus ?

1. Le médecin aborde le patient en s'efforçant de :

- se faire reconnaître comme tel, lui parler en le nommant, le regarder en face,
- communiquer de manière claire et concise, ne pas multiplier les questions trop précises qui sont potentiellement anxiogènes ;
- le rassurer et lui expliquer la situation. L'examen clinique reste un bon vecteur relationnel ;
- Repérer la sémiologie clinique.

2. Interrogatoire (de l'entourage, voire d'un médecin traitant) recherche en priorité des éléments concernant...
.....les antécédents

- existence de maladie physique connue ?
- antécédent de traumatisme crânien ou de chirurgie récente ?
- dépendance à l'alcool ou à une autre substance ?
- instauration récente d'un nouveau traitement ?
- antécédents psychiatriques ?
-l'anamnèse

- conditions de l'apparition de la symptomatologie et sa chronologie ?
- signes associés ou prodromiques (épisode infectieux « banal » les jours précédents ?)

- facteur déclenchant éventuel (instauration d'un nouveau traitement) ?

3. Le syndrome confusionnel étant identifié

Il s'agit d'une situation d'urgence nécessitant un transfert à l'hôpital général (le cas échéant), dans de bonnes conditions en conservant une présence sécurisante et en évitant toute contention dans la mesure du possible. Une orientation en psychiatrie, le cas échéant, sera réalisée dans un second temps.

4. Une fois le malade hospitalisé,

.....mise en condition

- Ne pas laisser seul, pas d'isolement strict
- Dans une pièce éclairée, mais pas trop
- Pas de contention ! (mais assurer une surveillance attentive et étroite)
- Arrêt de tout traitement antérieur, éventuellement confusionnant
-examen clinique à visée étiologique

- Prise indispensable des constantes hémodynamiques et de la température
- Examen neurologique à la recherche notamment de signes de focalisation, d'un syndrome méningé...
- Examen clinique complet à la recherche de points d'appel clinique (penser au globe urinaire et au fécalome chez la personne âgée)
-Bilan paraclinique en urgence (cf. ci-dessus)
-Mesures thérapeutiques
- traitement étiologique
- traitement symptomatique : les symptômes visés par le traitement sont l'agitation, l'insomnie et l'anxiété. Il faut

pendant éviter le plus possible la prescription de psychotropes et le cas échéant, suivre certaines règles :

- traitement débuté à doses minimales avec augmentation progressive,
- préférer les administrations orales et IM aux injections IV,
- préférence pour la monothérapie, éviter les associations,
- privilégier les substances à demi-vie courte,
- préférer les neuroleptiques aux benzodiazépines (ou apparentés) ; classiquement, l'halopéridol est recommandé, à une posologie allant de 0,5 à 10 mg par jour en IM ; parmi les benzodiazépines, le Lorazépam à faible dose est souvent cité dans la littérature.

- préférence pour la monothérapie, éviter les associations,
- privilégier les substances à demi-vie courte,
- préférer les neuroleptiques aux benzodiazépines (ou apparentés) ; classiquement, l'halopéridol est recommandé, à une posologie allant de 0,5 à 10 mg par jour en IM ; parmi les benzodiazépines, le Lorazépam à faible dose est souvent cité dans la littérature.

- préférer les neuroleptiques aux benzodiazépines (ou apparentés) ; classiquement, l'halopéridol est recommandé, à une posologie allant de 0,5 à 10 mg par jour en IM ; parmi les benzodiazépines, le Lorazépam à faible dose est souvent cité dans la littérature.

• Quelles étiologies évoquer en priorité selon les terrains ?

Sujet éthylique chronique

- hypoglycémie
- ivresse aiguë
- delirium tremens
- hémorragie méningée
- hématome sous-dural
- gayet - wernicke
- post comitialité
- encéphalopathie hépatique
- intoxication médicamenteuse

Insuffisant respiratoire

- infection (corticothérapie)
- hypoxie
- hypercapnie, narcose au dioxyde de carbone
- acidose respiratoire

Insuffisant rénal

- causes métaboliques
- déshydratation, hyperhydratation
- encéphalopathie azotémique

Sujet avec tare cardiaque

- les causes d'hypodébit cérébral (arythmies, hypotension, insuffisance cardiaque...)
- encéphalopathie hypertensive
- certains médicaments spécifiques (propanolol, digitaliques...)

Sujet diabétique

- hypoglycémie
- acidocétose

• Quelle attitude adopter face à un patient admis aux urgences psychiatriques pour « confusion mentale » et pour lequel aucune étiologie organique n'a pu être mise en évidence à l'hôpital général ?

1. Patient ne présentant pas de « véritable » syndrome confusionnel

Il n'est pas exceptionnel de constater, au cours de diverses affections psychiatriques, l'émergence de manifestations d'allure confusionnelle pour lesquelles le terme de confusion est parfois utilisé par excès. Ces symptômes sont isolés, ne s'intégrant pas dans un faisceau d'argument en faveur d'une confusion mentale. Ils peuvent co-exister avec d'autres symptômes psychiatriques permettant de les rapprocher d'un autre cadre nosographique (rationalisme morbide et trouble psychotique par exemple). Il ne s'agit pas alors de syndrome confusionnel au sens organique et étiologique du terme mais de signes de désorganisation plus classique : schizophrénie et troubles psychotiques aigus, hystérie (amnésies, états dissociatifs transitoires), psychoses puerpérales, affections psychiatriques chez le sujet âgé, accès mélancoliques ou maniaques.

Dans les cas difficiles, entre étiologie psychiatrique et syndrome confusionnel, la réalisation en urgence d'un EEG devra être effectuée.

2. Patient avec un authentique syndrome confusionnel sans étiologie organique objectivée

Soit il existe une étiologie organique non encore décelée :

- l'absence de tout antécédent psychiatrique et la présence de signes cliniques physiques sont des arguments fortement en faveur d'une cause organique ;
- les examens paracliniques devront

COLLEGE CLINIQUE DE PARIS

FORMATIONS CLINIQUES DU CHAMP LACANIEN

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

Le Collège clinique de Paris propose un stage intitulé :

« L'emprise des objets : addiction et abstinence »

Mercredi 22, jeudi 23 et vendredi 24 juin 2005 de 9h à 17 heures

Mercredi 22 juin

Claire Christien-Prouet, Fondements freudiens
Luis Izcoovich, Incidences cliniques de l'objet a
Guy Clastres, Ce qui peut être symbolisé de l'objet
Agnès Metton, Point de fuite (à propos de la manie)

Jeudi 23 juin

Colette Soler, Qu'est-ce que l'objet de la psychanalyse ?
Anne Lopez, Entre deux femmes
Martine Menès, « Je pense à rien »
Patricia Dahan, Collection d'objets

Vendredi 24 juin

Patrick Barillot, Les enfants d'une mère
Françoise Josselin, La toxicomanie, un mal du siècle
Véronique Sidoit, L'enjeu du sacrifice

Discussion

Sol Aparicio et Martine Menès

Montant de l'inscription : 450 €

N° de formation permanente : 11753131975

Lieu : Faculté Libre de Droit, d'Economie et de Gestion (FACO)

115-117, rue Notre-Dame des Champs - 75006 Paris

Autre stage proposé

19, 20 et 21 octobre 2005 : Normes et perversions

Renseignements et inscriptions au secrétariat

(Plaquette envoyée sur demande)

Tél. : 01 56 24 14 66 - Fax : 01 56 24 22 37

être répétés et complétés par d'autres investigations en fonction des points d'appel clinique, dans le cadre d'une évaluation prolongée.

Soit aucune cause organique ne peut être mise en évidence :

- l'hypothèse d'une confusion psychogène est faite en l'absence de toute organicité décelable ;
- chez certains sujets indemnes de toute pathologie organique ou psychiatrique, l'épuisement et l'insomnie, le cas échéant, peuvent être seuls incriminés. ■

J. Reynes, M.J. Guedj,
R. Asvazadourian

CPOA, CH Sainte-Anne, Paris

Bibliographie

(1) American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition Revised, American Psychiatric Association, Washington DC, 1996, Trad. Franc. Sous la direction de J.D. Guelfi, Masson, Paris, 1996.

(2) AZORIN J.-M., DASSA D., TRAMONI V., PERETTI P., DONNET A., *Confusion mentale*, Editions techniques, Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 37 124 A10, 1992, 9 p.

(3) BERRIOS G.E., *Delirium and confusion in the 19th century: a conceptual history*, Br. J. Psychiatr., 1981, 139, 439-449.

(4) BROWN T.M., BOYLE M.F., *Delirium*, BMJ 2002, 325, 644-647 (21 septembre).

(5) BURNS A., GALLAGLEY A., BYRNE J., *Delirium*, J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2004 Mar, 75, 3, 362-367.

(6) CAROLI F., MASSÉ G., *Les Situations d'Urgence en Psychiatrie*, Doin éd., Paris, pp.43-49.

(7) CONRAD K., *Die symptomatischen psychosen*, In: Psychiatrie der Gegenwart, HW Gröhle, W. Mayer-Gross (eds). Vol.2., Springer-Verlag ed, Berlin, 1960, pp. 369-436.

(8) CIM 10/ICD 10, *Classification Internationale des Maladies*, 10è révision. Chapitre V (F), *Troubles mentaux et troubles du com-*

portement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Organisation Mondiale de la Santé. Traduction de l'anglais par C. B. Pull. 1993, 2è tirage, 336 pages.

(9) EY H., *Confusion et délire confuso-onirique*, In : Etudes Psychiatriques, Vol. III, Eye (Ed.), étude n°24. Desclée de Brouwer éd., Paris, 1964, pp. 323-428.

(10) EY H., *Traité des Hallucinations*, Tome II, Masson, Paris, 1978, pp. 731-737.

(11) FOLSTEIN M.F., FOLSTEIN S.E., MCHUGH P.R., *"Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*, J Psychiatr res. 1975 Nov, 12, 3, 189-198.

(12) GOUDEAU P., PIETTE J.-C., HERSON S., *Traité de médecine*, 2è édition, Flammarion, Paris, 1987, pp. 2935-2936.

(13) GRIVOIS H., DAUCHY S., MATHIEU P., *Urgences Psychiatriques*, Masson, Paris, 1997, pp. 45-50.

(14) MASSÉ G., GUEDJ M.-J., *Situations d'urgence psychiatrique en médecine générale*, L&C éd., Paris, 1998, pp. 70-73.

(15) MEAGHER D.J., *Delirium: optimizing management*, BMJ 2001, 322, 144-149.

(16) LIPOWSKI Z. J., *Organic mental disorders*, In : Comprehensive textbook of psychiatry/III, Vol. 2, Kaplan H.I., Freedman A.M., Sadock B.J., Williams and Wilkins ed, Baltimore, London, 1980, pp. 1359-1392.

(17) LIPOWSKI Z. J., *Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly*, Am. J. psychiatry, 1983, Nov, 140, 11, 1436-1436.

(18) LIPOWSKI Z. J., *Update on delirium*, psychiatr. Clin. North Am., 1992 jun, 15, 2, 335-346.

(19) POROT R., PLANCHE R., *Confusion mentale*, Editions techniques, Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 37 240 A10, 1969, 10 p.

(20) REGIS E., HESNARD A., *Les confusions mentales*, In : Traité international de psychopathologie, A. Ma rie (ed.), Alcan, ed., Paris, 1911, pp. 345-387.

(21) SUTTER J.-M., STERN H., SUSINI R., *Evolution du problème des psychonévroses de guerre*, Ann. méd.-psychol., 1947, 2, 249-270.

Définition juridique de la minorité

L'article premier de la convention internationale des droits de l'enfant précise : « *Au sens de la présente convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable* ». Allant dans le même sens, l'article 488 du code civil fixe la majorité à dix-huit ans accomplis ; à cet âge, sauf mesures particulières de protection, le sujet est capable de tous les actes de la vie civile. L'émancipation permet à un adolescent de plus de 16 ans d'une part d'être capable, comme un majeur, dans les actes de la vie civile et d'autre part de ne plus être sous l'autorité parentale.

Il y aurait donc, selon les textes, un passage brutal de l'enfance à l'âge adulte et le droit ignorerait l'adolescence qui est, pourtant, une réalité tant psychologique que sociologique. En fait, il n'en est rien puisque le droit français tient compte de différents seuils d'âge qui conduisent l'enfant de manière progressive de l'enfance à la majorité. Ainsi, des âges intermédiaires ont été établis avant l'âge de la majorité : par exemple, plus de 13 ans pour la responsabilité pénale (article 122-8 du nouveau code pénal), 13 ans pour pouvoir consentir à son adoption plénière (article 345-3 du code civil) ou 15 ans pour que les filles puissent contracter un mariage (article 144 du code civil). Sur le plan médical, une certaine autonomie est reconnue aux adolescents par la loi, comme nous le verrons dans les articles L. 1111-2, 4, 5 et 7 du code de santé publique.

Responsables légaux de l'enfant

Différents articles du code civil traitent de l'autorité parentale relativement à

Législation concernant les soins en psychiatrie aux patients mineurs

la personne de l'enfant. Ils en donnent la définition et précisent qui la détient tant dans les cas généraux que particuliers.

L'autorité parentale est une fonction que les parents assument jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé, sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité (Article 371-1 du code civil).

Cette autorité appartient de plein droit aux parents dès que la filiation de l'enfant est juridiquement établie à leur égard mais peut leur être aménagée ou retirée en cas de manquements à leurs devoirs. En effet, si l'intérêt de l'enfant le commande, le juge peut confier l'exercice de l'autorité parentale à l'un des deux parents (Article 373-2-1 du code civil).

Depuis la loi du 4 mars 2002, il n'est plus fait de distinction selon le type de filiation ou que les parents soient ou non mariés. Aux termes de l'article 372 du code civil, les père et mère exercent, en commun, l'autorité parentale que l'enfant soit issu de parents mariés ou de parents non mariés mais reconnus par leur ou mère dans sa première année de naissance.

De plus, la séparation des parents est sans incidence sur les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale. Chacun des père et mère doit maintenir des relations personnelles avec l'enfant et respecter les liens de

celui-ci avec l'autre parent (Article 373-2 du code civil). La loi de 2002 a ainsi généralisé la prise en compte des conventions parentales réglant les modalités de l'exercice en commun de l'autorité parentale quel que soit le type de séparation pour le soumettre à homologation du juge aux affaires familiales.

Enfin, il est utile de connaître la législation relative aux enfants confiés par la justice à un tiers (famille, aide sociale à l'enfance ou autre). L'article 373-4 précise : « *Lorsque l'enfant a été confié à un tiers, l'autorité parentale continue d'être exercée par les père et mère ; toutefois, la personne à qui l'enfant a été confié accomplit tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation. Le juge aux affaires familiales, en confiant l'enfant à titre provisoire à un tiers, peut décider qu'il devra requérir l'ouverture d'une tutelle* ».

Information et consentement aux soins

Le code de santé publique précise les droits et devoirs du médecin, concernant l'information au patient mineur et à ses représentants légaux.

L'article L. 1111-2 du code de santé publique porte sur le droit de toute personne à être informée sur son état de santé. Cet article donne des précisions concernant l'information aux mineurs : « *Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle* ».

L'article L. 1111-4 du code de santé publique, concernant le consentement aux soins, précise : « *Toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* ». Concernant les mineurs, il précise : « *Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision* ».

Dans un certain nombre de cas, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale :

- l'article L. 1111-4 précise : « *Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables* »,
- l'article L. 1111-5 du code de santé énonce : « *Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut*

mettre en oeuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi N° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis ».

Au total, il apparaît que dans tous les cas, sauf exceptions, le médecin doit informer les représentants légaux du mineur et obtenir leur consentement. Cette obligation réglementaire se retrouve dans le code de déontologie médicale, article 42 : « *Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un incapable majeur doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal et d'obtenir leur consentement* ».

L'article 203 du code civil posant le principe de la direction conjointe du père et de la mère à l'égard de l'enfant, le consentement des parents aux actes importants ne peut être le fait que des deux parents d'accord entre eux. Néanmoins, cette mesure très lourde si l'on prend en compte l'éclatement fréquent des familles, est simplifiée par l'article 372-2 du code civil qui établit une présomption de pouvoir : « *A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant* ». Ainsi, un médecin peut pratiquer un acte usuel sur un enfant avec l'accord d'un seul des deux parents mais à condition qu'il n'ait pas eu connaissance d'une opposition entre ces derniers. En cas de désaccord entre les parents en ce qui concerne un acte, le parent le plus diligent pourra saisir le juge des affaires familiales qui statuera après avoir tenté de concilier les deux parties. Il conviendra donc, si aucun accord ne peut être obtenu entre les deux époux, de saisir du problème le magistrat chargé des affaires familiales.

On doit, cependant, noter qu'il n'existe pas de définition de l'acte usuel. La distinction entre acte usuel et lourd n'est pas toujours aisée et c'est l'appréciation du médecin qui guidera le comportement en matière de consentement.

Dans le cas particulier de l'information et du consentement dans les protocoles de recherche, il faut se référer à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui définit les principes généraux de l'expérimentation biomédicale.

La recherche est possible en cas de bénéfice escompté justifiant les risques encourus par le mineur concerné mais aussi en cas de bénéfice escompté pour d'autres mineurs, à condition que les risques et les contraintes présentent un caractère minimal.

Elle admet une certaine autonomie des mineurs puisqu'elle considère que le consentement direct du mineur doit être recherché, s'il est apte à exprimer sa volonté. Il est de plus impossible de passer outre à son refus de consentement ou à la révocation de son consentement quelque soit l'opinion de son représentant légal (article L. 1122-2 du Code de la santé publique).

Par ailleurs, s'agissant d'un acte non usuel, le consentement écrit est donné par les titulaires de l'autorité parentale. A titre dérogatoire, il peut être aussi donné par un seul présent en

LIVRES

La construction adolescente

Serge Lesourd
Erès, 23 €

Serge Lesourd analyse la façon dont l'adolescent construit son lien aux autres, aux objets et à lui-même en fonction des discours modernes sur la place de l'individu dans le monde. Il envisage les nouvelles expressions psychopathologiques de l'adolescence et leur sens pour l'avenir du sujet et de ses liens aux autres. Trois grands domaines sont étudiés : le rapport à l'espace et l'envahissement de l'espace public par les jeunes ; le rapport aux jouissances extrêmes (toxiques et violentes) ; le rapport à l'autre dans le lien sexuel. A chaque fois, l'auteur pose la question de la psychopathologie comme articulation entre expression individuelle, inscription dans le lien social et conséquence de l'éducation et de la transmission intergénérationnelle.

L'enfant, l'animal et le primitif

Sous la direction de Marie-Claude Fourment-Aptekman
Cahiers de l'infantile
L'Harmattan 13 €

Les textes présentés reprennent la question des fondements de la psychologie « *génétique* » fortement marqués par le comparatisme entre ces trois entités. Le recours à l'anthropologie permet d'éclairer le parallélisme supposé entre le développement de l'enfant et l'histoire des sociétés examinées à partir des plus « *primitives* » ou mythiques. L'éthologie interroge, quant à elle, la question d'une solution de continuité entre l'enfant et l'animal, dont le cœur serait constitué par le langage.

Les auteurs sont : Claude Baudoin, Patrice Bidou, Elisabeth Chapuis, Bertrand Deputte, Marie-Claude Fourment, Emile Jalley, Pierre Jaisson et Pascal-Henry Keller.

La science en action

Introduction à la sociologie des sciences

Bruno Latour

Traduit de l'anglais par Michel Biezunski

La Découverte 14,50 €

Depuis les années 1970, un domaine d'étude s'est ouvert qui a renouvelé notre vision de l'activité scientifique. A partir d'anecdotes et d'exemples, ce livre dégage les règles de méthode qui permettent à ceux qui le souhaitent de continuer à suivre le travail des scientifiques et des ingénieurs. Car la science est devenue un vaste chantier où se forment à la fois la nature et la société : comprendre une société, c'est comprendre ses sciences et ses techniques en action, et ce livre est devenu un classique.

Le guide de l'entrée et du séjour des étrangers en France

GISTI*

Ce guide fait le point sur l'ensemble des dispositions qui régissent les conditions d'entrée sur le territoire français, la délivrance des cartes de séjour, l'accès au travail, l'expulsion, la reconduite à la frontière... Il passe en revue les différentes situations dans lesquelles peut se trouver un étranger, selon qu'il souhaite entrer et séjourner en France comme visiteur, comme étudiant, comme travailleur, comme demandeur d'asile, ou encore au titre du regroupement familial. Il contient, également, des informations concrètes sur les pratiques administratives ainsi que les conseils utiles sur la façon de présenter ses demandes à l'administration et sur les précautions à prendre.

*Groupe d'information et de soutien des immigrés

Hommage à Madeleine Monceau

Parmi les multiples activités de Madeleine Monceau, elle était présidente d'une association de sociologues qui partageaient la rare particularité d'exercer leur discipline en institution psychiatrique : l'ARSAAP (Association de recherches sociologiques et anthropologiques appliquées à la psychiatrie). On peut même dire qu'elle en a été la fondatrice, puisqu'elle avait retrouvé, en 1984, deux autres sociologues : Jean-Pierre Castelain, sociologue à l'hôpital psychiatrique du Havre et Marcel Jaeger, sociologue pour l'association de santé mentale du XIII^e arrondissement de Paris.

Avec ses deux complices, elle a mené une première étude à l'hôpital de St Egrève pour la Mission Recherche Expérimentation (MIRE) du ministère de la santé et des affaires sociales. Ce travail portait sur un sujet sensible, mais qui ne lui faisait pas peur : « *Les conditions de reconversion des personnels psychiatriques à l'hôpital de St Egrève* » (1987). Elle ne s'est pas faite que des amis, et ceci de tous côtés. Ce fut, en tous cas, le début d'une série de recherches dont la diversité des financeurs indique qu'elles étaient largement reconnues pour leur qualité : la MIRE à plusieurs reprises, l'Observatoire régional de la santé, le Commissariat général du Plan, enfin le ministère de la Justice.

A partir de 1990, elle se lance avec ses collègues dans un travail sur les prisons qui deviennent sa préoccupation principale. D'abord, dans le cadre de l'ARSAAP, elle étudie la consommation des médicaments psychotropes dans les prisons de Lyon, Clairvaux, Fleury-Mérogis. Cela donnera lieu à un livre préfacé par Edouard Zarifian (La consommation des médicaments psychotropes en prison, Erès, 1996). Elle mène, ensuite, une autre recherche sur les associations d'usagers en psychiatrie pour la MIRE, mais l'ARSAAP s'essouffle avec l'éloignement géographique de ses membres. Madeleine travaille sur la question de la violence en institution psychiatrique en s'appuyant sur son travail à l'hôpital de St Egrève. Cela donne un livre passionnant qu'elle publie en 1999 sous le titre : *Soigner en psychiatrie - entre violence et vulnérabilité* (Gaëtan Morin). Elle renoue, enfin, avec les prisons qui n'ont jamais cessé de l'intéresser. Elle continuera son travail avec une autre équipe animée par Antoinette Chauvenet (CNRS), jusqu'à ses derniers jours. Elle corrigeait les épreuves de l'ouvrage à paraître quand elle est subitement décédée.

Son parcours de sociologue a été d'une grande intensité, car elle était très exigeante à la fois quant au respect des délais impartis et quant à la qualité des rapports de recherches, articles, livres... qu'il fallait rendre. Elle savait, plus que d'autres, sans doute, que le temps était compté, mais elle n'a jamais cédé à la facilité dans les conditions parfois difficiles de recueil des données et dans la rigueur de ses analyses.

Elle était aussi très engagée : syndicalement à l'hôpital, socialement avec le réseau *Souffrances et Précarité* impulsé par Xavier Emmanuelli et, plus récemment, avec l'ORSPERE, à Lyon. Elle avait très marquée par le film mettant en scène Pierre Bourdieu sur le thème : « *La sociologie est un combat* ». Et c'est vrai que Madeleine était à la fois un battante et une combattante. ■

Marcel Jaeger

LIVRES

Les générations mutantes

Bernard Prél
La Découverte, 20 €

À la suite de son précédent livre, *Le Choc des générations*, Bernard Prél aborde les continuités et ruptures générationnelles. Il s'attache, dans cet ouvrage, à mettre en scène quatre générations françaises : celle de la Belle Époque, la génération Crise de 29, la génération 68 et la génération Internet. Parce qu'elles sont des « *générations mutantes* » que l'Histoire a prises à contre-pied en les obligeant à s'adapter à un contexte politique, économique, social, culturel auquel ne les avaient préparés ni leurs parents, ni l'expérience de leur temps d'apprentissage. Mais « *mutantes* » aussi parce que ces générations, toutes séparées de trente ans, connaissent une rupture des sensibilités, des pratiques et des goûts, comme en témoignent ceux qui eurent vingt ans en mai 1968 et ceux qui, plus récemment, vécurent la révolution Internet. L'histoire et les relations de ces quatre générations en disent long sur l'évolution de notre société.

Travail social et souffrance psychique

Jacques Ion, Frédérique Giuliani, Christian Laval, Pascale Pichon, Jean-Baptiste Pommier et Bertrand Ravon
Dunod, 23 €

Les auteurs explorent les pratiques des intervenants sociaux, qui sont exposés à des situations limites mais de plus en plus courantes, où toute visée de réinsertion paraît impossible, où l'intervention d'urgence est à recommencer chaque jour, où l'épuisement professionnel menace, bref, où la relation d'aide est sans cesse à reconstruire. Dans une première partie, sont présentés quelques aspects de la généalogie des modalités de cette relation d'aide. Dans une deuxième partie, sont présentées certaines expériences. Bertrand Ravon interroge quelle « *clinique du lien défait* » se manifeste à travers les pratiques actuelles et montre de quelles façons cette clinique s'inscrit dans les rapports entre la psychologie et la sociologie.

Pascale Pichon étaye l'hypothèse selon laquelle le paradigme de l'intervention humanitaire d'urgence associée à la figure contemporaine du SDF, défini publiquement comme hors social, modifie la relation d'aide et propulse les référents de l'exclusion sociale au-devant des scènes de l'intervention socio-sanitaire.

Christian Laval aborde la problématique de la souffrance sociale au sein du dispositif RMI, région Rhône-Alpes, dont l'émergence a renouvelé la perspective clinique et donné naissance à de nouveaux profils d'intervenants. Deux figures de la personne prise en charge sont ainsi repérées : celle du « *soi inachevé* » et celle du « *soi désaccordé* ». Frédérique Giuliani, montre comment, à travers l'exemple d'un dispositif d'accompagnement des enfants, se trouvent redéfinis les rapports parentaux et comment les intervenants sont conduits à passer d'une visée éducative à une visée principalement relationnelle. Jean-Baptiste Pommier s'intéresse aux pannes de la relation d'aide nécessitant la généralisation de procédures d'appui auprès des intervenants eux-mêmes, procédures, qui, à la différence des dispositifs d'analyse de la pratique, impliquent une intervention conjointe avec le bénéficiaire.

L'Association Régionale des Psychiatres pour la Formation a organisé à Reims, le 6 novembre 2004, un congrès sur le thème « *Souffrance et le harcèlement au travail* ». Les actes de cette journée pluridisciplinaire sont actuellement disponibles*.

Le point de vue juridique

La loi dite de « *modernisation sociale* » du 17 janvier 2002 a donné une existence juridique à des situations subies depuis longtemps par certains salariés et y a associé des sanctions. Toutefois, il serait faux de prétendre que la question est depuis réglée.

Tout au contraire, nombre de salariés victimes de faits caractéristiques de harcèlement moral subissent une nouvelle épreuve en apprenant qu'ils doivent caractériser et surtout prouver à la justice ou aux administrations concernées ce qu'ils vivent au quotidien, chose qui est loin d'être aisée dans bien des cas. À l'inverse, certains sont tentés d'étiqueter « *harcèlement moral* » des faits ou situations qui n'en relèvent nullement.

La reconnaissance législative du harcèlement moral et la véritable explosion des contentieux judiciaires qui en est directement issue ne sont pas sans entraîner un mouvement de prudence accrue de la part des tribunaux appelés à juger ces questions où les enjeux tant humains que financiers sont extrêmement importants. L'inspection du travail, abondamment saisie par les salariés de situations qualifiées de « *harcèlement moral* » a, de son côté, bien du mal à se positionner au regard d'un trouble à l'ordre public pour lequel la preuve est souvent difficile à établir. D'où l'intérêt de l'étude des aspects juridiques du harcèlement moral, et d'un échange autour des différentes facettes de ce phénomène.

Le point de vue médical

Travailler est indissociable de l'intégration d'une personne dans une société. Toutefois, l'organisation sociale qui permet, à une personne, de trouver une place dans les échanges peut se gripper. Il en résulte une souffrance. Le médecin du travail, par sa proximité et son accès à l'entreprise est l'un des pre-

l'absence d'obtention possible du consentement de l'autre dans des délais compatibles avec la mise en oeuvre de la recherche, et si la recherche ne comporte que des risques et des contraintes négligeables, n'a aucune influence sur la prise en charge médicale du mineur et est réalisée à l'occasion d'actes de soins. En ce qui concerne l'accès au dossier médical, l'article L. 1111-7 du code de santé publique précise : « *Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin* ». Le Conseil d'Etat, dans une décision du 6 décembre 1993, a confirmé que le dossier médical d'un enfant devenu majeur n'est plus communicable à ses parents.

L'hospitalisation des mineurs

Les mineurs de moins de 16 ans devraient toujours pouvoir bénéficier d'une hospitalisation dans un service adapté à leur âge. Les articles 6 et 7 de la charte de l'enfant hospitalisé précisent les conditions qui devraient leur être offertes :

- « *Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptées à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge* »,

Souffrance et harcèlement au travail

miers à constater ou à être averti des aléas liés au monde de l'entreprise. Parmi ses nombreuses missions et pôles d'intérêt, les harcèlements au travail (avérés ou supposés) forment une entité nouvelle à tendance inflationniste. C'est au médecin du travail qu'incombe la difficile tâche d'analyse situationnelle et clinique, et de distinguer les éléments d'une situation toujours complexe.

Le point de vue psychopathologique et social

Souffrance et harcèlement sont-elles des notions qui renvoient à un sens commun, à des réalités bien circonscrites ?

Rien de plus commun que les conflits, dont le but, a priori, est d'aboutir à une résolution. À l'inverse, l'érotisation de la violence entre les personnes - qui offre une infinie variété d'expressions telles que les phantasmes peuvent le faire - a pour vocation de se répéter. Le but n'est pas la résolution, le but est la satisfaction de la scène phantasmée, sue ou insue des protagonistes. Dans la sphère du travail, le harcèlement en est l'expression privilégiée. Lorsque ce scénario se déroule au grand jour, sur la scène du travail, qu'il est permis, voire organisé, et qu'il se développe dans un groupe social, alors il n'est plus du domaine de la psychopathologie mais de la culture de cette société, sans préjuger des effets psychiques induits.

La destruction des liens de solidarité et du vivre ensemble auquel nous assistons depuis le début du siècle, particulièrement au travail, n'est pas fortuite. Elle résulte d'une attaque de la subjectivité au motif que celle-ci détourne de l'énergie au détriment de l'économie restreinte à la production des biens. La dite « *Nouvelle Économie* » y serait pour quelque chose. L'autorité

- « *L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité* ».

Il existe en psychiatrie adulte la possibilité d'hospitaliser un patient avec son consentement (hospitalisation libre) ou sans son consentement, c'est-à-dire sous contrainte, comme le prévoit la loi du 27 juin 1990 (hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office). Concernant les mineurs, le cas le plus fréquent est celui de l'hospitalisation libre, l'accord du représentant légal étant indispensable. La procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers n'existe pas pour le mineur. Par contre, l'hospitalisation d'office est réalisable dans les mêmes conditions que pour un majeur dès lors que le mineur est âgé d'au moins 13 ans.

Il existe une procédure d'hospitalisation spécifique au mineur, résultant d'une ordonnance provisoire de placement (OPP) en milieu médical, ordonnance rédigée par le Juge des Enfants ou le Procureur de la République. Ainsi l'article 375-3 du code civil prévoit : « *S'il est nécessaire de retirer l'enfant de son milieu actuel, le juge peut décider de le confier : 1° À l'autre parent ; 2° À un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ; 3° À un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé ; 4° À un service départemental de l'aide sociale à l'enfance* ». En fonction des relations entre pédo-

n'a plus son adossement à la tradition ni à la morale. La subordination n'est pas la soumission à une personne, pas plus que la pénibilité d'une tâche n'est synonyme de souffrance. L'Histoire est effacée au profit de l'actuel, du présent un peu dilaté.

Le dommage que subit la personne qui s'estime victime d'un harcèlement se double d'une atteinte à la société elle-même par le déni des repères moraux. Autrement dit, le rapport à la Loi comme structurante, s'efface au profit de principes décrétés par les lois de l'économie. Les témoins de cette mutation sont amenés, sans violence perceptible, à collaborer et à mettre en place des stratégies originales pour se protéger eux-mêmes et à lutter contre la peur et/ou la souffrance éthique, tout en subissant la même déréliction que ladite victime. Ne plus se reconnaître dans ses actes, passivement, équivaut à se désavouer soi-même.

Quelles ressources, trouver en soi et dans la Culture pour ne pas sombrer dans l'angoisse ou l'effondrement psychique, pour ne pas induire la déstructuration des relations familiales, lorsque l'isolement et le doute induits par le harcèlement ou la destruction du travail, surviennent ?

Quelles ressources, les professionnels du travail doivent-ils mettre en oeuvre pour penser cette question et en assumer la responsabilité ?

Quelles ressources les professionnels des autres disciplines doivent-ils développer pour penser la complexité psychique et sociale des situations de harcèlement et de souffrance au travail et agir dans le cadre qui est le leur ? « *Tandis que l'isolement intéresse le domaine public de la vie, la désolation intéresse la vie humaine dans son tout* » (Hannah Arendt). Quand le pouvoir d'ajouter quelque chose au monde est détruit, c'est-à-dire quand ni le travail ni la pensée ne sont possibles, alors survient la désolation.

psychiatres et Juges des enfants, les OPP ont pu être parfois utilisées pour imposer une hospitalisation. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 limite ce phénomène en insérant un nouvel article (article 375-9 du code civil) qui modifie les modalités de ce placement en milieu hospitalier : « *La décision confiant le mineur, sur le fondement du 3 de l'article 375-3, à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours. La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable* ». Si le médecin de l'établissement d'accueil n'établit pas de certificat permettant le renouvellement de la mesure, elle est de fait levée au bout de quinze jours.

Conclusion

La législation concernant les mineurs a été modifiée, récemment, par la loi du 4 mars 2002. Les modifications essentielles sont :

- la possibilité qu'a le médecin de délivrer à un mineur les soins indispensables, lorsque le refus de son représentant légal peut avoir des conséquences graves (article L. 1111-4) ;
- la possibilité du mineur de s'opposer expressément à la consultation de ses représentants légaux afin de garder le secret sur son état de santé (article L.

Comment être venu à envisager cette journée et son titre ?

Jacques Barbier, psychiatre et psychanalyste relève qu'il y a environ deux ans, des médecins du travail sont venus solliciter des psychiatres afin qu'ils reçoivent des personnes en souffrance psychique intense et durable, pour lesquelles le diagnostic et la conduite à tenir étaient difficiles à cerner. En tout état de cause, le traitement de ces situations dépassait le cadre strict de leurs fonctions.

« *Nous connaissions aussi ces patients, mais plus tard dans leur cursus, à un stade où le diagnostic de dépression s'imposait et où ces patients se nommaient eux-mêmes « victimes », comme une nouvelle identité.*

Nous avions tous en tête le livre de Marie-France Hirigoyen, au moins le premier, ses commentaires, les débats liés au harcèlement sexuel en entreprises et ailleurs, ainsi que la partie de la loi de modernisation sociale qui concerne le harcèlement au travail ; ainsi que les publications des médias, souvent faites de sensationnel simpliste et racoleur.

Un séminaire s'est déroulé pendant un an avec l'intention d'exposer sa pratique personnelle à l'écoute des autres, venant d'autres professions, c'est-à-dire ayant une autre culture, d'autres paradigmes. Le but était d'entrecroiser les discours - au travers de quels chacun pense et agit dans sa pratique professionnelle. Que se passe-t-il ? Où sommes-nous ?

Qui sommes-nous ? Michel Foucault appelait cela « une inquiétude de l'actualité ».

Agir c'est différent de réagir, fonctionner, gérer, qui ne demandent ni pensée ni jugement pour être effectifs, c'est-à-dire avoir des effets (cf Eichmann à Jérusalem de Hannah Arendt).

La mobilité mentale qui permet de changer de perspective, de changer de discours, à la prétention de donner une intelligence à des situations complexes. Or, aucune situation n'est pas complexe. Qu'il faille réduire une problématique complexe à l'un des ses éléments, à un moment donné, ne doit pas nous faire oublier que la réduction, utile, a eu lieu. Méconnaître cette opération relève de la paresse mentale ou de la psychopathologie : clivage, déni, forclusion.

1111-5) ;

- la nécessité d'un certificat médical circonstancié pour qu'un magistrat puisse prononcer une OPP en milieu de soins. Il apparaît, cependant, qu'un certain nombre d'interprétations de la loi feront jurisprudence, certaines notions restant imprécises. Citons, par exemple, l'opposition faite entre acte usuel et acte lourd, le terme d'usuel n'ayant pas de définition précise. On pourrait considérer que l'hospitalisation d'un mineur en pédopsychiatrie ou en psychiatrie est un acte lourd, donc nécessitant lors de l'admission la signature des deux parents. Or, il arrive souvent qu'un des deux parents ne soit pas présent lors de l'admission du mineur. Dans le cas des couples séparés, il arrive que le parent n'assurant pas la prise en charge quotidienne de l'enfant ne soit pas informé de l'hospitalisation de son enfant, soit par négligence, soit de façon délibérée. ■

Annie Laurent*, Luc Barret**

* Praticien Hospitalier, Pédopsychiatre, CHU de Grenoble

** Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Médecine Légale, CHU de Grenoble

Bibliographie

- (1) Code de la santé publique, de l'action sociale et des familles.
- (2) Code civil.
- (3) Charte des enfants hospitalisés (UNESCO, OMS Europe, 1989).
- (4) Convention internationale des droits de l'enfant (20 novembre 1989).

Passeurs et témoignage : comment sensibiliser sans faire violence ?

« Un témoignage fait avec retenue est plus efficace que s'il l'était avec indignation. L'indignation doit venir du lecteur, pas de l'auteur, car on n'est jamais certain que les sentiments du premier deviendront ceux du second. J'ai voulu fournir au lecteur la matière première de son indignation »

Primo Levi

L'association Primo Levi est née en 1995, d'un mouvement inter-associatif qui a appuyé l'engagement de professionnels, intervenant depuis longtemps auprès des personnes victimes de la torture et de la violence politique en exil en France. Dès l'origine, l'équipe du centre a souhaité tisser des liens forts avec ceux qui, chacun dans leur spécificité, travaillent auprès des demandeurs d'asile et des réfugiés.

Pour l'association Primo Levi, la mission de témoignage s'inscrit comme une nécessité à côté de la mission de soin et de soutien aux personnes victimes de la violence politique et de la torture. D'une part, pour assurer une transmission d'une réflexion pluridisciplinaire sur l'accompagnement, sur les problématiques de l'écoute (en direction des professionnels notamment). D'autre part, il s'agit de contribuer à la défense des droits humains en témoignant des effets de la violence politique et de la torture. L'objectif est de contribuer à la prévention, par l'information et la sensibilisation du grand public.

Dans cette perspective, l'association Primo Levi souhaite établir un dialogue avec les professionnels de l'information et de la transmission (journalistes, artistes ...) sur les problématiques soulevées par le témoignage de l'horreur :

- Ceux qui sont amenés à être témoins des violences faites à autrui, sont affectés par les effets de ces actes. Comment les passeurs, et notamment les journalistes et les artistes, se « débrouillent-ils » des échos de la souffrance ? L'expérience des thérapeutes du centre Primo Levi sur les questions du trauma peut soutenir le travail sur la nécessaire distance à trouver.
- Pour les victimes de la torture ou de la violence politique s'exposer comme victime comporte des risques de souffrance. Comment accompagner les victimes et prévenir les effets de la remémoration ou de la victimisation ? L'expérience du soutien aux victimes par le Centre Primo Levi peut éclairer la réflexion sur les problématiques du témoignage et les précautions à prendre lors du recueil et de la diffusion. Voir le numéro de « Mémoires » (revue de l'association Primo Levi) consacré au Témoignage, octobre 2005.
- Les images et les récits transmettent une part de la souffrance vécue. L'émotion du public peut faire obstacle à l'écoute, à la compréhension des événements. Comment sensibiliser sans faire violence ?
- La transmission est une oeuvre de représentation. Comment les « passeurs » travaillent-ils la forme de cette représentation, entre une exigence d'authenticité et les règles formelles de leur mode d'expression ?

Association Primo Levi : Soins et soutien aux personnes victimes de la torture et de la violence politique, 107 avenue Parmentier, 75011 Paris. Tel. : 01 43 14 88 50. www.primo-levi.asso.fr

Nous aurions aimé que cette confrontation contredise le fait que les régulations sociales auxquelles nous étions habitués, voyez notre âge, étaient devenues plus ou moins invalides, que la référence morale dans les institutions de la société ne marchait plus, voir même que cette référence était devenue sans valeur !

Nous en sommes venus à buter sur la question du management ou, plus exactement, sur le discours macroéconomique qui ne dit rien de la rencontre imaginaire et symbolique entre humains ; ce qui n'est pas « comptabilisable », n'existe pas par décret.

Comment nos professions nous amènent-elles à penser cette modernité qui change le rapport au travail et à l'entreprise, qui change la culture c'est-à-dire la façon d'être vivant dans son rapport à soi-même et aux autres ?

Toute époque a connu des mutations culturelles : avec cette mutation, est-ce que l'humanité change à nouveau ? Il n'est pas impertinent de prétendre y comprendre quelque chose au travers d'études locales, et de ne pas se contenter de prophétiser « c'était mieux avant ».

Les communications

La loi sur le harcèlement moral : solution ou miroir aux alouettes ?

La loi dite « de modernisation sociale » du 17 janvier 2002 définissant et réprimant le harcèlement moral et la campagne médiatique qui l'a suivie, ont fait souffler un vent d'espoir à destination de nombreux salariés supportant, au quotidien, des comportements déviants de la part de leurs chefs d'entreprise, supérieurs, voire collègues. Avec un recul de plus de deux années, le constat de la mise en œuvre pratique de la loi est bien plus nuancée que les effets d'annonce qui ont accompagné la naissance du texte en 2002.

D'une part, le chemin judiciaire demeure long, pénible et très difficile pour une personne s'estimant victime de harcèlement moral. D'autre part, les solutions législatives ou judiciaires ne sont pas nécessairement adaptées aux attentes ou, tout simplement, aux besoins des victimes de harcèlement moral.

Pour Maître Pascal Grosdemange, avocat, force est de constater une très forte prudence des juridictions par rapport à la notion de harcèlement moral, outre que la notion n'est pas, dorénavant, sans comporter divers effets pervers non nécessairement prévus lorsque la loi a été créée.

Une solution manquée

Cyrille Duvert, juriste et Maître de Conférence confirme que beaucoup d'espoirs étaient placés dans la consécration par la loi de modernisation du concept de « harcèlement moral », ce nouvel outil juridique se révèle finalement difficile d'usage, suscitant une certaine méfiance des praticiens du droit (juges et avocats) et la déception des « usagers » du droit. La cause en est sans doute un certain nombre de paradoxes ignorés, volontairement ou non, par le législateur, et qu'il serait nécessaire d'éclairer afin que le harcèlement moral ne reste pas une occasion manquée.

Le rôle du médecin de travail

Maryse Bouvet, Gérard Bouvet, Anne Catherine Chanier, Pierrette Mas et Francine Rousseaux, médecins du Travail, relèvent que par leur connaissance de l'entreprise ainsi que leur rôle d'écoute et de conseil, aussi bien des victimes que des oppresseurs, ils peuvent aider au dénouement des situations de souffrance au travail. Ils reçoivent

dans leur cabinet, lors de la visite annuelle, lors d'une visite de reprise ou d'une consultation spontanée, un salarié présentant le tableau clinique que décrit un Confrère psychiatre. Leur rôle va alors être de comprendre.

Les différentes enquêtes menées permettent de distinguer des situations de harcèlement réel, des situations de souffrance morale qui n'en relèvent pas. Des exemples concrets illustrent les différentes situations.

L'intervention de l'inspection du travail

Cécile Jaffré et Gwénaél Frontin, Inspecteurs du Travail, relèvent que la qualification juridique nouvelle du harcèlement moral a créé un champ de réflexion et d'intervention nouveau pour les agents du service public de l'Inspection du Travail. La prise en compte de situations de souffrance au travail, leur analyse en fonction de la grille juridique légale et l'éventuelle intervention en entreprise sont très complexes. Elles demandent des compétences multiples, et pour certaines, jusqu'alors méconnues. Les agents sont donc confrontés à une nécessaire réflexion sur leurs pratiques et à la construction de partenariats.

Le point de vue de la direction des ressources humaines

Pour Sophie Mariot, Directrice des Ressources Humaines, les métiers et les emplois évoluent dans un contexte professionnel de procédures de plus en plus normées. L'accélération des modes opératoires, l'augmentation de la quantité des informations brouille la perception des urgences et des priorités chez les salariés.

Le mode de relation au salarié (ou management) est souvent peu structuré. Si les démarches de formation au management existent, elles ne sont pas souvent l'objet d'un suivi dans la mise en œuvre.

Lorsque des difficultés surgissent dans la relation contractuelle, elles peuvent avoir pour origine le mode de management (définition des objectifs, suivi d'activité) ou une exécution fautive du salarié. Si le Directeur des Ressources Humaines sait instruire une procédure disciplinaire, la démarche en cas de difficultés relationnelles, voire de harcèlement, est rarement structurée. Pourtant, l'information relative au problème circule et les acteurs pouvant agir ou réagir sont nombreux. La loi impose de mettre en œuvre des actions de prévention et de les identifier avec le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail.

Le DRH a un rôle essentiel à jouer en tant que coordonnateur d'une démarche permettant d'agir dès qu'une alerte est donnée, quelle qu'en soit la source. Cette approche est délicate à mettre en œuvre dans les entreprises de très petite taille et commence à apparaître dans les entreprises plus importantes en effectif.

Les aspects psychologiques

Partant du constat de l'évènement social qu'a représenté le livre de Marie France Hirigoyen, Michelle Dréda, psychologue, propose dans un premier temps d'explorer le sens que prend la plainte harcèlement moral en la resituant dans le contexte du monde du travail actuel, dans la mesure où cette plainte révèle une souffrance qui n'avait pas jusqu'alors trouvé à se dire. Le harcèlement moral étant considéré comme un état extrême de dégradation du lien social au travail, il s'agira dans un second temps de mettre en lumière les fonctionnements sociaux et processus organisationnels du travail actuel qui relèvent de cette déstructuration du lien social, mais aussi d'une coupure du rapport à la réalité, d'une amputation de la capacité d'agir et de

penser, d'un déficit profond de l'estime de soi... entre autre.

Une clinique psychiatrique

Depuis la médiatisation et l'existence de la loi, l'expression « harcèlement moral » est désormais employée à toutes les sauces. Parfois exprimé timidement, il devient très souvent un diagnostic imposé aux médecins dès qu'un salarié souffre psychologiquement.

Certes, différentes études ont montré qu'il y a une augmentation importante des situations de harcèlement moral au travail ces dernières années. La loi de janvier 2002 aurait dû juguler cette inquiétante épidémie, mais les dérives ont contribué à l'encombrement des tribunaux par des plaintes abusives et provoqué, en retour, la naissance de stratégies de management plus perverses. Pendant ce temps, encore plus isolés, encore plus nombreux, les vrais harcelés craquent et se murent dans le silence. Face à un salarié qui souffre psychologiquement, pour Ammon Rifai, psychiatre et psychanalyste, la clinique doit être rigoureuse pour identifier, au mieux, l'origine de cette souffrance.

Est-ce une cause ou une conséquence d'une situation conflictuelle ? S'agit-il d'un vrai harcèlement ou d'un sentiment d'être harcelé ? Ceci est très important car les soins et les modalités de prise en charge ne sont pas les mêmes. Il faut empêcher, en priorité, ces patients fragilisés de s'enfermer dans la victimisation. L'évolution et les séquelles en dépendent.

La psychanalyse est-elle un recours ?

L'abord de la question du travail, sur le plan métapsychique, passe par l'analyse du développement de l'enfant dans son processus de socialisation complexe. Pour Thierry Delcourt, psychiatre et psychanalyste, les avatars multiples de ce développement vont générer des manifestations symptomatiques qui se retrouvent dans le rapport au travail, creuset de la socialité. Mais le travail, au-delà d'une vulnérabilité individuelle, peut-il être la source unique d'une décompensation psychique ? L'analyse des contraintes complexes et des microtraumatismes psychiques permet d'isoler des décompensations à expression symptomatique spécifique.

Cette analyse oblige à reconsidérer l'approche thérapeutique mais également la question du sujet dans ces situations de précarité, de néantisation et de victimisation judiciaire.

La question du harcèlement, de son traitement social, constitue un paradigme de cette dérive du sujet pris dans un discours aliénant et qui n'a d'autre issue que de s'inscrire dans la plainte socialement recevable. Le psychanalyste, à contre-courant du discours social aliénant dont s'empare le sujet en détresse, va devoir placer son patient en position douloureuse de donner sens à sa souffrance.

La nouvelle économie comme contexte

En conclusion, Jacques Barbier, psychiatre et psychanalyste, pense que la Nouvelle Économie est une invention de journaliste, reprise comme mythe managérial flou. Cette expression résume les changements économiques attribués aux techniques de communication et d'information nées il y a environ 25 ans. Ces techniques ont rendu possible un bouleversement de l'économie dont on peut déclinier les caractéristiques et les conséquences sur les personnes et la société.

Le travail ancien, physique, s'est retrouvé allégé par la mécanisation, l'automatisation et la robotisation. Cependant, paradoxalement, le nouveau travail, plus autonome et plus intellectuel, ne s'est pas accompagné d'une

amélioration de la santé des salariés ni d'une diminution des accidents de travail, bien au contraire. L'évolution du vocabulaire rend compte du changement de place et de statut des personnes face au travail et de celui-ci comme matrice de lien social. Le harcèlement au travail est un artefact qui fait croire que ce phénomène est le résultat de la rencontre de deux individus ; cette scène est induite, voire permise, par l'organisation nouvelle, elle-même induite par la pensée purement financière du commerce. La transformation mondiale de l'économie et la prévalence du discours économique sur tous les autres modifient-elles la société, c'est-à-dire la façon d'être humain ensemble ? Quel en est le coût pour l'humanité pour autant que ce mot continue d'avoir un sens ? ■

*Pascale Dumont, ARDPF, 2 bis rue de Witry, 51110. Pour tout renseignement appeler le 03 26 83 95 06.

LIVRES

Conduire le développement Social

2ème édition

Philip Mondolfo
Dunod

L'action sociale s'est ouverte à une nouvelle acception de la notion de développement déclinée sous des appellations diverses : développement social, développement local, développement territorial, développement social territorial, développement solidaire, développement humain, etc. L'ouvrage *Travail social et développement*, paru en septembre 2001, a contribué à clarifier ce champ lexical et tenté de stabiliser la notion de développement social. Il a également exploré la généalogie de sa diffusion dans le travail social et mis en évidence les conditions de sa mise en pratique par les professionnels de l'intervention sociale. Ce livre est une réédition, remaniée et augmentée, destinée à prendre en compte les réflexions récentes sur cette question et, surtout, à répondre aux attentes de prolongements méthodologiques, permettant de mettre en œuvre ce type d'intervention d'un point de vue stratégique.

La santé

Collection Cahiers français n° 324
La Documentation française 9,50 €

Les pays occidentaux ont connu, principalement dans la seconde moitié du XX^e siècle, des transformations de grande ampleur dans le domaine de la santé. La hausse du niveau de vie et l'accroissement des moyens préventifs et curatifs à la disposition de la médecine ont permis une importante élévation de l'espérance de vie. Avec le quasi-triomphe obtenu sur les maladies infectieuses et le très large effacement des périls liés à l'accouchement et à la petite enfance, des menaces immémoriales se sont presque évanouies.

Ce numéro s'interroge, au-delà des avancées enregistrées, sur les inégalités persistantes en matière de mortalité, de maladie et de dépendance. Sont étudiées, aussi, les transformations relatives au rôle de la psychiatrie, la prise en compte de la dimension politique du handicap, et les stratégies mises en œuvre pour faire face aux risques sanitaires.

Le système de santé français connaît des difficultés structurelles de financement depuis de nombreuses années, les réformes engagées successivement cherchant à en maîtriser les dépenses. Enfin, sont examinées les dimensions éthiques et démocratiques attachées aux pratiques médicales.

LIVRES

ESSAI
sur les probabilités de la durée
de la vie humaine (1746)
ADDITION à l'Essai (1760)

Antoine Deparcieux
Réédition en fac-simile
avec une introduction et des
notes de Cern Behar
Accompagnée de contributions
de G. Gallais-Hammonno, C.
Rietsch, J. Berthon
Institut National d'Etudes
démographiques

C'est à Antoine Deparcieux que revient le mérite, non seulement d'avoir construit la première table française de mortalité, mais d'en avoir établi la théorie. Deparcieux a été qualifié de « seul grand théoricien français d'arithmétique politique du XVIII^e siècle », du fait de son travail minutieux et novateur. Il peut, aussi, être considéré comme le pionnier de la théorie mathématique des populations car c'est de lui qu'en provient l'idée fondatrice : à chaque table de mortalité se trouve nécessairement associée une population stationnaire dont la structure par âges est définie par la série de survivants de la table. Les tables de Deparcieux, calculées à partir de données extraites des registres des tontines et des nécrologues de divers ordres religieux parisiens, seront reprises et reproduites par les auteurs de la seconde moitié du XVIII^e siècle, de Buffon à Süßmilch, en passant par Moheau, Price et Jaucourt, l'auteur de l'article « Vie » de l'*Encyclopédie*. Les tables de Deparcieux seront utilisées par les compagnies d'assurance françaises dans leurs calculs actuariels jusque vers la fin du XIX^e siècle.

Hypnose
ou traité du sommeil nerveux,
considéré dans ses relations
avec le magnétisme animal
(1843)

James Braid
Avec une introduction de Serge
Nicolas
L'Harmattan

Le médecin anglais James Braid (1795-1860) est l'inventeur du terme « hypnose ». En 1841, il découvre le magnétisme animal à l'occasion de la venue du magnétiseur français La Fontaine à Manchester. Il s'adonne alors à des recherches et publie en 1843 son ouvrage qui a pour titre : « *Neurypnology* ». Braid s'attache d'abord à démontrer la fausseté du mesmerisme ; et c'est à la suite d'expériences bien conçues et suivies qu'il conclut que les phénomènes dont il s'agit ne dépendent en aucune façon d'une influence spéciale quelconque (ex. fluide magnétique), émanant d'autrui, sur les sujets endormis. Il prouve que l'hypnotisme et tous les phénomènes qui se produisent durant cet état sont dus, uniquement, à la condition physiologique et psychique du patient. Il avance une théorie qui ne manque pas d'intérêt : l'état particulier appelé hypnotisme dépend d'une diminution de la faculté d'attention, amené par la pensée, fortement et exclusivement, attachée à un objet unique (ex. pendule), à une idée unique. Au point de vue psychologique, l'intérêt de ce livre réside, aussi, dans une étude des phénomènes de suggestion. Il fallut attendre 1883 pour que le livre de Braid, qui est présenté ici en fac similé, soit traduit en français par Jules Simon sous la direction de C. E. Brown-Séquard.

La tâche n'était pas facile : transporter les corps depuis la morgue jusqu'au local de recherche, le plus souvent la nuit, (non sans avoir donné la pièce aux employés), travailler sur des cerveaux formolés, les arrimer sur des tiges métalliques sans les léser, savoir les découper suivant des plans bien précis, n'était pas une petite affaire !

Au bout de plusieurs années de travail acharné, après avoir examiné et repéré plus de 90 cerveaux, Jean Talairach découvrit que les seuls repères anatomiques valables étaient la commissure antérieure et la commissure postérieure du cerveau, du fait de leur localisation profonde sur la ligne médiane et de leur proportionnalité géométrique avec les autres structures cérébrales.

La ligne de base bicommissurale et ses deux perpendiculaires étaient nées. La ligne de base CA-CP et les 2 perpendiculaires abaissées de CA et de CP, VCA et VCP allaient permettre d'accéder à la chirurgie des noyaux gris centraux. C'était le début de l'aventure !

Simultanément, Spiegel et Wycis (1947), Lors Leksell (1949), Riechert et Hassler (1953), Narabayashi (1953) contribuaient à l'essor de la stéréotaxie, mais le principe du repérage, selon le plan bicommissural, fut utilisé pour la première fois lors d'une intervention neurochirurgicale par Jean Talairach le 5/12/48 et devint une référence mondiale.

Le premier atlas d'anatomie stéréotaxique de J. Talairach parut en 1957. L'imagerie radiologique devait suivre. En 1959, financée par le Ministère de la Santé, la Ville de Paris et l'Hôpital Sainte-Anne, sera réalisée sous l'ancienne coupole la salle d'intervention dédiée à la stéréotaxie, selon les plans conçus par J. Talairach : deux tubes radiographiques strictement perpendiculaires entre eux, situés à 4 mètres 75 de la table d'examen pallieront les déformations de l'image et fourniront des images en dimensions réelles, des séries de clichés décalés de quelques degrés pour chacune des 2 incidences, permettront la vision stéréoscopique du cerveau des patients à condition de savoir « loucher » pour superposer les images radiologiques juxtaposées sur les plages lumineuses d'un mur de la salle et accéder ainsi à la vision en relief. Ceux qui n'en étaient pas capables pouvaient disposer d'un boîtier de vision stéréoscopique.

Le système de visée, surnommé « la grenouille » comportait un boîtier optique qui glissait sur un immense rail en arc de cercle métallique dont le centre coïncidait avec celui de la table d'opération. Le tout était contrebalancé par un lourd palan situé en dehors de la salle d'opération.

L'ambiance de la salle de stéréotaxie ressemblait à celle d'une cathédrale avec des officiants vêtus de bleu et de blanc, silencieux, attentifs. Seuls, quelques murmures, émis derrière les masques de chirurgie et le bruit saccadé des clichés, rompaient le silence feutré des lieux.

Un repérage stéréotaxique durait en moyenne 4 à 5 heures. Il comportait l'installation et l'anesthésie générale du patient, une encéphalographie gazeuse, une ventriculographie gazeuse et lipiodolée et une artériographie avec 4 séries de clichés de face et de profil (2 séries à rayon droit et 2 séries à rayon décalé).

Petit à petit, la technique du repérage selon le plan bicommissural se développait : elle sera utilisée en premier lieu pour réaliser des ponctions de kystes intracrâniens profonds, puis pour des repérages biopsiques de tumeurs bénignes ou malignes inaccessibles à la neurochirurgie classique. L'aiguille de biopsie contrôlée par le cliché radiographique était suivie tout le long de son trajet intracérébral, ou intraventriculaire : on ne passait pas à côté des lésions, on savait jusqu'où l'on pouvait aller sans léser les zones essentielles du

La radiothérapie stéréotaxique à Sainte-Anne

cerveau comme les centres sensitivo-moteurs ou ceux du langage.

La maturité

Mais l'intérêt de la méthode ne s'arrêta pas là : les investigations électrocliniques et électrophysiologiques du Neurophysiologiste Jean Bancaud faites à ciel ouvert depuis 1952 purent désormais se faire à crâne fermé, guidées vers les structures profondes : un nombre plus élevé d'électrodes et de dérivations put accroître les possibilités d'exploration et révéler non seulement l'origine de la zone épileptogène mais encore le trajet des crises ce qui permit de délimiter avec précision, selon un schéma représentant le trajet des électrodes et les tracés électriques de chaque point de stimulation dans les zones impliquées, l'étendue de la cortectomie.

Issue des travaux de J.P. Constans et Benda, la première implantation d'isotopes par voie stéréotaxique fut réalisée par Jean Talairach en 1953 : il réussit à implanter des grains d'Yttrium dans le locus niger pour traiter un patient atteint de la maladie de Parkinson.

Plus tard les grains d'Yttrium furent remplacés par des fils d'Or : Roger Clodic, Infirmier du bloc opératoire de stéréotaxie, eut pour mission d'aller chercher des fils d'Or, de les emmener à Saclay pour les rendre radioactifs et de les couper, selon la longueur souhaitée, à l'aide d'un outil en forme de guillotine qu'il inventa lui-même.

Gabor Szikla, Neurochirurgien réfugié de sa Hongrie natale, fut accueilli en 1958 dans le service du Professeur Marcel Davrid, neurochirurgien en chef à l'Hôpital Sainte-Anne pour devenir l'élève assidu de J. Talairach. Il contribua énormément à développer la stéréotaxie à Sainte-Anne, et l'enseignement aux Neurochirurgiens venus du monde entier apprendre la méthode. Il devint Maître de Recherche au CNRS de Sainte-Anne en 1976.

Oswaldo Betti, Neurochirurgien argentin ayant fui le régime péroniste en 1955, vint s'ajouter à la liste des stéréotacticiens de haut niveau et devint, plus tard, l'inventeur d'une méthode de radiothérapie en conditions stéréotaxiques par accélérateur linéaire.

Giovanni Ruggiero élève de Lindgren, en Suède, arriva en 1956 et inventa à Sainte-Anne la méthode de l'encéphalographie gazeuse fractionnée qui sera pratiquée par tous les neuroradiologues jusqu'à l'avènement du Scanner dans les années 70 : on pouvait enfin voir le système ventriculaire et ses déplacements éventuels. C'était une immense innovation en matière de diagnostic ! Les années 1960 furent marquées par la multiplicité des recherches dans le domaine de la stéréotaxie intracérébrale : la stéréoelectroencéphalographie (SEEG) naissait à Sainte-Anne en 1962. Les ponctions biopsiques en conditions stéréotaxiques commençaient à voir le jour.

Les radioisotopes étaient utilisés par voie stéréotaxique, tels le Strontium implanté dans l'hypophyse, puis l'Iridium à haut débit dans les tumeurs cérébrales par Mudingier et Sauerwein. L'idée d'un traitement en une seule séance par radiothérapie externe, c'est-à-dire à cerveau fermé devint une réalité, en 1968, avec le neurochirurgien suédois Lark Leksell qui réalisa un casque contenant de multiminisources de Cobalt radioactif (Co 60) orientées concentriquement vers la cible. Le système s'appela GAMMA-UNIT et commença à être exploité en 1970.

A la fin des années 1970, Gabor Szikla et Michel Schlienger, radiothérapeute à l'Institut Gustave Roussy

(IGR) coordonnaient leurs compétences pour planifier un système permettant d'utiliser les rayons X d'un accélérateur linéaire combiné à la stéréotaxie. Ce Plan fut soumis aux instances officielles en vue d'un financement. La mort brutale de Gabor Szikla en 1983 ne permit pas de le réaliser.

L'Unité Multifaisceaux d'Irradiation Convergente

Pendant ce temps, le Neurochirurgien Oswaldo Betti, ancien élève de l'école de Stéréotaxie de Sainte-Anne, de retour en Argentine, travaillait avec le Physicien Daniel Galmarini et l'Ingénieur Victor Derechenski dans le but de réaliser un équipement combinant les minifaisceaux d'un accélérateur linéaire convergent vers une cible prédéfinie par la stéréotaxie de Jean Talairach et utilisant un système dosimétrique informatisé pour calculer l'absorption réelle des rayons par cette cible.

Ce défi sans pareil fut réalisé, en 1982, à Buenos Aires avec la fabrication d'un siège tournant sur son axe vertical, dont le dossier était porteur du cadre de Talairach, fixé sur la tête du patient et coordonné aux mouvements de rota-

tion d'un accélérateur linéaire (LINAC). Il nomma ce système « UMIC » (Unité Multifaisceaux d'Irradiation Convergente) et commença à traiter, dès 1982, les malformations artérioveineuses cérébrales inopérables, superficielles et profondes.

Après la communication des travaux d'Oswaldo Betti, en 1983, les neurochirurgiens stéréotacticiens tels le Professeur Serge Blond à Lille et les neuroradiologues parisiens qui pratiquaient les embolisations thérapeutiques, comme le Professeur Jean Jacques Merland à l'Hôpital Lariboisière, convaincus de l'utilité de cette méthode de traitement pour les patients porteurs de lésions ou de malformations artérioveineuses cérébrales inopérables ou inembolisables adressèrent leurs patients à Oswaldo Betti.

Le premier patient fut traité à Buenos Aires en août 1984.

La procédure du traitement était un peu compliquée : elle comportait le repérage artériographique en France, la dosimétrie et le traitement radiothérapeutique à la Clinica Antartida de Buenos Aires.

Il fallait une autorisation spéciale de la Sécurité Sociale pour faire bénéficier les patients d'une prise en charge de transport aérien accompagné, et d'une

La physiognomonie

Problèmes philosophiques d'une pseudo-science

Textes réunis par C. Bouton, V. Laurand et L. Raïd
Editions Kimé, 25 €

La physiognomonie est une vieille tentation : lire l'âme sur le corps, dominer l'imprévisibilité humaine par la science des traits, au-delà des seules informations qu'une personne donnerait d'elle-même par sa parole ou ses actes. Une perspective transversale est indispensable pour parcourir la question de ce qui en fait une fausse science.

La première partie de ce livre aborde l'idée du corps considéré comme signe de l'âme, que ce soit dans sa complexion ou dans ses expressions. Valéry Laurand explore les origines de la physiognomonie dans deux traités datant l'un de la période helléniste (III^e siècle av. J.-C.), l'autre du IV^e siècle, et montre le statut équivoque de cette discipline qui passe, progressivement, d'une prétention affichée de scientificité, très vite contestée, à un art de lecture des visages et des caractères, dont l'empiricité est pleinement assumée. Brigitte Georget rappelle que dans son *Anthropologie*, Kant, comme la majorité de ses contemporains, conteste à la physiognomonie le statut de science. En revanche, il lui reconnaît un certain intérêt dans la mesure où elle peut être un art de cultiver le goût. Christophe Bouton examine les motivations philosophiques de la critique adressée par Hegel à Lavater dans la *Phénoménologie de l'esprit*, qui découlent d'une théorie de l'action posant la vérité de l'individu dans ses actes plutôt que dans son corps. En s'appuyant sur la théorie wittgensteinienne du jugement, Layla Raïd analyse le concept d'expression qui est au centre des réflexions sur la physiognomonie. La deuxième partie de cet ouvrage s'attache à montrer l'influence de la physiognomonie dans plusieurs disciplines artistiques, qui vont de la peinture à la photographie, en passant par la sculpture et la littérature. Nadeije Laneyrie-Dagen présente les notes de Rubens qui contiennent sa conception originale de la physiognomonie. Laurent Baridon étudie comment, au XIX^e siècle, certains artistes français, notamment des peintres, tel David D'Angers, et des sculpteurs, comme François Gérard, se sont servis de la phrénologie pour l'élaboration des portraits. Alexandre Péraud interroge le rôle et la fonction de la physiognomonie dans la poétique réaliste de la *Comédie Humaine* car Balzac s'inspire maintes fois de la physiognomonie zoologique de Lavater et de la pathognomonie de Le Brun, pour brosser le portrait de ses personnages. S'appuyant sur les travaux de Gombrich, Laure Blanc-Benon montre que le portrait n'est jamais la simple imitation d'un donné naturel, mais un processus de schémas et de corrections par lequel l'artiste tente de saisir son modèle dans son individualité. Le portrait se situe à mi-chemin entre le type, la caricature qui généralise, et la photographie d'identité qui particularise et vise l'exhaustivité. Si la physiognomonie a pu servir à des caricaturistes comme Rodolphe Töpffer, elle n'est en revanche d'aucun secours pour cerner les traits du visage dans leur singularité. La dernière partie du livre illustre l'équivocité de la phrénologie, à travers deux études de Gauthier Autin et de Guillaume Le Blanc. Gauthier Autin analyse la démarche et les présupposés de Cesare Lombroso, en les confrontant aux critiques de son adversaire de l'époque, le sociologue français Gabriel Tarde. Ce dernier ne remet pas en cause l'idée que la disposition au crime se traduit dans la physiognomie de l'individu. La contribution de Guillaume Le Blanc apporte un éclairage à travers la philosophie d'Auguste Comte, qui refuse, comme Broussais, à la psychologie le statut de science, pour la raison que l'esprit ne peut jamais s'observer lui-même tel qu'il est, car il est toujours modifié par sa propre activité d'observation. Ce bel ensemble de textes montre que la réflexion sur la physiognomonie et la phrénologie conduit à s'interroger sur l'articulation entre physiologie et psychologie, psychologie et philosophie, comme l'un de ses prolongements possibles.

Commentaire moyen sur le De Interpretatione

Averroès

Introduction, traduction et notes de A. Benmakhlouf et S. Diebler
 Librairie Philosophique J. Vrin 22,87 €

Né à Cordoue en 1126, mort en 1198, Ibn Rusd (Averroès), juge, médecin et philosophe andalou, a laissé une œuvre considérable : outre des traités polémiques (contre Gallien, contre al-Gazali) et de nombreux essais, il a consacré à Platon, et surtout à Aristote, des commentaires appelés à exercer une influence dans les domaines de la logique, de la métaphysique, de la noétique. Ce volume est le premier d'une série présentant, en traduction française, l'ensemble de son activité exégétique sur la somme logique qu'est l'*Organon* aristotélicien. On trouvera, accompagnées de l'annotation essentielle, les œuvres d'Averroès sur le traité « *De l'interprétation* », où Aristote établit la doctrine de la proposition simple et de ses éléments constitutifs : un commentaire moyen et deux essais polémiques contre al-Farabi et Avicenne. Rapidement traduit en latin par Guillaume de Luna, le commentaire moyen a eu une incidence sur le développement de la logique en Occident. La traduction est précédée d'une introduction qui replace cet ouvrage dans la tradition, arabe, grecque et latine de la logique aristotélicienne.

hospitalisation de plusieurs jours à la Clinica Antortida. Par bonheur, l'aide efficace et chaleureuse de Madame Reine Arieta Racine, assistante sociale du Service de Neurochirurgie de l'Hôpital Sainte-Anne, qui se jouait des formalités les plus difficiles et les plus compliquées, se déplaçait dans les Caisses Locales et Régionales, discutait avec les Chefs de Centre, obtenait les tarifs les plus bas d'Air France pour les vols de Paris-Buenos-Aires, permettant ainsi à 59 patients venus de province et même de l'étranger de bénéficier du traitement UMIC dès l'année 1984. Mais on ne pouvait continuer indéfiniment cette procédure qui coûtait fort cher, et était incompatible avec l'augmentation croissante du nombre de demandeurs.

C'est pourquoi, il faut rendre un immense hommage à la grande générosité du Professeur Oswaldo Betti qui fit fabriquer un autre exemplaire de son fauteuil d'irradiation pour en faire don au Professeur Jean Talairach, son maître en stéréotaxie, et au Service de Neurochirurgie de Sainte-Anne dont le Chef de Service était le Professeur Jean-Paul Chodkiewicz. Comme convenu, le fauteuil fut transporté et installé dans le Centre de Radiothérapie de l'Hôpital Tenon où il fut inauguré en présence du Professeur Betti et de nombreuses personnalités officielles, le 6 mars 1986.

Dès lors, les traitements seront pris en charge par le Professeur Michel Schlienger (chef de Service de Radiothérapie de l'Hôpital Tenon), qui avait contribué à la réalisation et à l'ici planification de l'ici technique avec le Physicien Dimitri Lefkopoulos et traitait, depuis longtemps, par radiothérapie conventionnelle les patients atteints de lésions cérébrales.

Plus aucun patient n'eut besoin de traverser l'Océan Atlantique pour bénéficier de ce traitement efficace et novateur.

Le premier traitement UMIC réalisé par Sainte-Anne-Tenon, une malformation artérioveineuse, eut lieu le 28 mai 1986. Le CEDIT (Comité d'Évaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques) de l'A.P.H.P., après évaluation, recommandait la création d'une unité dédiée à la radiothérapie en conditions stéréotaxiques pour les patients de l'Ile-de-France.

En 1988, le Centre Oscar-Lambret et le Service de Neurochirurgie du CHRU de Lille inauguraient le même système UMIC, augmentant le nombre de patients traités en France et à l'Étranger. Mais l'activité de la « *Radiochirurgie* » (terme usité) ne se bornait pas au traitement des Malformations Artérioveineuses, (MAV) lequel obtenait un potentiel de guérisons d'environ 80% au bout de 2 ans. Les petites tumeurs comme les neurinomes du nerf acoustique, les tumeurs de la glande pinéale, les petits craniopharyngiomes, les adénomes hypophysaires et les métastases cérébrales uniques pouvaient aussi bénéficier de ce traitement.

Initialement, 56 patients furent traités à

Sainte-Anne-Tenon entre le 28 mai 1986 et le 11 mars 1987. Après une période d'arrêt d'un an dû au remplacement de l'appareil de radiothérapie (Saturne 20) par un autre plus performant (Saturne 43), les traitements reprirent de plus belle et avec plus de précision dans la définition anatomo-radiologique des lésions, grâce aux travaux des neuroradiologues de l'Hôpital Sainte-Anne et du professeur Catherine Daumas-Duport, chef du Service d'Anatomopathologie au CHSA. Le radiophysicien Dimitri Lefkopoulos et le radiothérapeute Michel Schlienger de l'Hôpital Tenon rivalisèrent de prouesses pour réussir à envelopper comme dans une sorte de « *cocon* » les volumineuses MAV qui sont, souvent, de formes irrégulières, ce qui augmente la difficulté de la dosimétrie en 3 dimensions. Leurs travaux originaux servent de référence en radiothérapie.

Au total, de 1986 à 1996, 624 cas furent traités par Sainte-Anne-Tenon, dont 553 MAV, avec un taux de réussite (oblitération vérifiée par l'angiographie) de 80% après un délai de 2 ans. Ce succès est dû à l'excellente coordination des équipes du Centre Hospitalier Sainte-Anne (neurochirurgicale et neuroradiologique) et du CHU de Tenon (radiothérapique et physicienne).

Actuellement

Actuellement, les traitements sont parfaitement codifiés et de nombreuses publications communes de Sainte-Anne-Tenon mentionnent des résultats de traitements portant sur 18 ans, ce qui est un délai très significatif en ce qui concerne les radiations ionisantes.

Et comme il ne faut jamais s'arrêter en si bon chemin, un nouveau projet formulé par Sainte-Anne-Tenon concerne l'acquisition d'un nouvel appareil de radiothérapie stéréotaxique robotisé appelé *Cyberknife*, capable de traiter par des minifaisceaux ciblés, de petites lésions situées dans tout l'organisme et dans la moelle épinière en particulier, sans léser les tissus avoisinants.

L'appareil, déjà installé dans plusieurs pays de la Communauté Européenne, et même en Turquie, n'attend plus en France que l'autorisation gouvernementale.

C'est ainsi que, grâce à l'imagination fertile d'un jeune Psychiatre, la vocation initiale de l'Hôpital Sainte-Anne s'est étendue à la Neurochirurgie stéréotaxique puis à la Radiothérapie stéréotaxique. ■

Dr Odile Missir*

*Praticien Hospitalier Honoraire, Département d'Imagerie Morphologique et Fonctionnelle (DIMF), Centre Hospitalier Sainte-Anne.

Ce texte a été publié dans le numéro de février/mars 2005 du Bulletin de l'Association des Amis du Musée et du Centre Historique Sainte-Anne. Centre Hospitalier Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris. Tél : 01 45 65 82 40.

LIVRES

Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité

Le cas Félida X. (1887)

Etienne Eugène Azam

Avec une introduction de Serge Nicolas

L'Harmattan 28,50 €

Etienne Eugène Azam (1822-1899) doit sa réputation à ses études sur le dédoublement de la personnalité. Il réunira l'ensemble de ses travaux sur le sujet dans son ouvrage intitulé : « *Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité* » (1887). Sa patiente, Félida X..., qui présente deux personnalités alternantes, reste la figure emblématique de l'œuvre d'Azam. Sa présentation, en 1876, à l'Académie des sciences morales et politiques va faire grand bruit dans le monde scientifique comme en témoignent les publications de cette époque et l'intérêt porté à ce cas. La personnalité multiple n'est devenue un diagnostic officiel de l'*American Psychiatric Association* qu'en 1980, après la vague de cas décrits aux Etats-Unis à cette période. Classée parmi les troubles dissociatifs, les critères diagnostiques sont les suivants : existence chez un même individu de deux ou plusieurs personnalités distinctes, chacune d'entre elles se montrant, à un moment déterminé, prédominante. La personnalité qui prédomine à un moment donné détermine le comportement de l'individu, chaque personnalité est une unité complexe bien intégrée et se caractérise par des modes de conduite et de relations sociales qui lui sont propres. Azam présente Félida comme une patiente hystérique ayant deux personnalités, l'une sérieuse et triste (état normal) et l'autre gaie et généreuse (état second). L'intérêt de ce cas réside dans l'idée selon laquelle une personne peut avoir deux existences séparées par l'absence de souvenir et d'unité du moi.

Le désir d'analyse

Wladimir Granoff

Ed. Flammarion Aubier

Cet ouvrage, en hommage à W. Granoff, est constitué de textes rassemblés par son épouse M. Bacherich, articles, correspondance, entretien. Psychanalyste à l'Association Psychanalytique de France, croisant le fer avec tout ce qui bouge ou ne bouge pas en psychanalyse, les hommes, les idées, les défauts officiels ou officieux, ce recueil laisse voir un homme passionné de psychanalyse, au point d'apparaître déçu souvent, de n'abandonner jamais. On nous donne l'inventaire des jugements les plus cinglants sur les personnes les plus en vue de la psychanalyse des années 50, jugements difficiles à discuter s'ils portent sur les travers des personnes, parfois étayés par des touches plus théoriques. Notre époque n'échappe point à cette plume mordante car elle apparaît terne et dépourvue de débats. La psychanalyse y aurait perdu son aura aristocratique, et même lucrative, pour se « *prolétarianiser* ». Pourtant, cette critique souvent acerbe laisse intacte une très forte admiration pour Lacan, portant sur l'œuvre mais aussi sur l'homme, visiblement touché par les déconvenues que celui-ci eut à subir, n'hésitant pas cependant à « *dévoiler* » à son endroit un diagnostic de délire, lui reconnaissant une spécificité à la française, par le truchement du surréalisme. Une longue problématisation des séances courtes et de la scansion replace l'homme et le praticien Lacan face aux conséquences plus ou moins rigoureuses d'un enseignement ou de mécanismes d'imitation, adoptés par un ensemble de disciples. La critique ou l'adhésion lacanienne aux recherches anglo-saxonnes telles celles du groupe indissociable Ferenczi/ Winnicott/ Federn /Kohut donne lieu aux développements sur le contre-transfert, l'identification à l'analyste... Dans un long chapitre, choisi ici parmi tant d'autres pour témoigner de la pratique et de la pensée de W. Granoff, celui-ci exprime la présence toujours intacte en lui de ces années de très grand bonheur, dont on entrevoit la fécondité. Malgré le caractère parfois rebutant de ce jugement cinglant et de ces critiques acerbes, le lecteur y trouvera sans doute le bonheur de la passion pour l'analyse.

M.-J. Guedj

Histoire du Naturisme

Le mythe du retour à la nature

Arnaud Baubérot

Presses Universitaires de Rennes

23 €

Le terme de naturiste qualifie des auteurs ou des groupes qui, convaincus qu'un processus de dégénération est à l'œuvre, proclament la nécessité d'un retour à la nature et prétendent édicter une manière de conduire l'existence pour la rendre conforme aux exigences des lois naturelles. Au terme de sa recherche, Arnaud Baubérot constate que, si l'on compare les naturistes de la Belle Époque aux naturistes des années trente, cette définition ne recouvre plus les mêmes réalités.

Opérant une synthèse de la médecine néo-hippocratique des Lumières et de l'empirisme thérapeutique allemand, le naturisme des premières années du XX^e siècle envisageait

la santé comme un état dans lequel le corps résiste efficacement aux assauts de la maladie. Persuadés que les conditions de la vie moderne affaiblissent l'organisme et le livrent désarmé aux agressions morbides, les médecins naturistes et végétariens voyaient dans l'essor de la tuberculose et de l'arthritisme le signe d'un processus de dégénération. Recyclant, sur un mode rationnel et scientifique, l'ancienne notion de nature médicatrice, ils appréhendaient l'ordre de la nature principalement comme un ensemble de lois physiologiques dont le respect devait rendre, à l'organisme, ses capacités naturelles de résistance. Le végétarisme invitait, alors, ses partisans à réformer leur vie quotidienne et à adopter des règles d'hygiène strictes afin de préserver leur corps des souillures qui menaçaient d'avilir ses forces. Ainsi, la croyance en la nécessité de revenir à un mode d'existence jugé plus naturel et la représentation du corps humain comme lieu d'un échange permanent entre le milieu intérieur et le milieu extérieur, dont l'équilibre instable menace sans cesse de se rompre, inspiraient de nouvelles normes de gestion de l'économie organique.

Bien qu'en l'espace de trente ans les représentations et les pratiques qui découlent de la croyance au mythe de la dégénération et du retour à la nature aient considérablement changé, l'adhésion à ce mythe semble toujours remplir la même fonction sociale. Elle permet à des individus ou à des groupes marginalisés par les évolutions de la société de formuler des croyances et d'édicter des normes de comportements communes. Les représentations et les pratiques collectives qui découlent de ces croyances et de ces normes permettent de dresser les frontières d'une sous-culture dispensatrice d'identité et de dignité. Les naturistes végétariens, les anarchistes végétaliens, les théosophes du Trait d'Union, les disciples de Paul Carton ou les nudistes ne sont plus des individus isolés dont l'existence sociale est menacée par le caractère incongru de leurs convictions ou par le sentiment d'anomie qu'ils éprouvent. Membres d'une association, défenseurs d'un programme ou, simplement, attachés à une façon particulière, mais néanmoins reconnue par d'autres, de conduire son existence, ils ont désormais les moyens d'assumer dignement leurs ruptures avec les opinions communément admises.

Femmes, genre et sociétés

L'état des savoirs

Sous la direction de Margaret Maruani

La découverte, 25 €

Cet ouvrage collectif rassemble cinquante-huit auteurs appartenant aux différentes disciplines des sciences humaines et sociales : sociologues, démographes, historiens, économistes, statisticiens, philosophes, anthropologues, juristes, politologues, épidémiologistes, ergonomes. Un point les réunit : la conviction que la différence des sexes est une des grandes questions qui traversent les sciences humaines et sociales. Le genre n'est pas un domaine spécialisé, c'est une grille de lecture de la société. Que l'on s'intéresse à l'école, à l'emploi, à l'immigration, à la famille, à la santé, aux retraits ou à tout autre problème social, le genre est un des axes essentiels de la connaissance, un outil indispensable à l'intelligence du monde social.

La seconde moitié du XX^e siècle a été porteuse, dans l'ensemble des pays développés et tout particulièrement en France, de transformations sociales majeures pour les femmes : liberté de l'avortement et de la contraception, droit de vote et parité, croissance spectaculaire de la scolarité et de l'activité professionnelle. Ces mutations ont-elles, pour autant, fondamentalement affecté les relations hommes-femmes et entamé la domination masculine ? En la matière, aucune réponse simple n'est possible. Nous vivons une époque de paradoxes et de contradictions : plus de femmes instruites, actives salariées, mais aussi plus de chômeuses, de salariées précaires ou pauvres ; les lois sur l'égalité professionnelle se sont multipliées, mais la résorption des disparités de carrières et de salaires stagne, péniblement. Les femmes ont, tardivement, conquis le droit de vote, mais en dépit des lois sur la parité, bien peu sont élues. Le droit à la contraception et à l'avortement a constitué une conquête évidente, mais que penser de la persistance, longtemps ignorée, des violences faites aux femmes et du harcèlement sexuel ? Les formes familiales se sont diversifiées, les relations de couple se sont transformées, mais le monopole féminin sur le travail domestique demeure, stable et imperturbable.

Hommage à Pierre Loiseau

Epilepsie

Revue de la Ligue Française et des Ligues Francophones contre l'Epilepsie 2005, vol. 17, n°1

Il s'agit d'un numéro d'hommage à Pierre Loiseau qui nous a quittés le 29 mars 2004. La carrière de Pierre Loiseau en tant qu'épileptologue s'est déroulée principalement du début des années 1960 au milieu de la décennie 1990-2000, et une partie de sa réputation internationale s'est, indiscutablement, faite dans le domaine des médicaments anti-épileptiques. D'autres thèmes sont consacrés à ses travaux comme l'épidémiologie, les épilepsies partielles, les absences ou la chirurgie de l'épilepsie.

LIVRES

**Soigner les Mal Soignés
Ethnologie d'un centre de soins
gratuits de Médecins du Monde**

Jacqueline Ferreira

Préface de Sylvie Fainzang
L'Harmattan 31 €

En faisant l'étude d'un Centre de soins gratuits de Médecins du Monde destiné aux personnes en situation de précarité, ce travail aborde les pratiques liées aux soins et au vécu des personnes concernées. Des histoires de vie sont recueillies, donnant lieu à une série de portraits, inscrits dans un type de relation spécifique. L'étude de ces relations (bénévole/usager, soignant/soigné, français/immigré) amène à examiner les statuts de « malade » et de « victime » qu'ont les usagers de ces Centres, où s'effectue une prise en charge tant sociale que médicale. En même temps, l'auteur pose des questions concernant l'expression de la souffrance sociale ainsi que des questions plus générales et fondamentales en anthropologie, notamment sur l'altérité et les soins selon différents contextes culturels.

**Trouble bipolaires et
incidences médico-légales**
Interligne

Après une introduction de B. Lachaux, Ch. Gay présente des vignettes cliniques aussitôt commentées par un juge. L'ensemble des thèmes concernant la question est ensuite abordé. Les troubles bipolaires peuvent s'accompagner de comportements transgressifs liés à la dysrégulation de l'humeur, des fonctions cognitives, des relations humaines et, surtout, d'une perte du sens de la vie sociale et des limites de la vie instinctive. Il peut exister une certaine altération de la perception de la réalité, de l'anticipation et des comportements. Le trouble du contrôle de l'impulsivité est une dimension essentielle avec une possible agressivité, soit contre soi-même et contre les biens et les personnes, en particulier dans le domaine sexuel. La comorbidité rend largement compte des comportements transgressifs, en particulier l'alcoolisme, la toxicomanie, les symptômes psychotiques, divers troubles anxieux et surtout les personnalités pathologiques spécialement pour le cluster B (personnalité antisociale, psychopathique, limite borderline, narcissique, etc.). Cette comorbidité n'est pas une simple sommation de « troubles » diversement intriquée chez chaque patient. Les sanctions pénales, si elles ne sont pas abolies par une déresponsabilisation complète, devraient s'accompagner d'une injonction de soins avec orientation des patients bipolaires vers des réseaux de soins et assurer un contrôle de l'observance thérapeutique. Au-delà des problèmes diagnostiques, la difficulté réside dans la variabilité et l'instabilité de la symptomatologie, et dans l'évolution, avec des périodes de lucidité et de normalité, entre les crises maniaque-dépressives. Pendant ces périodes intercritiques le patient peut être normal, qu'il s'agisse de l'évolution naturelle de la maladie ou d'une stabilisation liée au traitement. Enfin, l'aspect civil est aussi important que la dimension pénale. Il faut protéger le patient et sa famille de conséquences désastreuses sur la gestion des affaires, la situation conjugale, familiale, financière et sociale.

Avec la participation de B. Lachaux, Ch. Gay, S.-H. Château, M.-L. Bourgeois, F. Kochman, J.-A. Meynard, F. Rouillon, Ch. de Beaurepaire, Ch. Henry, J. Demotes-Mainard, B. Cordier, Y. Tyrode, J.-L. Senon, N. Lafay, N. Papet, Ph. Gorwood, M. Benezech, P. Le Bilhan, F. Bourgeois.

Interligne, 21 rue Camille-Desmoulins, 92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9. Tél. : 01 73 28 15 10. Fax : 01 73 28 15 11.

C'est en 1897 que Ganser (1853-1931) décrit pour la première fois, lors d'un exposé oral, le syndrome auquel son nom est resté attaché. L'exposé, intitulé *Etats particuliers d'hystérie crépusculaire*, fut présenté le 23 octobre de cette année lors du troisième congrès des psychiatres de l'Allemagne centrale, à Halle, ville où il travaillait et fit sa découverte clinique. S.J.M. Ganser était, en effet, le psychiatre en titre attaché à la prison municipale, laquelle, si l'on en croit les historiens de la « psychose carcérale » Nitsche et Wilmanns, était utilisée comme dépôt des condamnés « réfractaires à toute discipline (...) et souffrant de perturbation mentale reconnue ou pas, et (...) abritait un nombre excessif de cas pathologiques ».

Cette « découverte », limitée à deux exposés-conférences en 1897 et 1903 par Ganser, a lieu en effet à un moment absolument charnière de la formation d'une nouvelle science : la psychopathologie. Celle-ci naît grâce à une approche radicalement nouvelle d'une maladie pourtant fort ancienne, l'hystérie, approche dont les fondements ne sont pas exclusivement clinico-descriptifs ou scientifiques, mais aussi anthropologiques, politiques et sociologiques.

Après avoir effectué un rappel des caractéristiques cliniques du syndrome de Ganser dans sa description originale et ses principaux développements ultérieurs – notamment le glissement historiquement et épistémologiquement très significatif d'une étiologie hystérique et crépusculaire à une étiologie schizophrénique –, nous nous efforcerons de mettre en perspective l'édification de cette nouvelle entité clinique par rapport à la constitution, en cette fin de XIX^e siècle, sur les ruines du « vénérable concept de Moi », de la notion scientifique de « psychisme » et, tout spécialement, de psychisme morbide. A ce titre, « la querelle de l'hystérie », pour reprendre le titre de l'ouvrage de Pierre-Henri Castel qui a fortement influencé notre démarche, nous est apparu, de par sa virulence inouïe en cette fin de XIX^e siècle, comme la matrice susceptible de fournir le modèle paradigmatique des mutations qui ont abouti à faire de l'individu nouvellement constitué dans – et par – le monde démocratique, un homme malade de ses propres contenus mentaux.

**Le syndrome de Ganser :
histoire d'une
description clinique**

Nous l'avons déjà dit : la description *princeps* du syndrome de Ganser par Ganser lui-même date de 1897. Mettant d'emblée l'accent sur l'incapacité des patients à répondre aux questions simples, bien qu'ils semblent en avoir compris le sens, il appuie sa présentation sur quatre exemples cliniques, tous de sexe masculin et emprisonnés lors de leur observation. Un des cas cliniques est particulièrement significatif :

Dr Ganser : Pouvez-vous compter jusqu'à 10 ?

Patient : Oui. [Temps d'arrêt]. 1, 2,

3, 4, [puis s'arrête]

Dr Ganser : 2+1 ?

Patient : 3

Dr Ganser : 3+2 ?

Patient : 7

Dr Ganser : 5+2 ?

Patient : 5

Dr Ganser : Combien avez-vous d'oreilles ?

Patient : Il touche ses oreilles] 2

Dr Ganser : Combien de pattes a un cheval ?

Patient : 3

Dr Ganser : Avez-vous des yeux ?

Patient : Je ne sais pas.

Dr Ganser : Ion lui montre un dollar]

Vous connaissez ce que représente un dollar ?

Patient : C'est un jouet que l'on

donne aux enfants.

Le syndrome de Ganser : un paradigme de la formation du discours psychopathologique

donne aux enfants.

Au cours de cet entretien, le patient ne peut pas se situer dans l'espace et Ganser notera de nombreuses réponses absurdes où, par exemple, une clef est appelée un revolver, un éléphant a trois pattes, etc. Après avoir évoqué cet entretien avec l'un des quatre patients, Ganser décrit la symptomatologie de chaque cas, telle qu'il l'a observée : le premier cas présente un tableau confus-onirique, avec hallucinations visuelles où le patient, dans un climat d'anxiété et d'agitation extrêmes, fait la guerre aux Cosaques ; le malade répond avec une grande distraction aux questions et reste insensible lorsqu'est évoqué son crime. D'autre part, Ganser note une grande fluctuation de l'état clinique. Le deuxième patient apparaît « détaché » du monde extérieur, avec une clinophilie et une passivité constantes. Il devient irritable lorsqu'on évoque sa passivité. Des hallucinations visuelles, « un nuage noir terrifiant flotant devant ses yeux », le rendent anxieux. Ganser note chez ce patient une période de catalepsie avec conservation des attitudes, et une désorientation temporo-spatiale.

Un autre patient reste alité, alléguant qu'il ne peut pas se lever. Il répond rapidement aux questions sans temps de latence, contrairement aux autres cas. Lui aussi se plaint d'hallucinations visuelles, avec troubles de l'orientation dans le temps et dans l'espace.

Ces trois cas, tout comme le premier, présentent des réponses inadéquates aux questions simples. En conclusion de sa communication, Ganser estime que la fluctuation du niveau de conscience accompagnée de troubles de la mémoire semble caractéristique de l'hystérie et présente ce syndrome comme un état crépusculaire hystérique.

Pour résumer, le syndrome de Ganser comporte :

- une apparition de réponses erronées à des demandes banales alors même que le sens de la question semble être tout à fait compris. Dans la décennie qui suivit la description faite par Ganser, la notion de *Vorbeireden* (réponse à côté) fut appliquée au syndrome ;
- une symptomatologie confuso-onirique, avec hallucinations visuelles, désorientation temporo-spatiale, troubles de la mémoire et fluctuation du champ de la conscience.

Enfin, le syndrome survient généralement dans un contexte particulier : symptomatologie débutante et cédant brutalement, restitution *ad integrum* avec amnésie lacunaire totale, souvent en présence d'un événement traumatisant, le tout évoluant dans une situation carcérale.

Un peu plus de cinq ans après sa première publication, Ganser est revenu sur ce qui n'était pas encore « son » syndrome, en apportant vingt cas nouveaux. Il parle du « complexe symptomatique entier » considéré comme état crépusculaire hystérique. Il donne les précisions suivantes quant au *Vorbeireden* : le syndrome passe inaperçu si on ne le connaît pas mais il est en réalité assez fréquent ; la réponse stupide se fait toujours dans le sens de la question (ce qui tendrait à prouver que les patients comprennent le sens des questions) ; la réponse paraît susciter un effort de réflexion et le malade se plaint de ne pas pouvoir rassembler ses idées ; le malade ne se souvient pas de ses entretiens avec le médecin ; l'erreur commise n'est pas constante ; le malade ne marque aucune surprise devant les questions les plus stupides ; il y a souvent dans la réponse un côté

ludique ou fantaisiste ; le trouble de la conscience avec la désorientation spatiale est plus ou moins profond ; la restitution *ad integrum* est toujours complète mais les erreurs commises sont l'objet d'étonnement et d'incrédulité. Enfin, Ganser revient sur les troubles somatiques associés : modification de la sensibilité cutanée et des muqueuses, plaques d'anesthésie, céphalées frontales : tous symptômes également connus sous le nom de stigmates, évocateurs d'hystérie.

Les différents éléments constitutifs du syndrome décrit par Ganser étant bien établis, un doute n'a pas manqué de surgir inévitablement sur son authenticité pathologique. En effet, non seulement le tableau lui-même apparaît suspect dans son inconstance et son incohérence, mais ses conditions d'apparition renforcent la suspicion de simulation. Dans les deux articles de Ganser, les malades concernés sont presque tous des détenus en cours d'instruction pour des délits ou des crimes pas toujours explicités quant à leur nature, et par voie de conséquence quant à la sanction encourue. Or, la question de la simulation a, dès lors, une importance capitale sur le plan médico-légal : elle conditionne, de fait, le maintien

en détention et c'est donc investi d'un pouvoir considérable que le psychiatre pose son regard sur son malade. Or, Ganser refuse catégoriquement la simulation et s'appuie pour cela sur l'impression « convaincante » que font les manifestations de la maladie sur un observateur avisé : « Je n'ai jamais eu, écrit-il ainsi, l'impression que ces malades essayaient de me tromper ; ils ne faisaient jamais spontanément de remarques stupides. Ils apparaissaient indignés que l'on veuille considérer leurs réponses comme fausses ou niaises ». Ganser, dans ses dernières lignes, écrit encore : « Nous nous trouvons confrontés à des productions (de malades) qui nous font l'impression au premier abord d'une mystification à finalité bien déterminée. Cette apparence ne suffit pas dans tous les cas à légitimer le diagnostic de simulation ». Toutefois, Ganser observe que de telles incohérences que ne « commettrait même pas un enfant » contiennent, de toute évidence, une intentionnalité. Toute la question est de savoir si cette intentionnalité peut se confondre avec un acte de volonté du malade : s'opère en cette fin de XIX^e siècle une dissociation hautement significative entre ce qui relève d'un acte délibéré et volontaire (le malade produit ses symp-

Le ventre

Revue Française de Psychosomatique 2004 n°26

Étymologiquement, le ventre vient de l'estomac, en latin *venter*. Et il est devenu, à la fois, « l'abdomen en tant que siège de la digestion », « l'abdomen de la femme en tant que siège de la gestation et des organes génitaux internes » c'est-à-dire « le sein et l'utérus », et « l'intérieur du corps humain » c'est-à-dire « les boyaux et les tripes » (Le Petit Robert). L'indistinction anatomique marque le mélange des entrailles et de l'origine et celui de la digestion et de la sexualité dans lequel Freud a reconnu l'étalement des pulsions sexuelles sur les fonctions organiques. La pratique et la théorie psychanalytiques montrent quel carrefour fantasmatique étonnant constitue le ventre, dans l'entrelacs de l'oralité, de l'analité et de la génitalité, tandis que la polysémie du terme ouvre une grande richesse des représentations et des métaphores. Un texte de 1959, d'Angel Garma, au moment où la théorisation psychosomatique concernait surtout le sens psychique, donne la mesure de cette position en reconnaissant chez les malades ulcéreux, « une intensification d'un surmoi cruel (...), avec des représentations d'une mère qui les suce, les mord et les digère du dedans ». A partir de l'image de la « muqueuse qui pleure » dans la recto-colite-hémorragique, Alain Fine pose aussi la question du sens du symptôme, estimant que le choix d'organe contourne la réalité de l'atteinte somatique. Nathalie Boige, pédiatre, et Sylvain Missonnier, psychologue de la petite enfance, dans une étude sur les douleurs abdominales de l'enfant, estiment qu'il existe un continuum entre la symbolisation qui fait défaut, une symbolisation virtuelle, et une symbolisation présente.

Plusieurs auteurs présentent des observations cliniques dans lesquelles le lecteur retrouvera le poids de l'oralité, mais aussi le mélange de l'oralité et de l'analité, et la confusion des zones. L'indistinction entrailles/organes féminins internes est signifiée par le terme de « cloaque ». Pour Monique Schneider, il ne s'agit pas seulement d'une image dévalorisée, mais aussi d'une dimension retrouvée par Lou Andreas-Salomé qui a mis les organes internes féminins dans la continuité du cloaque, incluant ainsi le matriciel dans l'expérience anale et réintroduisant l'intériorité du féminin.

Dans le processus de la grossesse, riche de perceptions et de fantasmes, la technique de l'échographie a fait intervenir un autre champ de la perception, le visuel. L'anthropologue Michèle Fellous parle de « *objectivation précoce de l'enfant à naître* » pouvant dévaloriser les autres perceptions sensorielles de la mère et conduire à une dépendance à l'égard des informations externes ; mais l'effet symbolique de l'échographie tient moins à l'image, qu'à la parole et à la relation qui l'accompagnent. Luc Gourand, échographiste, s'interroge sur la fascination pour « l'accès au ventre originel », dans cette situation de « *voyageur privilégié* ». Le risque d'une anomalie décelée par échographie peut être repris dans le processus de la cure, c'est ce que montre le cas rapporté par Marina Papageorgiou : chez cette patiente enceinte, atteinte de la maladie de Crohn, le travail psychique qui a accompagné l'évolution de la grossesse a permis un cheminement élaboratif, à la fois par l'incorporation orale, et par un processus d'intériorisation-introjection.

Chez Bion, comme le montre Christine Jean-Strochlic, l'expérience du sein renvoie au modèle digestif qui étaye le modèle psychique : la mère « *digère* » psychiquement les projections de l'enfant, et lui retourne un produit transformé par elle, c'est-à-dire un aliment devenu psychique ; et en fin de compte, c'est le passage du sein corporel au sein psychique qui permet à l'enfant de se constituer un appareil à penser. Ce modèle mérite, pour Félicie Nayrou, d'être rapproché de celui des psychanalystes psychosomatiques qui, par d'autres voies théoriques, à la suite de Pierre Marty et Michel Fain, accordent à la fonction maternelle un rôle de gérance essentiel dans la genèse des représentations.

tômes en toute connaissance de cause et, dans ce cas, simulé) et ce qui relève d'un acte intentionnel mais involontaire (le malade produit ses symptômes pour des raisons qu'il ignore et, dans ce cas, est réellement malade). C'est dans cette faille que s'engouffre le concept d'inconscient en tant qu'il pose l'existence d'une intentionnalité non consciente d'elle-même. En d'autres termes, c'est lorsque l'on a compris que l'hystérique pouvait jouer ses symptômes sans pour autant les simuler que l'on a pu forger le concept d'inconscient : « *ce que tu me montres comme maladie est certes le fruit de ta propre volonté, mais celle-ci t'est imposée de l'intérieur ; tu es donc à l'origine de ta propre souffrance mais tu n'en es pas responsable* ».

Développements ultérieurs

Dans la pensée de Ganser, le syndrome qu'il a décrit avait une incidence médico-légale importante et apparaissait assez spécifique des situations carcérales ou, à tout le moins, déclenché par celles-ci. Progressivement, le syndrome va apparaître comme possible dans d'autres circonstances et au cours de différentes psychoses. Dès lors, le risque d'inflation était évident et s'est effectivement réalisé.

Ganser lui-même s'était interrogé sur l'appartenance de « *son* » syndrome à l'hystérie et aux états carcéraux et admettait que l'on puisse le retrouver dans d'autres psychoses, mais toujours à titre de phénomène hystérique surajouté. Les controverses sur la nature effective de ce syndrome n'ont pas cessé depuis : le syndrome de Ganser est-il une forme d'hystérie ou un trouble psychotique transitoire ? La pseudo-démence décrite par Wernicke en 1906 est-elle identique ou distincte du syndrome de Ganser ? Quelle est la relation, s'il en existe une, entre le syndrome de Ganser et les troubles du cours de la pensée du schizophrène ou la dysphasie des patients présentant une pathologie organique cérébrale ?

Arrivé à ce point, il peut s'avérer utile d'ouvrir une parenthèse et de rappeler les orientations psychopathologiques de l'époque qui ont pu inspirer ou guider Ganser. En 1895, l'ouvrage de Breuer et Freud, *Études sur l'hystérie*, vient de paraître, mais l'inconscient – son rôle, ce qu'il recouvre dans les manifestations hystériques, le refoulement, la symbolique – sont encore à l'état larvaire. *La Traumdeutung*, l'interprétation des rêves qui constitue, véritablement, l'acte de naissance de la psychanalyse, ne paraîtra qu'en 1900. Une division de l'hystérie était alors classiquement proposée en hystérie « *classique* » - dans laquelle l'hérédité joue le rôle principal et une hystérie « *traumatique* » dans laquelle l'hérédité n'a qu'un rôle secondaire : le dogme de la dégénérescence commence lentement à se fissurer, l'importance du « *trauma* » étant d'autant plus soulignée que l'on assiste, avec stupeur, aux premières catastrophes ferroviaires et à ce que l'on nommera, plus tard, les hystéries de guerre.

Kraepelin entendait, par hystérie, une maladie congénitale où une disposition particulière du système nerveux qui aboutit au développement du caractère hystérique et se montre si puissante que des troubles somatiques passagers, ainsi que des formes variées d'une folie particulière, pourront être engendrées à partir de représentations « *sensibles* ». Ganser, à l'opposé de Kraepelin, n'acceptait pas cette nature de l'hystérie : il considérait que les stigmates physiques, les troubles de la sensibilité, etc., peuvent se retrouver chez beaucoup d'individus qui ne deviendront pas hystériques. Cette distinction inspire manifestement Ganser lorsqu'il prend soin de signaler que ses malades n'avaient rien dans leur hérédité mais

qu'ils avaient été soumis à des événements traumatiques, physiques ou psychiques, récents. Pour évoquer le phénomène des « *réponses à côté* », Kraepelin utilise le terme de « *paralogie* » : il appelle ainsi des mots ou des locutions appartenant à la langue, mais dont le sens est détourné de leur acception habituelle. Kraepelin intègre la paralogie dans l'akataphasie, qui traduit, littéralement, un « *parler non conforme* » et introduit ce trouble dans les démences précoces.

Un autre terme est apparu progressivement afin d'élargir la notion de *Vorbeireden* : celui de *Vorbeihandeln* ou « *agir à côté* » : tourner la poignée de la porte à l'envers, pousser sur la porte au lieu de la tirer, prendre un outil à l'envers, incapacité de corriger, se coucher à côté du lit ou sous le lit, etc. Ces types de « *comportement à côté* » ne sont pas spécifiquement signalés par Ganser et vont contribuer à inclure implicitement le syndrome princeps dans des conduites délirantes ou hallucinatoires plus ou moins élaborées (nous y reviendrons).

En 1901, J. Raecke consacre une longue étude aux états crépusculaires hystériques, dans ses rapports à la simulation et à l'aggravation des troubles mentaux. Raecke admet le fait du *Vorbeireden* pathologique, mais il le circonscrit également et considère qu'une hésitation peut survenir quant à l'authenticité du symptôme. Ses malades étaient, le plus souvent, des militaires coupables d'infractions plus ou moins sévères : abandon de poste, désertion, etc. Il considère que l'influence de la détention serait susceptible de provoquer l'absence de jugement, l'incapacité de concentration, l'obnubilation favorisant la suggestibilité. Le diagnostic est rendu d'autant plus compliqué par le fait qu'à un état crépusculaire authentique peuvent succéder des imitations lorsque le malade en a découvert la valeur. Inversement, il existe des cas, nous dit Raecke, où le malade affirme avoir simulé ou renforcé volontairement un trouble qui était réel, forme particulière du reniement qui, dans le syndrome authentique, s'observe fréquemment vis-à-vis du délit ou du crime. Raecke utilise alors les termes de *Nichtwissen* ou de *Nichtwissenwollen*, c'est-à-dire « *ne pas savoir* » ou « *vouloir ne pas savoir* ».

On a alors une triple association : le *Vorbeireden* – réponse à côté – ; le *Vorbeihandeln* – agir à côté – ; enfin, le *Nichtwissenwollen* – vouloir ne pas savoir.

Cette association présente l'intérêt – historique – de cerner la tendance à étendre le syndrome de Ganser pour qualifier les sujets dont on observe qu'ils sont « *à côté* ». C'est à partir de cette trame que va s'opérer le glissement vers l'étiologie schizophrénique : la notion de « *rétrécissement du champ de conscience* », chère à Janet, lui servira de prétexte.

En effet, si Ganser ne fait référence ni à Freud ni à Charcot, il ne manque pas de citer Janet : celui-ci voyait dans l'hystérie une maladie psychogène avec un « *rétrécissement de conscience* » qui ne permet pas à l'hystérique de percevoir tous les phénomènes extérieurs. A ce titre, Janet considérait les amnésies comme très fréquentes chez les hystériques, amnésies qu'il divisait en amnésies systématisées – partielles – et en amnésies générales – continues. Ganser semblait très attentif aux conceptions de Janet mais il considérait qu'il s'agissait, dans le syndrome qu'il avait isolé, non pas d'un rétrécissement mais d'une obnubilation, d'une superficialité et d'une inconstance des contenus de conscience : « *Il ne s'agit pas d'une conscience limitée à quelques représentations mais de ce que toutes les représentations ne sont intégrées dans la conscience qu'avec beaucoup de distraction et que les décisions se prennent purement arbitrairement ; le plus souvent d'une manière fautive comme si dans la*

Maladie d'Alzheimer : l'INPES propose un kit d'éducation

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) diffuse un nouveau kit destiné aux médecins assurant des consultations de la mémoire et visant à faciliter leurs relations avec leurs malades souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. La diffusion de cet outil, développé en partenariat avec le ministère de la Santé et le secrétariat d'Etat aux personnes âgées, s'inscrit dans le cadre du plan Alzheimer 2004-2007. Cet outil propose aux médecins concernés une démarche éducative, qui doit permettre de « *faciliter la relation entre le médecin et le patient* ».

Le kit comprend un guide proposant aux médecins différentes pistes sur les attitudes à adopter avec le patient, les techniques d'écoute et d'entretien et les moyens à employer pour annoncer le diagnostic de la façon la plus adaptée possible. Plutôt qu'« *un modèle rigide* » ou « *un protocole standardisé* », il propose une démarche « *adaptable à la situation et à l'état de santé de chaque patient* », illustrée par des exemples concrets et accompagnée d'un auto-questionnaire d'évaluation. La mallette, mise au point par une équipe pluridisciplinaire, comprend également un livret patient permettant au malade de « *noter ses besoins, ses attentes et ses sentiments* » à la fois sur le vécu de la maladie et sur la prise en charge dont il bénéficie. Au début du mois d'avril, 600 exemplaires de ce kit (sur un total de 1.500) ont été adressés aux réseaux de l'assurance maladie, aux réseaux des comités d'éducation pour la santé, aux centres de consultations mémoire ou encore aux neurologues libéraux. Ils seront également transmis aux centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), aux réseaux de soins en gérontologie, aux organismes de formation médicale continue, aux Unions régionales des médecins libéraux (URML), ainsi qu'aux sociétés savantes et aux associations de patients concernées. ■

B.L.

* Ces documents peuvent être téléchargés sur le site Internet de l'INPES (www.inpes.sante.fr)

masse la première venue était prise sans critique ».

Cet état de désorganisation, d'obnubilation ou de rétrécissement de la conscience, désigné par Ganser de crépusculaire hystérique, sera rangé par d'autres auteurs, au premier rang desquels Wernicke, sous l'appellation de pseudo-démence : c'est là une des premières critiques étiopathogéniques qui avait été faite à Ganser. Lui emboitant le pas, Nissl, élève de Kraepelin, reproche à Ganser d'avoir fait le diagnostic d'hystérie crépusculaire parce que cela lui semblait « *plausible* » : selon Nissl, il ne s'agit pas seulement de retenir un « *complexe de symptômes* » mais de pouvoir, par une méthode d'exploration approfondie, appréhender tous les traits de la personnalité. Dès lors, il estime que, dans le *Vorbeireden*, il s'agit d'une forme de négativisme catatonique et que l'apparence hystérique ne résiste pas à l'observation clinique poursuivie tout au long de la vie.

L'assaut final est alors entrepris par Bleuler, lui-même, qui forgea le concept de schizophrénie : grâce à la distinction qu'il opère entre symptômes primaires et symptômes secondaires, il contribue à amalgamer l'hystérie crépusculaire à sa confédération schizophrénique. « *En analysant le pouvoir des symptômes individuels de déterminer l'état terminal, j'accorde une grande importance à la distinction entre les symptômes primaires qui font partie du processus de maladie et les symptômes secondaires qui apparaissent comme réaction de la psyché malade à l'environnement (...). Dans la recherche de différences comparables dans la schizophrénie, nous avons déjà un point de repère, à savoir les symptômes déclenchés par des influences externes, et cela même quand elles perdurent et commencent avec des hallucinations. La même signification peut être accordée aux états de modification de la conscience, y compris dans le syndrome de Ganser* ». (E. Bleuler, Distinction entre symptôme primaire et secondaire). C'est à partir de ce moment qu'il y a « *victoire* » de la schizophrénie sur l'hystérie, qui correspond, en fait, à la victoire de l'idéologie du corps : « *alors que les états crépusculaires reçoivent leur configuration par voie psychique, il existe une sorte d'obtusité (« Benommenheit », littéralement engourdissement mental) qui revêt un caractère organique et doit être prise en considération à cause de son pronostic particulièrement défavorable (...). Le cours de la pensée est lent, imprécis et bref. Ces gens échouent déjà dans des*

calculs simples : en écrivant, ils font des fautes involontaires d'orthographe et de grammaire, opèrent des contractions, etc. Chez des prisonniers en instance d'instruction, cet état présente à peu près le faciès du syndrome de Ganser ».

Dorénavant, le syndrome de Ganser aura une double vie et toute hystérie pourra être schizophrénie selon la base méthodologique du système bleulerien, la différence se situant simplement en termes de « *de degré de Spaltung* ».

L'utilisation de l'adjectif « *schizoïde* » pour qualifier ce que Freud et Breuer avaient qualifié d'état hypnoïde – le clivage hystérique de la conscience – et la notion de schizophrénie légère ouvrent la porte à la confusion des genres : dans cette perspective, on comprend peut-être mieux pourquoi le relâchement des associations se confond, désormais, avec le *Vorbeireden* gansérien.

Ce n'est donc pas un hasard si, à la suite de ces controverses et avec l'arrivée du système de classification DSM en 1957, le syndrome de Ganser ait été considéré, d'abord, comme une réaction d'adaptation à la vie adulte (DSM II), puis dans les catégories des troubles factices avec symptômes psychologiques (DSM III) et – enfin ? – dans les catégories des « *troubles dissociatifs atypiques* » dans le DSM IV. La logique qui sous-tend une telle classification n'est pas neutre : axiologiquement neutre par principe, bleulerienne par ignorance, mono-conceptuelle par facilité.

Il nous reste à tenter de retracer la genèse d'un tel socle épistémologique : la controverse autour de l'étiopathogénie du syndrome de Ganser n'a, en effet, pas lieu par hasard à la charnière des deux siècles précédents, en pleine « *querelle de l'hystérie* » : nous allons donc nous efforcer d'élargir la perspective, tant il est vrai que, parfois certains détails nous échappent lorsque l'on regarde de trop près.

L'hystérie : un séisme anthropologique

Ganser, indépendamment de Breuer et Freud, a fondé l'état second de l'hystérie dans un mécanisme original de « *déconscientisation* », où il a aperçu la fonction causale de l'évocation du trauma psychique, au lieu de simplement constater l'effet de clivage qui en résultait pour le Moi. L'histoire de la médecine peut ainsi lui reconnaître le mérite d'avoir esquissé une théorie

LIVRES ET REVUES

Parentalité et famille d'accueil

Dialogue n°167

Erès 16 €

L'enjeu de ce dossier thématique « *Parentalité et famille d'accueil* » est de rendre compte des dernières recherches et réflexions dans le champ en abordant la complexité des interventions socio-éducatives. Les auteurs interrogent les discours et les pratiques institutionnelles, les difficultés, les résistances et les non-dits au sujet des relations affectives et de la recomposition de la parentalité en accueil familial.

Placé au centre d'une complexification croissante des liens de parenté et des relations de parentalité liées à notre évolution sociale, le placement familial se trouve aujourd'hui mis en demeure de prendre en compte cette complexité et d'élaborer de nouvelles réponses aux questions dont il se trouve investi. La clarification des cadres de l'accueil devrait permettre de mieux intégrer, dans la gestion de la pluriparentalité mise en œuvre avec l'accueil familial, cette dimension relationnelle et affective constitutive de ce qui fait la chair de l'accueil et qui représente la base du développement de l'enfant placé, autant que de l'investissement des familles qui le prennent en charge.

Les troubles autistiques Du repérage précoce à la prise en charge

Alain Lazartigues

Eric Lemonnier

Préface de Charles Aussilloux

Ellipses

Cet ouvrage sur l'actualité de l'autisme aborde l'ensemble des questions que pose l'autisme, avec un souci de clarté. Les points de consensus, non seulement entre professionnels mais entre ceux-ci et les familles doivent être connus car ils constituent la base des bonnes pratiques et le point d'entrée dans les recherches ultérieures. Ils sont aussi des désaccords exposés, en respectant la position de chacun, en se mettant dans une position qui permette la vérification de la validité des hypothèses.

Ce livre est une bonne stimulation pour avancer, que l'on soit chercheur ou membre d'une équipe de professionnels dans les soins, l'éducation ou la pédagogie. Mais ce peut être aussi un outil utile pour les familles qui doivent assurer le projet de vie de leur enfant et, plus généralement, une base d'informations pour tous ceux qui veulent faire le point sur ce désordre fondamental de la communication et des relations aux autres qu'est l'autisme.

S. Freud : œuvres complètes T. XII 1913-1914

Sous la direction d'A. Bouguignon et P. Cottet

PUF 46 €

La « *nouvelle* » traduction des œuvres complètes de Freud aux PUF poursuit son chemin, avec la parution du Tome XII (*Le Moïse de Michel Ange, Histoire du mouvement psychanalytique. Pour introduire le narcissisme. Ecrits techniques divers, dont : Remémoration, répétition et perlaboration ; Remarques sur l'amour de transfert ; Sur la psychologie du lycéen (!...)*). Restent encore huit volumes à paraître, mais, avec les treize déjà parus, on peut se faire une idée de l'énorme travail accompli. La traduction, toujours un peu « *rugueuse* », a le mérite de rester au plus près du texte allemand (voire latin) d'origine. Ouvrage de référence, ce ces temps de DSM décervelants...

M. Goutal

dynamique du trouble psychopathique, au lieu d'avoir accepté, sans plus, le fait fatal de la dégénérescence. La finesse de son approche impliquait également une notion de contre-volonté, terme que nous empruntons à Freud et Breuer dans les *Etudes sur l'hystérie* : le sujet fait le contraire de ce qu'il veut consciemment, et en outre, le motif des actes qu'il pose s'éclaire à la lumière de ses états seconds. Le sujet ne peut pas résister à la représentation dont il ne veut rien savoir, et qui

LIVRES

Grands-parents et grands-parentalités

Sous la direction de Benoît Schneider, Marie-Claude Mietkiewicz, Sylvain Bouyer
Ères, 25 €

Cet ouvrage présente des contributions dans les champs psychologique, psychanalytique, sociologique et juridique, qui concernent la place des grands-parents, mais aussi l'ensemble de la famille. Trois types d'approches permettent de croiser les points de vue : l'une centrée sur les grands-parents eux-mêmes, l'autre sur les petits-enfants, la dernière sur les grands-parents en tant que « plurigrand-parentalité » contemporaine en lien avec les nouveaux modes d'organisation familiale dans divers contextes socioculturels.

Avec la participation de Marie-France Bureau, Danielle Julien, Françoise Hurstel, Annie Leblond de Brumath, Magdolna Mériai, Raphaëlle Miljkovitch, Gérard Neyrand, Monique Robin, Manuel Rodrigues-Martins, Anne Thévenot, Catherine Wieder, Chantal Zauouche-Gaudron.

100 mots pour comprendre le rêve

Françoise Parot

Les Empêcheurs de penser en rond,
15 €

Ce livre n'est pas un manuel d'interprétation psychologique des rêves, mais plutôt une promenade à travers l'univers quasi infini des rêves et de ce que les hommes en ont dit et en disent à partir d'une double approche : la théorie de Freud qui considérablement pesé depuis la fin du XIX^e siècle sur les pratiques occidentales d'interprétation des rêves et la neurobiologie.

Conduire et évaluer les politiques sociales territorialisées

Guy Cauquil
Dunod, 29 €

« Territoire, projet, développement social, contrat, décentralisation, participation, évaluation... ». Ces termes évoquent les multiples mutations qui dessinent le paysage des politiques sociales locales en ce début de XXI^e siècle. Cet ouvrage original leur est consacré.

Partant d'une analyse des enjeux que la territorialité des politiques sociales pose à la gouvernance publique et aux pratiques professionnelles, ce livre passe en revue une série d'expériences qui montrent comment avancer dans la contractualisation de projet sociaux de territoire, ou encore dans la participation des habitants à ces politiques publiques de proximité. Sa seconde partie propose une réflexion, théorique puis méthodologique, sur l'évaluation des politiques publiques sociales territorialisées. Sont ainsi présentés un historique de l'émergence de l'évaluation dans le champ social, une analyse critique de l'utilité sociale de l'évaluation de l'action publique, des propositions qui montrent comment on peut rendre évaluable un contrat de ville ou une action de développement social.

contraint du dedans son geste à s'accomplir.

On le sait, l'avènement de cette intelligence radicalement nouvelle du fonctionnement humain que condense le concept d'« inconscient » a été rendu concevable, sur le plan clinique, par la ferme reconnaissance des névroses dans leur spécificité, avec ce que le repérage clinique emporte de compréhension psychopathologique. D'un côté donc, un mouvement qui autonomise peu à peu un groupe des « folies avec conscience » par rapport aux folies proprement dites. De l'autre côté, un mouvement qui détache l'hystérie de ses anciennes attaches gynécologiques, puis neurologiques, pour en faire une maladie psychique, exemplaire en cela est l'œuvre de Charcot dont Gladys Swain a retracé l'itinéraire intellectuel dans *Le vrai Charcot*. Parce que l'hystérie est une forme de « désagrégation mentale caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité », la conjonction peut justement s'opérer grâce à ce schème du dédoublement : dans l'hystérie et dans ses symptômes très variés, mais ayant entre eux d'incontestables rapports, le délire du doute, la folie dite consciente ou raisonnante, les obsessions, les impulsions, les phobies, etc., il s'agit semblablement et dans les deux cas de division de conscience.

La constitution de cet objet-carré représente l'apport factuel déterminant qui va précipiter le renouvellement de l'explication psychopathologique par la psychanalyse. C'est avec la jonction des deux composantes – hystérie et folies avec conscience – sous le signe du clivage de la conscience, c'est avec la spécification de leurs places entre les folies proprement dites et la normalité que s'installent les données qui vont appeler une lecture entièrement transformée, tant des voies de la pathologie mentale que de l'organisation normale du psychisme.

Avec ce concept de division interne, c'est un mode de compréhension psychopathologique nouveau qui s'introduit : si, dans la psychonévrose de défense, « le clivage du contenu de la conscience est la conséquence d'un acte de volonté du malade », comme l'écrit Freud dans *Névrose, psychose et perversion*, ce n'est pas pour autant que le malade a « l'intention de provoquer un clivage de conscience ; l'intention du malade est différente, mais elle n'atteint pas son but et produit un clivage de la conscience ».

Ce que Ganser notait déjà chez ces patients « pourvus » d'une intentionnalité non consciente d'elle-même. Autrement dit, la remise en question de l'unité subjective est le fait du sujet lui-même. C'est à l'intérieur du sujet, dans le travail sur lui-même qui s'effectue en lui, qu'il faut chercher les ressorts de sa propre mise en cause. Il s'attaque et se défend par le dedans : l'on quitte donc l'extériorité clinique pour entrer dans l'intériorité psychopathologique. Au travers du déchiement névrotique, l'on saisit un point d'application électif de la recomposition des repères de la personne concrète sous l'effet de l'individualisation.

L'inconscient surgit alors comme clef de la psychologie de l'individu pur, telle que la névrose la fait entrevoir. Il relève primordialement de la découverte qu'une personne est amenée à faire par rapport à elle-même, la découverte d'une insuffisance ou d'une défaillance de la conscience de soi. « J'ignore quelque chose de moi, ce quelque chose me détermine, certes, mais encore faut-il que je sois conscient de cette ignorance pour pouvoir la penser comme résultant de l'existence d'un inconscient » : la dimension de la subjectivité comme auto-constitution et auto-réflexivité se déploie, dans cette optique, avec la confrontation à cet inconnu de nous-mêmes. Il s'ensuit une perspective et des conditions inédites s'agissant du

rapport à soi-même : je n'ai véritablement de rapport avec moi-même qu'au travers de la tentative d'éclaircissement et de réappropriation de quelque chose de moi dont je suis, en dernier ressort, séparé de manière irrémédiable. Quelque chose de moi qui n'est pas rien, puisque c'est ce qui détermine le plus essentiellement l'identité de ce moi et les comportements qui en découlent. Autrement dit, je suis coupé de la part qui me rend le plus singulièrement moi-même et me distingue de tous les autres. Je suis scindé de ce qui, ultimement, m'individue et c'est le sachant, me débrouillant avec cette opacité, que j'accède à la subjectivité : c'est dans la relation entre moi et moi que s'est joué ce qui m'a constitué. C'est, historiquement, le problème de l'hystérie qui a fourni l'occasion d'un tel retournement, en tant qu'il a fait surgir de manière éclatante les mirages, les pièges et les limites d'un prétendu pouvoir sur l'âme de l'autre. D'un côté, l'hystérique semble être la patiente la plus offerte à l'action du médecin, la plus spectaculairement influençable au vouloir hypnotique de l'autre ; mais de l'autre, elle est « l'être le plus intraitable, le plus irréductiblement manipulateur sous couvert de dépendance et de soumission, le plus rebelle à la prise de l'autre jusqu'en ses abandons d'automate n'agissant plus que sur injonction de son maître ».

Même, s'il s'avère que vous avez le pouvoir de dicter ses gestes et de lui souffler ses pensées, l'hystérique finit toujours par vous échapper totalement à tel point que la manipulation de l'un par l'autre change de camp. La difficulté se situe donc un cran plus haut, si l'on ose dire, et concerne, comme l'hystérie l'exige, le sujet auquel on s'adresse dans l'entretien, en tant qu'on le fait parler, et plus encore, « porte-parole d'un x énigmatique qui le hante », pour reprendre la belle formule de Pierre-Henri Castel.

Or, si le ou la malade – hystérique – participe subjectivement à l'objectivation de sa maladie, l'écueil est facile à voir : son symptôme sera un soi-disant symptôme, d'où l'importance de la question de la simulation, chez Ganser lui-même comme chez tous les aliénistes de cette époque. Il aura fallu comprendre que le sujet pouvait être à l'origine de ses symptômes sans, pour autant, en être responsable pour que naisse le concept de division de conscience puis, avec Freud – dont c'est précisément l'apport révolutionnaire – celui d'un inconscient intentionnel et contre-volontaire. On ne peut donc faire fond sur rien, si l'on veut à toute force chercher un ancrage où confronter le sujet à lui-même, et le faire témoigner en vérité sur la vérité de son témoignage. Que faire de l'hystérique qui témoigne en effet de l'aporie de sa maladie quand elle dit : « c'est vrai, je mens ? ».

Pour ainsi dire, il y a inconscient lorsque l'on pose comme prédicat qu'un discours fini ne peut pas dire tout ce qui lui est dicible. Autrement dit, il y a de l'inconscient si l'acte d'énonciation par le sujet implique la perte d'une part du dicible : il y a de l'inconscient s'il y a du dicible-indicible (pour le malade) mais pas pour autant indicible pour l'analyste. Cet inconscient est, bel et bien, un énoncé inconnu du sujet, irréductible à la prise de conscience sans le passage par la cure avec l'analyste. C'est à un changement complet de paradigme que l'on assiste alors et qui tient à la position des interlocuteurs devant le code commun de leur discours, à savoir le langage : parler ne consiste plus simplement à communiquer quelque chose, en l'occurrence ce que l'on veut dire avec le langage comme simple instrument de cette communication. Dans ce dernier cas, l'on suppose que le sujet de l'énonciation est censé savoir ce qu'il dit, et s'il sait ce qu'il dit, il dit précisément ce qu'il veut dire, de sorte qu'il peut dire ce qu'il veut et ne pas

La césarienne programmée ne protège pas contre le risque de dépression du postpartum

Certains travaux ont suggéré que les femmes ayant une césarienne en urgence étaient plus à risque de dépression post-partum mais cette association est controversée.

A partir de la cohorte ALSPAC (Avon Longitudinal Study of Parents and Children), Roshni R. Patel de l'université de Bristol et ses collègues ont évalué l'association entre la césarienne programmée et la dépression post-partum, par rapport à l'accouchement par voie basse, ainsi que l'impact de la césarienne en urgence ou de l'accouchement assisté (forceps, extraction instrumentale) par rapport à l'accouchement par voie basse spontanée. La cohorte inclut 14.663 femmes recrutées avant leur accouchement. Les auteurs n'ont trouvé « aucune preuve que la césarienne élective modifiait le risque de dépression post-partum par rapport à un accouchement par voie basse », le risque relatif étant de 1,06.

De même, parmi les accouchements par voie basse, le risque n'était pas significativement augmenté en cas de césarienne en urgence ou d'accouchement assisté, par rapport à l'accouchement par voie basse spontanée. « Les femmes programmant un accouchement par voie basse et nécessitant une césarienne en urgence ou un accouchement assisté peuvent être rassurées car il n'y a aucune raison de croire qu'il existe un risque accru de dépression post-natale ». ■

P.C.

dire qu'il ne veut pas dire. Le paradigme de l'inconscient renverse le problème : le sujet ne sait pas ce qu'il veut (puisqu'il ne peut pas le dire), donc il n'est pas qu'il sache ce qu'il dit (ne sachant pas ce qu'il veut, il ignore aussi ce qu'il veut dire). Lorsque Balzac écrit, dans *La femme de trente ans*, qu'« il existe des pensées auxquelles nous obéissons sans les connaître parce qu'elles sont en nous à notre insu », il ajoute que « quoique cette réflexion puisse paraître plus paradoxale que vraie, chaque personne de bonne foi en trouvera mille preuves dans sa vie ». Le génie de Freud aura été d'indiquer comment la « personne de bonne foi » peut trouver les « mille preuves » dont parle Balzac. Freud, lui aussi, s'adresse à l'auditeur de bonne foi et lui donne la parole. L'auditeur impartial demande : que se passe-t-il dans la cure ? Comment la parole peut-elle délivrer le névrosé de sa souffrance ? Il lui est répondu ceci : « Tout homme sait qu'il y a en lui des choses qu'il lui déplairait de communiquer à autrui, ou même dont la communication lui semble exclue. Il s'agit de ses « affaires intimes ». Chacun présente aussi – ce qui est un grand progrès dans la connaissance psychologique de soi-même – qu'il y a d'autres choses encore que l'on ne voudrait pas s'avouer à soi-même, que l'on se cache à soi-même, que pour cette raison on interrompt et que l'on chasse de sa pensée lorsqu'elles y émergent. Peut-être, remarquera-t-on alors qu'il se pose dans ce cas un problème psychologique qui est en effet très remarquable : sa propre pensée doit rester secrète pour son propre soi-même ». Le second cas est, effectivement, remarquable en ce qu'il manifeste une opposition entre le sujet et une pensée propre au sujet : expérience de la division du sujet ou, plus exactement, de l'opposition entre celui qui pense sans le savoir et celui qui ne sait pas qu'il pense.

Ayant renvoyé son auditeur impartial à cette observation qui fait « pressentir » l'inconscient, Freud revient à son objet initial : l'originalité du traitement analytique. Il fait dire à l'auditeur qu'il s'est donné : vous professez donc que les névrosés souffrent d'être accablés d'un secret dont ils se déchargent sur le divan en l'énonçant, de même que le pénitent, dans le rite catholique, retrouve la paix en confessant ses fautes ; la cure analytique serait donc une manière de confession laïque. A quoi Freud répond : « Dans la confession, le pécheur dit ce qu'il sait ; dans l'analyse, le névrosé doit dire plus ». Il doit en dire plus qu'il ne sait pour être guéri, au lieu qu'il est demandé au pécheur de confesser ce qu'il sait de lui-même pour être absous.

Est ainsi clairement affirmé que la cure analytique et le paradigme de l'inconscient sur lequel elle se fonde reposent sur l'asymétrie du savoir au dis-

cours, de par l'existence de symptômes où l'inconscient se dit malgré le sujet. L'inconscient n'est, dès lors, pas tant ce que le sujet ne veut surtout pas dire (un secret), mais plutôt ce que le sujet ne sait pas dire (en ce sens indicible) mais aussi ne se sait pas dire (en ce sens dicible, c'est-à-dire symptôme). Autrement dit, le sujet en dit plus long que son propre savoir, quand bien même il ne sait pas qu'il le dit et, par là même, dit aussi ce qu'il ne sait pas à un thérapeute qui, à la fois, sait qu'il le dit et ne dit pas tout ce qu'il sait et qu'il ne sait pas tout ce qu'il dit.

« Inconscient » signifie, alors, ce qui s'énonce à l'insu du sujet : si le sujet sait ce qu'il dit, il n'y a pas d'inconscient, pas de dit inconscient puisque sujet de l'énonciation et sujet de la volonté se confondent, comme dans une théorie strictement instrumentale du langage où l'on parle pour dire ce que l'on veut et où l'on dit ce que l'on veut dire. Toutefois, il ne suffit pas d'affirmer que le sujet ne sait pas tout ce qu'il dit ; encore faut-il qu'un autre puisse l'entendre, c'est-à-dire entendre ce que lui-même dit sans l'entendre. A partir du moment où n'est dit que ce qui est entendu, il y aura de l'inconscient dit par l'un, s'il y a du consciemment entendu par l'autre au-delà de ce que le sujet entend lui-même.

C'est dans cet espace asymétrique, qu'initie le traitement moral mais qui ne sera pleinement pensé qu'avec le dispositif de la cure analytique, que l'énonciation du non-sens, de l'absurde ou du délirant, signale le point du discours où le sujet transgresse la loi du langage et fait comme s'il pouvait parler hors la loi, dans une langue qu'il instituerait à sa mesure, où se dirait un sens suprême dont il aurait le secret.

Dans un tel cas de figure du discours délirant, l'Autre (médecin) n'entend a priori aucun sens dans le galimatias qu'on lui adresse, mais il entend fort bien que le sujet lui parle en insensé. L'Autre ne trouve, peut-être, aucun sens à l'énoncé insensé, mais il trouve un sens à l'énonciation de ce qui ne veut rien dire.

En revanche, le sujet peut entendre sa propre énonciation du non-sens, ou bien, séduit par les apparences, s'imaginer que ses dires insensés sont pleins de sens.

Le sujet délirant peut ou non s'entendre lui-même dans le non-sens de son discours, selon qu'il s'inclut ou s'exclut de l'Autre : le pari du dispositif analytique, sera celui de l'inclusion. La reconnaissance tacite de la folie comme aliénation du sujet n'a pu, inséparablement, s'effectuer que de concert avec une transformation complète de la manière de concevoir l'appréhension du sujet par lui-même, de la matrice logique où produire l'idée du moi. Cela, dans le temps où s'effectue une élaboration philosophique de cette

même notion de moi que Marcel Mauss considère comme l'aboutissement du processus de dégageant de la personne en tant qu'« être psychologique » qui a doublé, dans l'Occident moderne, le mouvement d'affirmation politique de l'individu. « Kant posa, mais sans la trancher, la question de savoir si le moi, das Ich, est une catégorie. Celui qui répondit enfin que tout fait de conscience est un fait du « moi », c'est Fichte. Kant avait déjà fait de la conscience individuelle, du caractère sacré de la personne humaine, la condition de la Raison pratique. C'est Fichte qui en fit de plus la catégorie du « moi », condition de la conscience et de la science, de la Raison Pure. Depuis ce temps, la révolution des mentalités est faite, nous avons chacun notre « moi », écho des Déclarations des Droits qui avaient précédé Kant et Fichte ».

Tout se passe, en effet, comme si une double articulation s'était mise en place : d'un côté, position de l'expérience du moi comme expérience d'une impossibilité de se détacher de soi – je suis moi en tant que je m'éprouve dans une adhésion et une indistinction primordiales ; le moi, c'est ce dont je ne puis m'arracher, me couper, ce avec quoi invinciblement je coïncide – ; de l'autre côté, détermination de l'expérience du moi comme transcendance toujours renaissante et inextinguible par rapport à soi, pouvoir de différenciation à l'infini, mais ne pouvant jamais se réaliser sous forme d'un absolu détachement d'avec soi.

Double articulation dont l'aliénation constitue, à la fois, une remise en cause et une exemplification : elle est par un bout, si l'on veut, une extension du moi comme incoercible adhésion à soi ; mais, en même temps, elle est re-création ailleurs de l'inépuisable pouvoir de distance à soi.

Ce qui nous a changés : devenir des sujets libres et suffisants du social. « Le paradoxe constitutif de l'anthropologie

des sociétés démocratiques, c'est que ces êtres pour la première fois reconnus en possession de droits originaires, inaliénables, antérieurs au fait collectif, pour la première fois ontologiquement autonomes, juridiquement maîtres d'eux-mêmes, extérieurement indépendants pour la communauté où ils s'insèrent, sont ainsi et corrélativement, les premiers êtres à se découvrir asservis du dedans, intérieurement dépendants et dépossédés d'eux-mêmes par quelque chose ne venant nulle part, ailleurs, que d'eux-mêmes. L'émancipation sociale de l'individu a pour conséquence la révélation de l'assujettissement psychique. Toujours plus en possession de lui-même du point de vue d'autrui, l'homme moderne est simultanément sujet qui se rencontre et qui s'éprouve de sa propre sphère intime comme déterminé par ce, qui de lui-même, se trouve par principe soustrait à son pouvoir. L'histoire de l'individualisation – car l'individu n'en finit pas d'advenir, de se séparer, de se refermer en son privé, de s'affirmer en sa suffisance – est d'autre part, et nécessairement, histoire d'une dépossession personnelle et d'une destitution subjective ».

Il s'agit donc de s'efforcer de penser l'histoire de la folie, non dans la perspective d'une mort du sujet à la manière de Michel Foucault, mais plutôt selon le lent processus de sa division, inhérente au devenir-démocratique de la « société des individus », pour reprendre le titre de l'ouvrage majeur de Norbert Elias. Histoire de la folie à lire, ainsi, à la lumière de l'histoire de la division du sujet, c'est-à-dire de l'histoire des formes culturellement définies qu'a empruntées, successivement, l'expérience d'une coupure passant au-dedans de l'homme.

Très longtemps, ces formes ont été comprises indépendamment des phénomènes psychopathologiques. Et puis, progressivement, la folie se les est incorporées, jusqu'à entièrement les résorber. La découverte du syndrome de Ganser

nous a semblé en être une illustration en tant qu'elle pose la vérité d'un sujet à la fois inconnue et, au-dedans de lui-même, en même temps qu'elle déplace et, par là même, reformule la question de sa responsabilité. Autrement dit, ne simule pas qui veut...

L'histoire de la division du sujet est ainsi celle d'une réduction de la division du monde entre l'ici-bas et l'au-delà, entre la réalité visible et les puissances invisibles, entre nature et sur-nature, avec ses conséquences inévitables quant à la représentation de l'expérience humaine. ■

Pedro Valente

Interne, Clinique Rémi de Gourmont, Paris

Bibliographie

ALLEN D.F., MACARY P., *Éléments pour une histoire du syndrome de Ganser*, L'Information psychiatrique, 79, 4, 2003, 325-334.

ALLEN D.F., *Pour la réhabilitation de Ganser de Dresde*, Evolution psychiatrique, 1992, LVII, 537-546.

BAZIN E., *Histoire d'une entité clinique : le syndrome de Ganser*, Thèse de médecine, Marseille, 1991.

BAZIN E., LEBREAU J.L., AZORIN M., *Le syndrome de Ganser : revue critique de la littérature et approche psychopathologique*, L'Evolution psychiatrique, 1993, 58, 2, 311-327.

BENEZECH M., *Réactions psychologiques catastrophiques à l'incarcération : épisode régressif aigu, syndrome des réponses à côté. Une nouvelle observation de syndrome de Ganser*, Journal de médecine légale, Droit médical, 1989, 32, 333-356.

BUSTAMANTE J.P., FORD C.V., *Ganser's syndrome*, Psychiatric opinion, 1977, 39-41.

CASTEL Pierre-Henri, *La querelle de l'hystérie*, Paris, PUF, 1998.

COCORES J. et al., *The Ganser syndrome: evidence suggesting its classification as an*

dissociative disorder, Int. psychiatry in medicine, 1984, 14, 47-55.

DAUMEZON G., KOEHLIN P., PAUMELLE P., *Syndrome de Ganser au cours d'un épisode dépressif*, Annales médico-psychologiques, 1952, 1, 427-434.

FREUD S. et Breuer J., *Etudes sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1956.

FREUD S., *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.

GANSER S.J.M., *Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand*, Arch. Psychiat. Nervenkr., 1898, 30, 633-640.

GANSER S.J.M., *Zur lehre vom hysterischen Dämmerzustand*, Arch. Psychiat. Nervenkr., 1904, 38, 34-46.

KIRCH N. et al., *Le syndrome de Ganser : évolution d'un concept psychopathologique*, Louvain médical, 2000, 119, 104-111.

MALEVAL J.-C., *Folies hystériques et psychoses délirantes*, Paris, Payot, 1981.

MAUSS M., *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1960.

PROVENCE M., SCHLECHT P., *Syndrome de Ganser ou symptômes de Ganser ? Deux cas cliniques*, Ann. M.-Psych., 1990, séance du 25 juin 1990, 876-880.

RAECKE J., *Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes*, All. Zeit. Psychiatr., 1901, 58, 115-163.

REGIS E., *Simulation de la folie et syndrome de Ganser*, L'Encéphale, 1912, 8, 97-104.

RIESE W., BILLINGS C.K., *L'état crépusculaire hystérique (Ganser)*, L'Encéphale, 1, 1937, 209-226.

SIGAL M. et al., *Ganser syndrome: a review of 15 cases*, Compr Psychiatry, 1992, 33, 2, 134-138.

SIZARET P., *Le syndrome de Ganser et ses avatars*, Ann. Méd. Psychol., 1989, 147, 167-179.

SWAIN G. et GAUCHET M., *Le vrai Charcot. Les chemins imprévus de l'inconscient*, Paris, Calmann-Lévy, 1997.

WHITLOCK A., *The Ganser syndrome*, British Journal of psychiatry, 1967, 113, 19-29.

LIVRES ET REVUES

Le racisme

Ténèbres des consciences

Hanania Alain Amar et Thierry Féral
L'Harmattan, 17,50 €

Ouvrage à deux voix : celle d'un psychiatre, Hanania Alain Amar, membre du Comité d'Éthique du CHU de Lyon, et celle de Thierry Féral, germaniste, auteur de nombreux écrits sur le national-socialisme. Le propos général, reprenant Wilhelm Reich, est de montrer que l'antisémitisme, le racisme et le fascisme, ne sont pas des phénomènes spécifiquement allemands. Et de rappeler, par exemple, l'existence, en France, durant la seconde guerre mondiale, des camps des Milles, de Noé, de Rivesaltes, de Saint-Cyprien, du Vernet, de Rieucros, trop souvent oubliés... Ou encore, plus près de nous, le racisme violent sévissant dans l'ex-Yougoslavie entre trois peuples appartenant pourtant au même groupe ethnique, mais de religions différentes...

M. Goutal

L'amour

Topique, mars 2005 n°90

L'Esprit du Temps, 21 €

Il y a trente-quatre ans, en novembre 1970, alors que le Quatrième Groupe venait d'être fondé depuis un an à peine, François Perrier inaugurait un séminaire sur *L'Amour* dont le retentissement fut important au sein de la communauté analytique, toutes sociétés confondues. Les questions qu'il soulevait ont trouvé un écho, plus actuel, à l'occasion des Journées scientifiques qui se sont tenues à Lyon les 20 et 21 novembre 2004 sur le thème de *L'Amour* et dont les interventions sont publiées ici. De nombreuses figures de l'amour furent évoquées : figures musicales, polyphoniques, enchanteresses ; figures visuelles, en dégradé de lumière, entre l'éclat et l'ombre ; figures contrastées entre la violence de la passion et la délectation morose, entre la force du désir et le calme apparent de la sublimation. Il est intéressant de souligner la place qu'occupe la mort, pour François Perrier, en tant qu'opérateur négatif de l'assomption de l'amour. C'est « l'objet manquant, l'objet virtuel qui n'a jamais existé », en tant qu'instance tierce, qui fonde cette liberté créatrice qui lui était si précieuse et qu'il considérait comme le propre de l'amour accompli.

D'autres contributions prolongent les réflexions de ces Journées scientifiques en portant l'accent sur la conception freudienne de l'amour, entre en-deuillement et ouverture sur l'inconnu, sur les formes extrêmes de l'amour pour le sujet humain, constituées par l'amour mélancolique de soi et l'amour mystique, mais aussi sur les incidences de l'évolution des sociétés et des mentalités à ce sujet.

Etre responsable dans un monde en mutation

Jean-Claude Brémaud

L'Harmattan, 25,50 €

Cet ouvrage ne contient pas un panorama des différentes approches théoriques de la responsabilité. Le fil d'Ariane en est l'observation de l'actualité de la vie, actualité illustratrice d'une approche réflexive et concrète de la responsabilité. Le lecteur à la recherche de solutions pour le quotidien de la responsabilité ne trouvera pas un catalogue de réponses toutes faites. L'auteur étudie des facettes peu explorées de la responsabilité et offre des réflexions globales et croisées, personnelles et originales qui invitent chacun au plein exercice de sa liberté responsable.

Laïcité à l'hôpital : une circulaire de la Dhos précise les comportements attendus des patients et des personnels

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins diffuse, actuellement, une circulaire rappelant les règles et les modalités de l'application de la laïcité dans les établissements de santé en France*.

Cette circulaire est adressée aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation, aux préfets de région et de département, aux directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales ainsi qu'aux directeurs d'établissements de santé publics, aux privés participant au service public hospitalier (PSPH) et aux établissements publics hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Elle fait suite au rapport Stasi sur la laïcité en France remis au président de la République le 11 décembre 2003 et qui avait été à l'origine de la loi sur le voile appliquée dans l'éducation. La Dhos s'appuie, également, sur le code de la santé publique pour établir ses prescriptions.

En premier lieu, la circulaire rappelle que, comme indiqué dans le rapport Stasi, la laïcité impose à l'hôpital que tous les patients soient traités de la même façon quelles que puissent être leurs croyances religieuses, et que les patients ne puissent douter de la neutralité des agents hospitaliers.

Libre pratique du culte

Dans les faits, cela signifie pour les patients la garantie d'une libre pratique du culte, notamment en ce qui concerne la présence d'un ministre de sa religion. La circulaire fait ici référence à la Charte du patient hospitalisé datée de 1995 et qui précisait qu'un « patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion : recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression ».

Cette liberté concerne, également, les pratiques mortuaires. La circulaire fait référence à plusieurs décrets ou arrêtés qui établissent que lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il doit être transporté dans une chambre individuelle afin que ses proches puissent l'assister dans ses derniers instants.

Si la famille n'est pas présente à ce moment, elle peut avoir accès au corps du défunt avant que celui-ci ne soit déposé en chambre mortuaire, dans la limite de 10 heures après le décès.

Ce droit entraîne l'obligation pour les établissements de santé de disposer d'une partie publique au sein de la chambre mortuaire, avec au minimum un local de présentation du corps et un local d'accueil pour les familles.

Pouvoir général de police pour les directeurs d'établissements

Cette liberté religieuse s'accompagne de devoirs pour les patients. La circulaire insiste ainsi sur le fait que « les règles de neutralité doivent demeurer compatibles avec les exigences d'une bonne dispensation des soins telle qu'elle est définie par l'équipe médicale ».

En clair, « le malade doit accepter la tenue vestimentaire imposée compte tenu des

soins qui lui sont donnés ». Il convient, également, de veiller à « la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches » et « au fonctionnement régulier du service ».

De même, la circulaire rappelle que si le patient a le libre choix du praticien qui doit le suivre, c'est bien lui, le patient, et non un de ses proches, qui doit exprimer ce choix. Il convient, en outre, d'éliminer toute forme de discrimination basée sur le sexe ou l'appartenance religieuse du professionnel de santé et de préciser que le libre choix ne peut se faire à l'encontre des tours de garde des médecins ou de l'organisation des consultations.

Pour faire respecter cela, la Dhos rappelle que le code de la santé publique donne le pouvoir général de police aux directeurs au sein de leurs établissements de santé.

Les chefs d'établissements doivent, en premier lieu, réfléchir à l'administration des soins. Une ordonnance en référé du Conseil d'Etat en 2002 précise par exemple que « les médecins ne portent pas une atteinte grave et manifestement illégale à la liberté fondamentale que constitue le consentement à un traitement médical donné par un patient majeur (...) lorsqu'ils accomplissent dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état », bien que le patient l'ait refusé.

Même rigueur à l'égard des personnels hospitaliers

Mais la laïcité ne concerne pas simplement les personnes hospitalisées et touche également les personnels des établissements. La deuxième partie de la circulaire insiste donc sur l'obligation de neutralité qui est fixée « depuis plus d'un demi-siècle dans la jurisprudence ».

Un avis du Conseil d'Etat en date du 3 mai 2000 indique qu'il « résulte des textes constitutionnels et législatifs que le principe de liberté de conscience ainsi que celui de la laïcité de l'Etat et de neutralité des services publics s'appliquent à l'ensemble de ceux-ci ». Cela signifie donc que ce qui est, par exemple, applicable à l'école l'est aussi pour l'hôpital.

Un arrêt du tribunal administratif de Paris en octobre 2002 insiste même sur le fait que « cette obligation trouve à s'appliquer avec une rigueur particulière dans les services publics dont les usagers sont dans un état de fragilité ou de dépendance ».

Des mesures de suspension ou de radiation peuvent donc être envisagées, et en tous les cas, la Dhos demande que « les directeurs d'établissements publics de santé respectent strictement ces principes en sanctionnant systématiquement tout manquement à ces obligations ou en signalant aux directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales toute faute commise par un agent dont l'autorité de nomination est le préfet ou le ministre ». ■

F.C.

*Circulaire n°DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005.

LIVRES ET REVUES

Psychologie et sport

Bulletin de Psychologie 2005 n°1
25 €

L'objectif de ce dossier est de donner un aperçu des principales recherches conduites dans des laboratoires français. Sont ainsi présentés des travaux ayant pour objet l'apprentissage et le contrôle moteur, la motivation et l'estime de soi, les émotions et leur gestion et, plus généralement, l'intervention auprès des sportifs afin d'optimiser leurs performances. La première partie est davantage centrée sur la recherche fondamentale. Deux questions principales sont abordées : comment les processus psychologiques affectent-ils la performance motrice ou le comportement en sport ? Quels sont les effets de l'activité physique sur le bien-être psychologique, notamment auprès des personnes âgées ? Les présupposés théoriques et épistémologiques propres à deux paradigmes différents, l'approche dynamique et l'approche cognitive de la motricité, sont développés.

La seconde partie est davantage consacrée au thème de l'« intervention » auprès des sportifs. Les différents articles qui la composent sont centrés sur la question de la gestion des composantes psychologiques sous-jacentes à la performance sportive. Ils apportent des réponses aux questions du type : quelles techniques un psychologue du sport a-t-il le droit d'utiliser ? Comment peut-il intervenir pour préparer mentalement les athlètes ? Comment peuvent-ils être testés psychologiquement ? Comment les aider à récupérer après une blessure ? Comment intervenir dans la prévention et la lutte contre le dopage ? Les conceptions cliniques et psychanalytiques dans le domaine du sport sont développées, ainsi que les problèmes éthiques qui sont posés. La juxtaposition d'approches si différentes a, peut-être, de quoi surprendre le lecteur non familiarisé par les travaux dans le domaine de la psychologie du sport. L'intention de ce dossier n'a pas été de promouvoir une théorie ou une perspective particulière, mais de faire ressortir les différents courants qui traversent la psychologie du sport. Loin d'être un handicap, cette disparité contribue à nourrir et à enrichir ce domaine de recherche.

La Parole et Lien

Processus associatifs et travail psychique dans le groupe

2e édition

René Kaës

Dunod, 32 €

L'objectif de ce livre est de mettre à l'épreuve de la clinique les hypothèses et les concepts proposés dans *Le Groupe et le Sujet du groupe* (Dunod, 1993). Il s'agissait alors d'établir si et comment l'étude des rapports entre les organisations intrapsychiques et les formations du lien intersubjectif peut s'inscrire dans le champ de la psychanalyse. Il s'en dégageait une conception du sujet du groupe comme sujet de l'inconscient.

Une première partie expose la problématique et la méthode qui forment le cadre de référence de ce travail : les particularités de la règle fondamentale et des transferts dans le dispositif de groupe spécifient le travail psychique qui s'y produit.

La seconde partie, organisée autour de l'analyse de trois protocoles cliniques, montre comment s'agence le discours associatif dans le groupe, comment chaque sujet y noue ou y dénoue ses propres représentations. L'analyse des fonctions du porte-parole, du porte-symptôme et du porteur ouvre de nouvelles voies à la compréhension de l'activité du préconscient et des conditions intersubjectives du penser.

Nous avons choisi de nous pencher sur l'œuvre de J.K. Rowling, le célèbre auteur de la série des livres dont le héros est Harry Potter. Cinq volumes sont à ce jour publiés, il y en aurait sept en tout qui racontent chacun une année de collège, puis de lycée, dans l'école des sorciers de Poudlard, quelque part en Angleterre.

Ses livres connaissent un succès mondial et son premier livre *Harry Potter à l'école des sorciers* a d'emblée été traduit en trente langues. Pourquoi un tel succès ? C'est ce qui m'intéresse de comprendre, d'autant que je les trouve moi-même passionnants.

Avant d'aborder plus avant ce qui tient en haleine dans Harry Potter, je vais essayer de parler de ce que l'auteur transmet de ce monde imaginaire et fabuleux où elle nous invite à entrer. Bien sûr, c'est traduit de l'anglais, et il semble que l'inventivité des mots et des trouvailles soit encore plus féérique à lire en anglais. Mais c'est un régal même en français et je vais en citer quelques uns.

Pour les mots je mentionnerai : les *Moldus*, les non sorciers, le *Quidditch*, un match entre deux équipes de sorciers sur des balais volants, les *Gobelins*, les employés de la banque Gringotts des sorciers, le *Choixpeau magique* qui désigne la maison où est affecté chaque élève, le *Patronus* qui représente le sorcier dans ce qu'il y a de plus profond en lui et qui le protège contre les *Détraqueurs*, êtres désincarnés qui font ressurgir tous les souvenirs douloureux de celui qui se trouve à sa merci, l'*Imagus*, l'animal en lequel le sorcier peut se transformer, l'*Hippogriffe*, un animal mi-oiseau mi cheval, l'*ombral*, un cheval ailé que seul voit ceux qui ont vu la mortetc.

Pour les trouvailles, je retiendrai : le *Rapeltout*, une boule qui s'allume en rouge quand son propriétaire oublie quelque chose, le *Scrutoscope* qui tourne en émettant une lumière brillante en cas de mauvaise intention contre son propriétaire, le *Magicoibus*, un bus qui ramène les sorciers en perdition là où ils seront en sécurité, la *Carte du maraudeur*, une carte qui révèle à un maraudeur le nom et le lieu où se trouve toute personne sur le plan du château de l'école des sorciers Poudlard, l'*Épouvantard* qui révèle au sorcier en lui donnant forme la chose ou la personne qui l'effraie le plus, les *escaliers qui n'en finissent pas* à la façon des tableaux d'Escher, les *tableaux qui s'animent* avec des personnages qui se rendent visite d'un tableau à l'autre, ou qui disparaissent d'un tableau quand ils se rendent dans un autre tableau qui les représente, le *journal intime de Tom Jedusor*, un souvenir effacé des pages d'un journal, qui va revivre après s'être nourri des confidences amoureuses écrites par Ginny sur ses pages..., le *remonteur de temps*, qui permet de modifier une action passée à condition de ne pas être vu, le *portoloïn*, un objet déchet qui transporte les sorciers qui ne peuvent transplaner c'est-à-dire disparaître pour réapparaître dans le lieu souhaité, la *poudre de cheminette* qui permet à un sorcier de rentrer par la cheminée de la maison de sorcier souhaitée, le *Sombral*, un cheval ailé que seul voit celui qui a vu la mort.....etc.

Quand aux noms propres, c'est un régal avec des sonorités comme, *Rusard, Lunard, Queudver, Patmol, Cornedrué, Voldemort, Crabbe, Bibine, Pomfresh, Rogue, Crockdur, Pitiponk une créature des marais, Lupin, Fol-Ceil, Dumbledore, ...etc.*

Que raconte donc, d'aussi intéressant, J.K. Rowling dans ses livres ?

C'est l'histoire d'un petit garçon orphelin qui a été recueilli par une tante maternelle moldue et son mari également moldu. Il apprend à l'âge de onze

Harry Potter, entre quête et destinée

ans, quand il doit entrer au collège, qu'il est sorcier par son père marié à sa mère, une sorcière née de parents moldus, et que son père était célèbre. Son père, comme sa mère, a été tué parce qu'ils lui résistaient, par Voldemort un sorcier brillant gonflé d'ambition qui veut fidéliser par la peur et le culte du sang pur, les sorciers qui aiment la magie noire. Harry n'a pas pu être tué par Voldemort, et il a gardé une cicatrice sur son front qui le fait souffrir chaque fois que Voldemort, devenu après ce revers l'ombre de lui-même, essaie de retrouver sa puissance perdue. Chacun des quatre livres nous livre un peu plus de choses sur Harry Potter qui se découvre lui-même, accompagné par ses deux fidèles amis, Ron et Hermione. Un personnage affable, attentif, bienveillant, intelligent, tolérant, mais en but à des sorciers qui veulent lui ravir l'école Poudlard qu'il dirige, et anéantir son autorité sur la communauté des sorciers, se fait de plus en plus central : il s'agit de Dumbledore. Nous le découvrons au fur et à mesure que Harry Potter se révèle à lui-même et aux autres, car Dumbledore veille sur lui.

Dumbledore en raconte un peu plus à chaque fin d'année scolaire à Harry Potter sur ses parents qu'en tant que professeur il a connus élèves à Poudlard, comme l'était aussi Voldemort mais sous un autre nom. Il répond aux questions de Harry qui se voit, malgré lui, pris dans le tourment où l'étaient ses parents dans leur lutte contre Voldemort. A avoir échoué à tuer Harry Potter, Voldemort en a perdu quasiment la vie, et il ne survit qu'en parasitant la vie de ceux qui lui sont restés fidèles, voués qu'ils sont à leur tour à en mourir. Voldemort met son énergie à survivre pour vaincre cette malédiction dont sa vie dépend. Il cherche d'abord un remède autre que celui de dépendre de ses fidèles qu'il tue, puis sa force quelque peu revenue à utiliser Harry Potter afin de comprendre d'où lui est venue cette résistance qui lui a alors fait défaut, avec, enfin, à terme le projet de le tuer.

L'histoire racontée dans Harry Potter, c'est l'histoire enchevêtrée de deux personnages et leur passé.

La quête d'Harry Potter c'est d'abord celle qui a fait naître le mythe de l'histoire de ses parents et la renommée de son nom. La destinée qui nous est contée au fil des histoires qui émaillent sa vie scolaire à Poudlard, seul moment dans l'année calendaire où Harry Potter retourne dans son monde, celui des sorciers et de la sorcellerie, se révèle tout autre. Sa vraie quête sera de savoir qui il est vraiment, et pas seulement celui que les autres voient à travers le mythe de ses parents et, surtout, de son père.

La quête de Voldemort c'est de trouver pourquoi Harry Potter a pu échapper à sa magie noire qui a fait retour sur lui en lui ôtant tout pouvoir.

Je vais maintenant résumer les quatre premiers livres. Le cinquième livre est un tournant dans la vie de Harry Potter et une articulation, sans doute, nécessaire pour l'auteur dans sa conception des deux autres livres qu'elle s'est promise d'écrire. L'ensemble est, de mon point de vue, un petit chef d'œuvre qui intéresse, au plus au point, le psychanalyste et je vais essayer de vous faire découvrir au fur et à mesure pourquoi.

Le premier livre, Harry Potter à l'école des sorciers

Ce n'est qu'à onze ans quand il doit rentrer au collège, qu'Harry Potter

les répartit. Les trois autres maisons sont celle des Serdaigle, des Poufsouffle, et des Serpentard d'où sont sortis beaucoup de sorciers adeptes de la magie noire.

Harry apprend l'existence d'une Pierre philosophale dont la possession par Voldemort lui redonnerait vie et puissance, et qu'il lui faut donc trouver avant qu'elle ne tombe entre ses mains. Cette pierre est gardée à Poudlard et protégée par des sortilèges conçus par chacun des professeurs de confiance de Dumbledore. Harry, Ron et Hermione les déjouent, et Harry se retrouve face à face avec un professeur, Quirell, parasité par Voldemort, contre lequel il doit lutter. L'arrivée de Dumbledore est providentielle.

Ce que raconte, en filigrane, ce premier livre, c'est combien Harry Potter est marqué au plus profond de lui-même par des déterminants signifiants qui dirigent sa vie, conduisent ses actes, conditionnent ses choix. C'est d'abord son choix et le choix du *Choixpeau magique* pour la maison des Gryffondor, son père était à Serpentard et le *Choixpeau magique* a hésité à l'y affecter, sa maestria à voler sur un balai dans les matches de Quidditch comme son père, sa cicatrice rendue douloureuse par Voldemort, sa baguette magique qui le choisit et qui contient une plume du même phénix que celle de Voldemort. Et donc le nom de Voldemort et toutes les consonances que sa prononciation évoque et contracte,

Schizophrénie et troubles bipolaires Nouveaux espoirs pour un meilleur devenir patient

Le symposium qui s'est tenu à Marseille le 1^{er} et 2 avril dernier, sous la présidence du Professeur Jean-Michel Azorin (Hôpital Sainte Marguerite - Marseille) a concerné l'évolution de la prise en charge de patients schizophrènes traités par olanzapine et le bénéfice de la bonne tolérance générale et, en particulier, extrapyramidale de la molécule ont été largement décrits. De nouvelles indications successives (juin 2002 et mars 2004) de Zyprexa® au traitement des épisodes maniaques modérés à sévères puis à la prévention des récurrences chez les patients souffrant de troubles bipolaires ont incité à réserver une large place au diagnostic et au traitement de ces troubles de l'humeur.

Jean-Michel Azorin s'est félicité du choix de la ville de Marseille pour la tenue d'un symposium qui a réuni 350 psychiatres. Pour la partie la plus prospective du programme, il a en particulier insisté sur l'intérêt de la recherche dans la compréhension de la maladie et de l'activité des traitements. Grâce à la participation du Professeur Perry Renshaw (Mc Lean Hospital, Belmont, USA) et du Professeur Marion Leboyer (INSERM U 513, Equipe de Psychiatrie Génétique, Créteil) les perspectives que dessinent les progrès de l'imagerie et de la génétique ont, aussi, été évoquées.

Le Professeur Renshaw a montré, en particulier, que la Spectroscopie par Résonance Magnétique (SRM) permettait de visualiser et de quantifier la présence de certaines substances dans le cerveau. Un dysfonctionnement mitochondrial à l'origine d'une augmentation du taux de lactate dans certaines régions frontales et dans l'hippocampe, a pu être retrouvé à la fois chez les patients souffrant de troubles schizophréniques et de troubles bipolaires pouvant faire évoquer des mécanismes étiopathogéniques communs à ces deux troubles. La corrélation entre l'abaissement du taux de lactate et la réduction des symptômes schizophréniques sur l'échelle PANSS (Positive And Negative Symptoms Scale) a pu être visualisée par SRM ainsi que l'action de l'olanzapine sur la diminution du taux de lactate dans le cerveau.

La Spectroscopie par Résonance Magnétique ouvre donc des perspectives dans la compréhension de la schizophrénie et des troubles de l'humeur mais aussi une meilleure appréhension de l'action et des doses des traitements spécifiques de ces maladies.

Le Professeur Leboyer, quant à elle, a évoqué la possible responsabilité de certains endophénotypes dans la propension à délirer et la régression des fonctions cognitives constatées dans les phases agitées schizophréniques et les phases maniaques des troubles bipolaires. Les progrès de la recherche en génétique constituent un espoir considérable au niveau de la compréhension de la maladie et de l'adaptation des traitements qui, à plus longue échéance, pourrait en découler.

Ces perspectives sont d'autant plus importantes qu'elles concernent, en France, 600 000 patients schizophrènes et près de 720 000 patients bipolaires. Tous peuvent actuellement bénéficier des avantages du rapport bénéfice/risque des antipsychotiques atypiques et en particulier du profil de tolérance de l'olanzapine, adapté à une prise en charge globale des épisodes aigus de la maladie comme à la prévention des rechutes. Tous bénéficient des efforts entrepris par l'ensemble des acteurs de la prise en charge, pour déstigmatiser la maladie psychiatrique. Au rang des initiatives qui ont contribué à cette déstigmatisation, citons le programme *Schizose'dire*, sous forme de fascicules d'information thématiques pour mieux comprendre la schizophrénie et mieux accompagner le patient schizophrène dans sa réinsertion psychosociale. Le n°7 « Je vais mieux... » vient de paraître et le n°8 « Je gère mon quotidien » est à paraître prochainement. ■

D'après un symposium du laboratoire Lilly, Marseille, 1er et 2 avril 2005.

est élevé à un signifiant maître. Il assoie Harry Potter sur le chemin d'une destinée prédestinée.

Que dire encore du désir qui anime Harry ? La réponse nous est faite par le miroir de *Riséd*, miroir qui montre à celui qui s'y mire, que ce qu'il veut y voir. C'est, en quelque sorte, un révélateur du désir qui anime par delà les mots le sujet. Dumbledore le fait découvrir à Harry et il découvre, en même temps que lui, ce qu'est le désir d'Harry. Harry désire d'abord y voir ses parents pour les reconnaître et pouvoir ensuite poursuivre son propre chemin. Ce sera ensuite pour découvrir et s'emparer de la Pierre philosophale avant Voldemort. Comme il ne veut pas s'en servir, il la voit dans le miroir de *Riséd* et il peut la prendre. Voldemort qui veut s'en emparer pour retrouver l'immortalité, ne peut ni la prendre, ni la voir dans le miroir puisque son désir est le pouvoir et non la quête de la Pierre.

J.K. Rowling construit ses livres sur les racines signifiantes qui prêtent à Harry Potter sa résistance psychique, et à son désir une détermination qui anime ses choix et ses actes. Tel un parcours initiatique, Harry aidé de ses fidèles amis, Ron et Hermione, franchit les obstacles un à un que Dumbledore a mis sur le chemin de la Pierre philosophale, tandis que Dumbledore découvre l'essence profonde de Harry.

D'autres lectures de ce livre peuvent se faire en parallèle : une lecture fantastique avec ses trouvailles imaginaires et ses péripéties, une lecture policière avec ses énigmes et leurs résolutions, une lecture romanesque avec ses intrusions de personnalités et de passions qui inter réagissent sur l'action, une lecture politique avec ses querelles de partis, ses enjeux, ses stratégies et ses leurres. Bref il y a un public pour chacun de ses aspects selon ses affinités.

Le deuxième livre, Harry Potter et la chambre des secrets

Il fait ressurgir un passé dramatique datant de cinquante ans, quand Dumbledore était professeur à Poudlard, le père de Harry et sa mère élèves, en même temps que Tom Elvis Jedusor. Plusieurs élèves avaient été pétrifiés et une autre était morte surnommée *Mimi Geignarde*, par une créature maléfique. Hagrid qui adorait élever toute sorte de monstre, avait été soupçonné d'en avoir introduit un qu'il n'avait plus réussi à domestiquer. Malgré ses démentis il avait été renvoyé de l'école, dénoncé par Jedusor soutenu par la maison des Serpentard.

Plus rien n'était alors survenu après son départ mais Dumbledore n'avait jamais cru à sa culpabilité et l'avait réintégré comme garde-chasse à Poudlard. Dumbledore, en effet, se laisse guider par sa connaissance de l'être qu'il écoute et regarde agir que sur les propos de tout un chacun sur lui. Il fait office de sage, et il devient providentiel pour ceux qui s'en remettent à lui.

Pour en revenir à l'histoire du second livre, deux élèves de Gryffondor, une de Serdaigle, un de Poufsouffle, un fantôme Nick Quasi-Sans-Tête et une chatte, se retrouvent pétrifiés. Enfin Ginny, la sœur de Ron, est capturée et menacée d'être tuée par la créature maléfique. Grâce à Hermione, Harry découvre que le seul animal qui puisse être l'auteur de ces méfaits, ne peut être qu'un *Basilic*, un serpent. Il fait fuir les araignées dont celle qu'avait introduite et élevée Hagrid, dans un placard, il y a cinquante ans et qui habite depuis dans la forêt interdite. Ce serpent redoute car il en meurt, d'entendre le chant des coqs qui ont été tués. Il fait mourir certes par son venin mais plus sûrement encore par son regard. Ceux qu'il a pétrifiés, n'ont croisé son regard qu'au travers de quelque chose, un miroir, un appareil photo,

une flaque d'eau, un fantôme. Harry en déduit que le *Basilic* vit dans la chambre des secrets dont l'accès se trouve dans les toilettes où a été tuée *Mimi Geignarde* qui les hante. Harry découvre avec stupeur et angoisse qu'il comprend et sait parler leur langue, le *Fourchelangue*. Il trouve l'accès de la chambre des secrets et se retrouve face à face avec Tom Elvis Jedusor, anagramme de « *je suis voldemort* », héritier par sa mère de Salazar Serpentard, le fondateur de la maison des Serpentard qui a enfermé le *Basilic* à Poudlard, face à face une fois de plus avec l'image virtuelle de Voldemort. L'image virtuelle de Voldemort demande en *Fourchelangue* au *Basilic* de tuer Harry. Dumbledore, informé à temps, lui envoie son providentiel phénix.

Je vais m'arrêter sur l'usage que fait J.K. Rowling du souvenir. L'histoire de Jedusor est revue, virtuellement, par Harry à travers un Journal intime magique, qu'un fidèle de Voldemort, le père de Malefoy, un élève de Serpentard, a glissé dans les affaires de classe de Ginny. En y écrivant son amour pour Harry, Ginny fait revivre Voldemort mais virtuellement, le jeune Voldemort dont le nom est Tom Elvis Jedusor, et il attire ainsi Harry auprès du Basilic, un serpent aux ordres de la famille des Serpentard et lui bien réel. Quand Harry, intuitivement, plante dans le Journal magique que laisse tomber le phénix de Dumbledore à ses pieds, le crochet du serpent rempli de venin qu'il vient d'arracher de son bras, le dit journal se consume en même temps que l'image de Voldemort jeune, et donc de Tom Elvis Jedusor s'estompe pour s'effacer et disparaître. C'est ainsi que J.K. Rowling représente, rend compte des effets et des conséquences du retour du refoulé dans la vie psychique le moment venu.

De la reviviscence de ce souvenir, resurgit tout un passé refoulé mais non résolu qui fait retour avec violence. Dumbledore et les professeurs en connaissent que la partie convenue mais pas ses dessous. Si Harry le résout, il ne peut le partager qu'avec ceux qui l'ont vécu avec lui et ceux qui n'en connaissent que la partie émergée qui ne les a, cependant, pas convaincue. Il se heurte à tous ceux qui préfèrent l'ignorance à la vérité, un joyau qui attire, mais dont l'éclat la fait préférer voilée. Retour du refoulé, vérité qui fait mal trop tôt et très tôt, c'est ce à quoi se heurte Dumbledore quand il tarde à révéler à Harry ce qui le frappe, lui et à travers lui, la communauté des sorciers, de plus en plus fort à la porte de sa vie dans le monde des sorciers et de la sorcellerie. Dumbledore intervient encore, cette fois ci, de façon providentielle parce qu'il le peut encore. En fait il essaie de retarder le plus possible le moment où Harry devra comprendre qu'il ne s'agit plus d'un parcours initiatique mais d'un combat à mort qu'il devra livrer contre Voldemort.

Harry a choisi la maison des Gryffondor alors que la *Choixpeau magique* hésitait avec celle des Serpentard pour, quand même, le diriger sur celle des Gryffondor. Ce que met à l'épreuve Harry à son insu, c'est bien si son choix réfléchi était celui qui lui seyait véritablement. C'était le bon.

Le troisième livre, Harry Potter et le prisonnier d'Azkaban

Harry découvre qu'il a un parrain, un ami de ses parents, emprisonné à la prison d'Azkaban pour les meurtres de Peter Pettigrow et de Moldus. Son parrain s'est échappé de la prison et ses gardiens, des détraqueurs, sont à sa recherche à Poudlard où il lui est imputé de vouloir tuer Harry. Sirius Black, c'est son nom, est accusé d'être à la solde de Voldemort. Tout se tient, sauf que c'est un montage savamment

conçu et construit par celui qui est supposé avoir été tué, Peter Pettigrow, un ami des Potter qui s'est vendu à Voldemort. Comment est-il devenu à sa solde? Par lâcheté, lâcheté qui lui fait rechercher le plus puissant pour se mettre à son service, même s'il doit en payer le prix fort, il est par essence un traître potentiel pour tous.

J.K. Rowling exploite, là encore, le thème de la vérité, qui se voile pour s'obscurcir quand elle est sur le point de se révéler. Les semblants prennent alors l'accent du vrai, avec un coupable désigné.

Le commun des mortels est prêt à y croire par paresse intellectuelle, par lâcheté, par commodité. L'innocent est prêt lui à en payer le prix par culpabilité. C'est l'histoire de Sirius Black, qui se sent coupable d'avoir mal conseillé ses amis, les parents de Harry, et qui se laisse enfermer à la prison d'Azkaban. L'hésitation, la surprise, l'atemoiement, a permis au plus malin, sans foi ni loi, de tirer sa révérence et d'accabler celui qui est là au mauvais endroit au mauvais moment, mais surtout pris dans les affres de sa culpabilité. Le poids de sa culpabilité et le prix à payer à s'y complaire, est décliné dans ce récit.

J.K. Rowling aborde aussi le thème de l'angoisse quand elle évoque les *Détraqueurs* qui la font naître. Ils absorbent tous les moments heureux de leur victime. Leur victime devient prisonnière de cette angoisse qui l'empêche de vivre. Si Sirius Black a pu leur échapper, c'est parce que sa culpabilité était plus forte que la certitude de son innocence. N'étant pas une pensée heureuse en soi, les *Détraqueurs* n'ont pas pu la déceler, ni par conséquent la lui ravir, raison pour laquelle il a pu, le moment venu, y puiser sa raison de vivre pour prévenir Harry dont il est le parrain, du danger qui le guettait pour, du

même coup, s'acquitter de sa dette posthume. Avec les *Epouvantard*, une représentation de la peur, l'angoisse trouve ainsi son antidote. Puisqu'un aspect ridicule peut lui être affublé, en rire lui enlève toute consistance et tout pouvoir.

Enfin, derrière la culpabilité, l'angoisse, c'est le désir qui transcende toutes ces vies, soutenu qu'il est par des déterminations viles et abjectes ou généreuses et altruistes, déterminations inconscientes ou conscientes mais dans tous les cas signifiantes. Ce désir se décline versant narcissique ou versant altruiste, versant ténébreux ou versant lumineux, mais il donne vie à ces vies d'une façon si humaine que ce monde de sorcellerie n'est, en somme, qu'une transposition de la quintessence de nos rêves.

Une autre trouvaille de J.K. Rowling est le *Patronus*. C'est le moyen par lequel l'emprise que le Réel de l'angoisse peut avoir sur soi, peut disparaître. Le Réel pour Harry c'est l'éclair vert qui voulait le tuer, c'est la voix de sa mère qui supplie Voldemort de la tuer et d'épargner son enfant, c'est la voix de son père qui enjoint à sa mère de fuir avec Harry. Il s'agit, pour Harry, de trouver en lui un souvenir si essentiel à la prise de conscience de son être et de son identité, qu'il éloigne toute emprise du Réel sur soi et l'angoisse qui lui est liée. Le *Patronus* qu'Harry se découvre est un cerf qu'il pense, un instant, être son père venant le secourir. Il apprendra, par la suite, que son père pouvait se transformer en un animal, un cerf. Mais c'est bien lui Harry qui a pu faire surgir du plus profond de lui ce qui le protégera désormais d'un retour du Réel de l'angoisse, ce *Patronus* là, un cerf, l'imagus de son père. C'est avec Voldemort et ce *Patronus* du cerf un autre signifiant maître, que

se noue plus étroitement encore ce qui est de l'ordre de son identité avec ce qui va être sa destinée. Lien de deux signifiants maîtres, entre eux et avec d'autres, c'est là l'essence de l'écriture d'une vie, c'est aussi l'histoire que nous donne à lire J.K. Rowling.

Le quatrième livre, Harry Potter et la coupe de feu

Il s'agit pour Voldemort d'attirer Harry en dehors des lieux où il est protégé, le domicile de sa tante et l'école des sorciers, par une panoplie de stratagèmes aussi extraordinaires, inventifs, que passionnants. Il essaie de les mettre en place, aidé par ses plus fidèles adeptes, ceux qui ne l'ont jamais renié et qui ont été emprisonnés à Azkaban, ou qui s'en sont enfuis à l'insu de tous. Harry se révèle sensible à des scènes dont il entend les dialogues et où Voldemort est présent. Cela lui provoque inéluctablement une douleur intense de sa cicatrice. Il n'en éprouve aucune angoisse, mais une fascination. Il identifie mal de quoi il s'agit, mais il en parle à ses amis, à son parrain et à Dumbledore. Dumbledore semble inquiet. Il n'arrivera pas à déjouer le plan tramé par Voldemort et un de ses fidèles en place à Poudlard sous les traits du professeur Maugrey Fol Ceil. Le faux professeur fait en sorte d'obliger Harry à participer à un tournoi de sorciers, fait en sorte qu'il le gagne pour que, saisissant la coupe du vainqueur transformée en *Portoloïn*, il rejoigne Voldemort. Voldemort a trouvé une potion pour retrouver son corps mais elle doit contenir du sang de Harry. Harry arrivera à échapper à Voldemort et à ses fidèles, mais seul rescapé de ce combat entre lui et Voldemort, il

LIVRES ET REVUES

Santé mentale, appareil locomoteur et pathologies professionnelles

Sous la direction de B. Fouquet, G. Lasfargues, Y. Roquelaure, C. Hérisson
Masson 55 €

Cet ouvrage présente les liens entre la santé mentale et le monde du travail, puis décrit les interférences entre la santé mentale et diverses pathologies de l'appareil locomoteur, pour développer le rôle du médecin du travail, des caisses d'assurance maladie, de la politique de santé mentale et du travail en France.

Pour-parlers enfance-psychiatrie

Rhizome n°18

Bulletin national santé mentale et précarité

Notre société a un dispositif d'institutions élaboré pour éduquer, protéger, soigner les enfants, contre les « *passions* » parentales avec un modèle normatif et ses dimensions symboliques : l'acquisition du langage, la socialisation, le bon développement du corps, selon le vieil adage : *un esprit sain dans un corps sain*.

Pourtant ce modèle ne va plus de soi. L'enfance est devenue le terrain médiatique de débats sur la violence à l'école, dans les banlieues, dans la famille, avec ses discours disqualifiants. En même temps, la maltraitance semble valider les représentations qui font de l'enfance le lieu de l'innocence. Pour mieux comprendre ce paradoxe, il faudrait réinterroger l'histoire du rapport à la folie qui s'est construit autour de la notion d'normalité, soit organique, soit sexuelle et sur le modèle œdipien issu de la psychanalyse qui inscrit le développement de la personnalité de l'enfant dans la triangulation avec les parents.

Ce numéro interroge les psychiatres de l'enfance et de l'adolescence. Ce premier tour de piste montre une hétérogénéité des points de vue selon l'analyse qui est faite des évolutions de la famille, de la place asymétrique de la relation thérapeute/enfant, de la prise en compte ou pas des situations de précarisation auxquelles sont soumis l'enfant et ses parents, de l'approche de la périnatalité, de la crise du modèle républicain d'éducation.

La spécificité d'une psychiatrie de l'enfant et des intersec-teurs de psychiatrie infanto-juvénile est-elle toujours pertinente ? Une première réponse interrogerait plutôt les conditions d'exercice de la psychiatrie publique dans ce domaine, confrontée à une avalanche de pressions sociales spécifiques : autisme, précarité, violence à l'école, toxicomanie, statut de l'adolescence, crise de la parenta-

lité... Au-delà de ces pourparlers engagés, tout sauf exhaustifs, on peut constater l'absence de niches (pratiques) de réflexion qui seraient : le traitement et le devenir des enfants psychotiques à leur majorité légale, les cadres d'allocation aux familles, les droits de l'enfant, l'enfant face aux images et discours de guerre (sans parler de ceux qui ont vécu des guerres), les transmissions intergénérationnelles et le devenir des « *traces* » traumatiques. On ne peut qu'être sensible à l'analyse de Gérard Schmit sur les constellations familiales complexes et au propos de Marie Giloots sur le pour-parler avec l'enfant, mais cela ne fait qu'ouvrir le débat. La psychiatrie de l'enfant peut-elle être le seul pivot des actions de santé mentale alors que les besoins globaux de l'enfant passent par le partenariat ?

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

Le bouddhisme des Français Le bouddhisme tibétain et la Soka Gakkai en France

Contribution à une sociologie de la conversion

Thierry Mathe

L'Harmattan, 30 €

Ce livre analyse l'adhésion au bouddhisme, à partir d'un recueil de récits de vie, effectué auprès de pratiquant français. Il s'agit de comprendre le sens de cette démarche, dans la perspective de la « *dérégulation* » religieuse contemporaine. L'adhésion bouddhiste occidentale suppose le rejet des idéologies totalisantes et l'affirmation d'une autonomie par rapport à la structure et à la doctrine. Une persistance des « *systèmes collectifs de sens* » légitime les expériences personnelles. L'institution tend à s'adapter aux nouvelles demandes des fidèles. Parallèlement, elle participe à un travail d'offre. L'adhésion au bouddhisme, qui semble donner le sentiment d'une reprise en main de son existence, passe par la reconstruction verbale d'une trajectoire chaotique. On observe un « *réenchantement du monde* » par la culture de l'intériorité, une discipline d'auto-perfectionnement, la ritualisation du quotidien ; et l'adoption d'un système symbolique (pratique psychocorporelle, signification religieuse donnée à la souffrance, à l'insatisfaction, au destin). Présentée par ses fidèles comme le système de salut le plus adapté aux enjeux contemporains, qu'il s'agisse du gouvernement quotidien de soi, des évolutions de la science ou de la globalisation du monde, la pratique bouddhiste ne signifie pas un rejet des valeurs de la modernité, mais la volonté d'un redéploiement éthique de ces valeurs, à travers une économie du salut qui a valeur d'idéologie. En ce sens, le bouddhisme français apparaît comme symptomatique de la religiosité contemporaine.

LIVRES

L'année de l'action sociale 2005

L'analyse des principales tendances

Le premier annuaire professionnel nominatif

Coordination éditoriale Jean-

Yves Guéguen

Dunod

Dans une première partie, ce livre propose, sous la plume de personnalités reconnues dans le domaine de l'action sociale, une série d'une dizaine d'articles sur des grands thèmes d'actualité de ce secteur. Ces textes peuvent revêtir un caractère prospectif, annonçant des tendances pour les années futures, ou dresser le bilan d'une nouvelle législation, d'un nouveau dispositif, par exemple. Ils sont signés par Jean-Jacques Andrieux, Jean-François Bauduret, Brigitte Bouquet, Michel Chauvière, Jean-Michel David, Marie-Sophie Desaulle, Danièle Dumas, Xavier Emmanuelli, Michel Franza, Pierre Naves, Philippe Rysman et Pascal Terrasse. La deuxième partie de l'ouvrage constitue un annuaire professionnel nominatif, recensant quelque 2 500 noms. En feuilletant les pages vous retrouverez : les responsables des services de l'Etat (DGAS, DDASS, DRASS, DDPJJ, DRPJJ), ceux des services sociaux des conseils généraux, des directeurs de CCAS et d'associations, les chercheurs du secteur, les directeurs des centres de formation, les responsables des organisations professionnelles et syndicales...

Sclérose en plaques

Guide à l'usage des patients et de leur entourage

Editions Basch, 15 €

Les éditions Basch élargissent leur collection de guides d'information pratiques avec un ouvrage sur la sclérose en plaques, suivant toujours le principe de répondre aux principales questions des malades et de leur famille. En 105 points, sont expliqués à la fois la maladie, ses symptômes, son diagnostic, ses traitements ainsi que sa prise en charge, notamment sociale.

La consultation du soir

Un témoignage engagé sur cette épidémie qui bouleverse le monde

Michel Kazatchkine

Edition enrichie d'une postface de l'auteur

Gallimard/Folio documents

Le Pr Michel Kazatchkine de l'hôpital européen Georges-Pompidou, directeur de l'Agence nationale de la recherche sur le sida (ANRS) pendant sept ans, raconte dans cet ouvrage son parcours depuis 1983, lorsqu'il était jeune chef de clinique et confronté à ses premiers malades atteints du sida, une maladie identifiée deux ans auparavant. Il décrit à la fois son travail, pendant douze ans, lors des consultations du soir à l'hôpital Broussais, les difficultés, notamment, à parler de cette maladie avec les patients, et retrace les avancées de la recherche avec, en particulier, l'arrivée des thérapies. Avec sa nomination récente comme ambassadeur en mission chargé de la lutte contre le VIH/Sida et les maladies transmissibles, le Pr Kazatchkine poursuit son engagement dans l'accès des pays pauvres aux traitements qu'il expose dans ce livre.

sera encore seul à témoigner du retour de Voldemort. Les incroyables vont faire bloc contre ceux qui croient Harry, et ils vont entamer une campagne de discréditation de Harry et de Dumbledore. Une politique d'autruche contre une politique de courage va voir le jour, et vont devoir s'affronter.

L'idée maîtresse que développe J.K. Rowling, touche à la fascination qu'éprouve Harry pour les scénarios qu'il entend et qu'il voit et auxquels il assiste en spectateur, sa fascination pour le monde des images, pour l'imaginaire. C'était déjà indiqué comme tel quand il regardait dans le miroir de *Riséé*, l'image de ses parents dont il n'arrivait plus à se détacher sauf aidé par Dumbledore, quand il se laissait conduire dans le défilement des souvenirs du journal intime de Tom Elvis Jedusor dont il ne se détache qu'aidé par le phénix de Dumbledore. Par contre l'objet regard, découvert avec le *Basilic* dont le phénix de Dumbledore a crevé les yeux avant que Harry le combatte, est bien identifié comme dangereux, mais ce n'est pas par lui qu'Harry est fasciné. Autant sa perception d'un danger dans certains de ses rêves a pu être juste et utile, et Harry s'en arrachait angoissé, autant ses rêveries éveillent en enferment Harry dans un monde imaginaire qu'il assimile complaisamment à des rêves prémonitoires. Harry s'en défend en revendiquant avec véhémence leur vérité, sans convaincre cette fois-ci aucun de ses amis ni Dumbledore.

J.K. Rowling aborde là le thème du donné à voir et du plaisir qui lui est corrélat, non plus lesté par l'angoisse qui seule signe le vrai, le vrai de l'enchevêtrement, le vrai du noeud à démêler. Génial rebondissement qui révèle Harry sous un jour autre, et qui inquiète, à juste titre, Dumbledore.

Le cinquième livre, Harry Potter et l'ordre du Phénix

Harry a quinze ans. Il use de la magie près de la maison de sa tante pour se protéger des *Détraqueurs*. Une voisine sorcière, qui le gardait enfant, va le défendre au ministère de la magie où il est convoqué pour usage interdit de la magie en dehors de Poudlard. Il échappe, de peu, à l'exclusion de Poudlard dès la rentrée scolaire grâce à Dumbledore qui va perdre ses fonctions dont la direction de l'école. La grande inquisitrice de Poudlard prend sa place avec l'assentiment du ministère de la magie qui désavoue Dumbledore et tous ceux qui pensent Voldemort de retour. Dans ce climat politique tendu, complots et intrigues pour exclure les indésirables de Poudlard, se succèdent. Cela faillit être Harry, cela va être Hagrid. Dumbledore rassemble les siens dans la maison de Sirius Black, le parrain de Harry. Harry et ses amis créent une armée, l'armée de Dumbledore. Harry souffre de ce qu'il croit être un détachement de Dumbledore à son endroit. Il fait des colères, doute de Rogue, chargé par Dumbledore de l'aider à lutter contre ses rêveries éveillées de plus en plus nombreuses qui le font entrer dans les pensées de Voldemort, doute de Dumbledore. Si ses rêves ont permis qu'il sauve des vies, ses rêveries éveillent insistent toujours dans le même sens et semblent par là suspects à Dumbledore. En tout cas Dumbledore pense que Voldemort a un ascendant sur Harry, puisqu'il lui transmet ses émotions, ses projets. Il craint que Voldemort arrive à abuser Harry, ce qui va être le cas. Voldemort amène Harry à trouver, au ministère de la magie, la fiole qui contient la prophétie qui concerne Harry. Seul le sorcier concerné peut la saisir et, ensuite, en disposer comme bon lui semble, en d'autres mains la fiole se désintègre et son contenu est perdu à jamais. Voldemort ne réussira pas à s'en appro-

prier. Harry échappera à la mort grâce à l'intervention providentielle de Dumbledore et ses amis, dont le parrain de Harry qui mourra. L'image du parrain de Harry en danger et retenu au ministère de la magie était l'appât utilisé par Voldemort pour y attirer Harry qui cède aux rêveries éveillées qui le montrent. Le ministère de la magie finit par admettre le retour de Voldemort, et Dumbledore retrouve toutes ses fonctions.

Dumbledore est réhabilité dans ses fonctions par le ministère de la magie, y compris dans celle de directeur de Poudlard. C'est à ce moment là qu'il se décide à livrer à Harry l'intégralité du contenu de la prophétie qui le concerne. Elle annonce la naissance d'un garçon au mois de juillet dont les parents ont, par trois fois, défié Voldemort, il s'agit bien de Harry, et qu'aucun des deux, de Harry ou de Voldemort, ne peut vivre tant que l'autre survit. Cette dernière partie méconnue de Voldemort éclaire sur la répétition des confrontations entre Harry et Voldemort.

Ce sur quoi insiste J.K. Rowling dans ce livre, c'est sur un trait de jouissance qui fait symptôme et fragilise Harry et, avant lui, son parrain. C'est pour Harry sa capacité à entrer dans les scénarios fantasmatiques de Voldemort. C'est pour Harry sa faiblesse de perdre tout sens critique quand il est concerné. Il oblige ainsi inutilement ses amis et son parrain à le protéger au péril de leur vie. Son parrain meurt. C'est la concrétisation par Harry d'un scénario fantasmé par Voldemort qui tue. Son parrain meurt. De faux appât qu'il était, le parrain de Harry est mort de la réalité que lui a donné Harry. L'image fascine Harry, soutenue qu'elle est par le désir de celui qui donne à voir ce qui n'est qu'un trompe-l'œil. C'est la raison pour laquelle Dumbledore a choisi de mettre de la distance entre Harry et lui, Harry pouvant le trahir sans le vouloir.

Etonnant Dumbledore qui connaît de l'autre l'essence et l'essentiel et qui sait alors quoi lui demander de la plus juste façon.

Une autre trouvaille de J.K. Rowling, c'est le *Sombrol*, un cheval qui vole, et que seuls ceux qui ont vu la mort peuvent voir. D'une mort à laquelle ils ont échappé, il leur reste ce trait, cette capacité que les autres n'ont pas. A quoi a échappé Dumbledore pour en être arrivé là ? C'est là une autre question.

Qu'en conclure

Si le personnage d'Harry Potter nous tient en haleine, c'est que nous sommes mis, presque en temps réel, mais avec le recul de l'écriture, et avec quelle précision du trait, en situation de le voir grandir, mûrir, choisir et construire sa vie. Ce monde des sorciers où il vit reste, au fond, même s'il est ainsi transposé, si proche du quotidien de nos vies ordinaires, dans nos milieux de vie de tous les jours, que nous le visualisons sans effort. La magie rivalise avec nos modernités et on aimerait l'avoir à portée de main pour ce semblant de désuétude qui l'entoure. J.K. Rowling ne cède, cependant, pas sur l'essentiel, celui de nous rendre compte à travers cette histoire que nos choix, en phase avec nous-mêmes ou en trompe l'œil, construisent, quoique nous en disions nos vies, comme celle qu'Harry Potter sédimente sous nos yeux, animé par un passé qui le transcende, qui assoie son identité et qui le fait exister et vivre. ■

Dr. Joëlle Skriabine

Praticien Hospitalier, C.H Paul Guiraud, Villejuif

Bibliographie

Harry Potter, J.K. Rowling, collection Folio Junior, Paris, Gallimard Jeunesse, 1998 et suivants.

Pouvoir et maîtrise mentale

Derrière le choix apparemment innocent de la psychiatrie que fait l'étudiant en médecine, il y a, le plus souvent inconsciemment, un désir de maîtrise mentale, de ne plus être esclave de l'agitation mentale et des pulsions diverses qui rendent l'existence chaotique. Cette quête intérieure n'est pas évidente au premier plan, mais se révèle quand on examine avec sincérité les motivations de nos actes.

Il y a donc, en chacun d'entre nous, un besoin de ne plus être esclave de ses pensées et de leur contenu. Nous voyons un exemple de cet asservissement dans la succession d'états de plaisir et de souffrance qui peut se vivre lors du déroulement de pensées dites « négatives » et de pensées dites « positives ». L'homme est ainsi esclave de son mental. Cela apparaît aussi de manière évidente dans les rêves, projections mentales au puissant pouvoir d'évocation, qui peuvent engendrer la peur ou la joie intense.

Le long apprentissage de la médecine et de la psychiatrie, les innombrables heures passées en présence d'êtres en souffrance, le désir de compréhension des causes de la maladie, de la douleur et de la souffrance, est un exercice de discrimination, qui enseigne à l'apprenti-thérapeute l'art de la vision profonde. Selon la maturité de chacun, cette vision peut s'arrêter aux causes et effets des phénomènes observés, ou tenter de remonter à la source même de l'esprit de celui qui observe.

Pouvoir et séparation

L'habitude de vivre dans la séparation est une protection contre la douleur insurmontable qu'engendrerait la compréhension que la souffrance de l'autre n'est pas différente de notre propre souffrance. Les bureaux chargés de livres et de documents qui protègent souvent le psychiatre de son patient sont en fait le symbole de la peur d'un contact trop rapproché avec nous-mêmes, contact avec la solitude, le chagrin, l'émotion. Toutes ces manifestations expriment la peur de perdre le contrôle de notre propre esprit ; ce contrôle tant désiré qui canalise les pulsions, à la manière d'un barrage tentant de dompter le fleuve impétueux. Les désirs multiples qui assaillent l'être humain, dont certains sont assouvis et d'autres tenus en laisse, sont comme des dragons à mille têtes, dont certaines jaillissent, parfois de manière impromptue, renversant les défenses patiemment constituées. Le psychiatre, en tenant ainsi à distance son patient, tente ainsi de s'éloigner de ses propres démons.

Pouvoir et diagnostic

Mettre en boîte le patient dans un diagnostic est un autre des moyens qui permet de maintenir une distance. Un diagnostic de dépression, de « névrose » ou de « psychose », donne l'impression d'avoir saisi l'origine de la souffrance, et induit un sentiment de

sécurité : enfin je sais ce que j'ai. Mais il ne suffit pas de savoir ce qu'on a pour savoir ce qu'on est.

Le diagnostic a ainsi les limites de ce qu'il prétend défendre. Il crée un concept auquel l'ego du patient et du psychiatre va pouvoir se fixer pour donner un cadre à la détresse exprimée.

Il a, cependant, l'inconvénient d'enfermer le patient dans une nouvelle identité conceptuelle et le psychiatre dans la croyance qu'il a compris.

Pouvoir et savoir

L'attachement au savoir est une autre des formes de manifestation du pouvoir. Recevoir quelqu'un qui est en demande d'aide conforte le psychiatre dans l'idée d'être celui qui sait. Une barrière est ainsi maintenue dans son esprit, renforçant la séparation entre lui et l'autre. L'attachement au savoir est en fait une forme cachée d'ignorance, une nouvelle barrière renforçant l'illusion d'être celui qui sait, et maintenant l'autre dans son système de croyance. Le patient est, ainsi, soigneusement maintenu dans l'idée qu'il est malade et le psychiatre dans l'idée qu'il ne l'est pas. N'importe quel psychiatre s'examinant lui-même sait pourtant bien à quel point il peut être empli par la peur, le doute et toutes les émotions que ses patients traversent. Et pourtant, il ne le montrera que rarement. A croire que le patient exprime tout ce que le psychiatre refoule !

L'attachement au savoir s'exprime aussi dans les innombrables guerres d'école, dans lesquelles les chercheurs de toute sorte se disputent la primauté de la connaissance, tout en omettant leur ignorance résiduelle. Il rend la communication difficile non seulement entre les êtres, mais entre les disciplines. Il est un frein au libre échange de la compréhension, compréhension qui n'appartient à personne d'autre qu'à la vie elle-même.

Pouvoir et prescription

La prescription est une autre des formes d'expression du pouvoir. Le médicament, ou son dérivé, vient affirmer l'autorité. Il est souvent donné sans que le patient soit véritablement consulté. L'alternative n'est pas offerte, et le médicament est imposé, couperet sensé couper la tête du dragon. Tout médecin attentif sait pourtant bien que, dans la plupart des cas, il ne fait que l'endormir, à défaut de pouvoir le tuer. L'ennemi invisible devient alors encore plus difficile à combattre. A croire qu'il a, lui-même, inventé le remède pour pouvoir mieux se dissimuler au regard décapant d'une observation aguerrie.

Dans la manière dont est prescrit le remède repose toute la psychologie, les attentes et mirages qui enferment le prescripteur. Le prescripteur a-t-il déjà goûté aux remèdes qu'il prescrit si bien ? Accepterait-il pour lui-même les effets dévastateurs de certains remèdes qui, en voulant tuer le mal, finissent par tuer le patient, d'une manière ou d'une autre. Il y a des

Le secret professionnel en psychiatrie et en neurologie

Neuropsy News 2005 n°2

Ce dossier de *Neuropsy News*, sans apporter une information exhaustive sur une règle plutôt complexe, mais d'application quotidienne dans l'exercice de la psychiatrie et de la neurologie, vise à apporter aux lecteurs, en un volume restreint, des idées simples et des solutions concrètes dans les situations les plus problématiques. La loi apporte des réponses qui, par touches successives, ont modifié un domaine au sein duquel médecin et patient ne sont pas tout à fait isolés, mais doivent rester en contact avec le système social dans lequel ils s'inscrivent. C'est ainsi que l'article 226-14 du Code pénal a connu, récemment, deux modifications importantes évoquées dans les articles de ce numéro de *Neuropsy News*. Par ailleurs, la règle du secret est simple dans son énoncé et complexe dans son application, ce qui justifie des interprétations régulières et nombreuses des diverses juridictions. Quelques décisions récentes éclairent ainsi la matière d'un jour nouveau.

Le psychiatre et le pouvoir

formes raffinées de mort qui abolissent la sensibilité des êtres et leur capacité à penser par eux-mêmes. Le bien connu « ne fais pas aux autres ce que tu ne voudrais pas que l'on te fasse » ne devrait-il pas aussi s'appliquer aux prescripteurs ?

N'avez-vous pas remarqué qu'il est bien rare qu'un médecin demande son avis au patient sur la thérapeutique à adopter ? En se privant d'un tel dialogue, il prive son patient de la possibilité de contact avec le médecin intérieur qui réside en lui. Le médecin du dehors n'est là que pour renvoyer le patient au médecin du dedans. Il y a une possibilité à découvrir d'inviter sans imposer. L'invitation laisse le patient libre de son choix, et ne l'accule pas dans une impasse dont il ne pourra s'extraire que par une réaction violente.

Pouvoir et vouloir

La question du traitement sans le consentement du patient mérite également d'être explorée. Est-il sensé de traiter quelqu'un contre sa volonté ? Sous prétexte de l'inconscience, peut-on se substituer à une volonté jugée défaillante, et imposer des traitements qui ne sont pas désirés ? Vous a-t-on déjà forcé à manger des aliments dont vous ne vouliez pas, lorsque vous étiez enfant, ou bien amener à la messe ou au temple contre votre volonté ? Vous savez bien que c'est le meilleur moyen de créer un dégoût et un rejet indélébiles.

Est-il donc possible de soigner sans violenter et d'accompagner sans manipuler ?

Pouvoir et manipulation

La question de la manipulation mentale est à l'ordre du jour, dans les multiples rapports sur les dérives sectaires. Mais, en tant que psychiatre, n'avons-nous pas aussi tendance à manipuler l'autre, à projeter sur lui nos systèmes de croyance et nos opinions, sous le couvert d'un savoir appris ? C'est aussi une question que doit se poser le psychiatre aspirant à devenir conscient de lui-même.

Dès qu'une opinion est imposée, elle entre en conflit avec l'opinion de l'autre. Cette friction, diriez-vous, est peut-être nécessaire pour faire entrer le « bon sens » dans un esprit « dérangé ». Mais veillons à ne pas transformer le « bon sens » en une forme détournée de prise de pouvoir, qui cherche la domination sous le couvert de bonnes intentions.

Pouvoir personnel ou pouvoir impersonnel

Cette réflexion sur la pratique psychiatrique amène à s'interroger sur la nature véritable du pouvoir. Le pouvoir est-il de nature personnelle, résidant dans les mains du médecin, ou bien a-t-il une origine qui dépasse la personne ?

Mettons-nous dans la situation où nous recevons, pour la première fois, une personne en demande d'aide. Voyons tout d'abord que dès le premier contact, que ce soit au téléphone pour une demande de rendez-vous, ou lorsque la personne entre dans le bureau, un ressenti s'installe en nous. Il peut être de sympathie, de familiarité, comme si nous recevions quelqu'un que nous avons toujours connu, ou bien de rejet, d'antipathie. Ce premier contact est important, car il contient déjà la suite des événements. Un courant de confiance et de sympathie est indispensable à la réussite d'une relation thérapeutique.

Vient, ensuite, la question de la clarté intérieure. Nous ne pouvons aider que des gens qui sont plus confus que nous. Et nous ne pourrions les amener que là

où nous en sommes, dans notre propre maturation et compréhension de nous-même. Les réactions de rejet ou d'antipathie correspondent ainsi, souvent, à des incompatibilités, et invitent à orienter vers un autre thérapeute, dont la sensibilité serait plus appropriée à la demande. Il est bon, dans ce constat, de ne pas laisser interférer les besoins propres à notre ego, besoins de reconnaissance, de supériorité, et de reconnaître, dans l'instant, quand il est utile de « passer la main ». Nos insistances sont souvent le reflet d'attachements à une image de nous-même que l'on ne parvient pas à lâcher.

La magie d'un entretien réside dans son pouvoir d'éveil et de compréhension. Ce n'est pas à travers notre savoir acquis que ces instants magiques peuvent survenir, mais, au contraire, à travers une innocence qui permet à l'autre de s'exprimer librement, sans peur d'être jugé. Notre attitude intérieure détermine ainsi l'attitude de l'autre. Nous sommes bien loin ici du pouvoir doctoral du savant attaché à ce qu'il croit détenir.

Lorsque nous nous sentons complètement accueillis et écoutés, tels que nous sommes, nous nous détendons. Ceci est aussi valable pour une relation thérapeutique. Lorsque le patient se sent complètement accueilli tel qu'il est, il se détend, se relâche. Cette détente est nécessaire à la compréhension. Si un patient sort de notre bureau plus agité et contrarié qu'il n'est rentré, nous devons nous poser la question de ce qui, en nous, a stimulé cet état défensif. Et nous trouvons, toujours, une tendance au rejet, au refus de l'autre tel qu'il est. L'autre nous renvoie donc à nous-même. Il est un miroir. Nous croyons ainsi que nous le « soignons », mais il nous soigne autant que nous le soignons. Il nous apprend à être authentique, simple et clair. Il permet donc que se développent en nous des qualités essentielles à un fonctionnement harmonieux. On peut donc dire que nous sommes deux patients qui nous rencontrons, unis dans une quête d'authenticité qui nous habite tous deux.

La notion de pouvoir personnel disparaît ici, laissant place au pouvoir naturel de la présence et de l'amour, considéré dans sa dimension impersonnelle d'accueil et d'écoute.

On peut parler de pouvoir impersonnel, dans la mesure où cette magie formatrice d'un entretien qui pointe vers l'essentiel, n'appartient pas au médecin, qui n'est qu'un canal d'expression d'une dimension qui le dépasse. Lorsque le moi et ses exigences disparaissent, la vraie « personne » peut se révéler. Mais cette « personne » n'est pas un nouveau personnage arrogant. Elle a les qualités d'ouverture et de transparence propres à la dimension subtile de notre être.

Pouvoir et décision

Nous pouvons, également, prendre l'exemple de la décision. La décision est-elle la nôtre ou s'impose-t-elle à nous ?

Si nous sommes attentifs à la manière dont une décision prend forme dans l'esprit, nous allons voir que la décision est une sorte de gestation, qui prend forme de manière subtile dans notre esprit, prend un temps variable pour mûrir, puis s'exprime lorsque le moment est venu. Elle s'impose alors à nous, dans notre esprit, et va pouvoir entraîner un acte.

Dans tout ce mouvement, si nous ne projetons pas, sur ce processus, l'idée d'un moi individuel qui a le pouvoir sur la manifestation, nous pouvons constater qu'il se déroule à son rythme, sans qu'il soit possible d'intervenir et d'interférer.

C'est la décision qui s'impose à nous, et non l'inverse.

La notion de libre-choix est ici remise en cause. Si les décisions s'imposent à nous, les choix en feraient de même. Il n'y aurait donc pas de choix, mais une succession de décisions qui induisent des actes. La volonté peut, bien sûr, s'opposer à une décision qui s'impose, mais cette volonté fait également partie des forces de décision, et va influencer sur le cours des choses.

Sommes-nous le maître de cette volonté, ou bien cette volonté s'impose-t-elle à nous ? Là aussi, nous sommes amenés à remettre en cause le moi individuel, et l'illusion de pouvoir dont il est prisonnier. La naissance du corps, sa maturation, et sa destruction sont-elles l'expression d'un pouvoir personnel, ou sont-elles la manifestation d'une intelligence impersonnelle dont nous serions l'acteur et le contemplateur ?

Pouvoir et vision

C'est en observant l'intimité de notre fonctionnement que notre compréhension va pouvoir mûrir. Nous ne pouvons pas voir chez notre patient plus que ce qu'il nous est donné de voir en nous-même. Les mécanismes

propres à la souffrance ne sont pas différents chez l'un et chez l'autre. Ce n'est qu'en les découvrant en nous qu'il sera possible de les découvrir en l'autre. Sans cette vision éclairante, il est bien difficile de pouvoir orienter une compréhension égarée. Les attitudes dogmatiques sont souvent le reflet d'une méconnaissance des réalités profondes qui régissent notre être. Elles sont l'expression de la peur et conduisent à des dérives autoritaristes encore trop fréquentes dans le monde en transformation de la santé mentale.

Épilogue

Invitons-nous donc à mieux faire connaissance avec nous-mêmes si nous voulons offrir à nos patients la possibilité d'une compréhension nouvelle sur eux-mêmes, compréhension qui ne soit pas une aliénation à un nouveau système de croyance, mais un éveil à une dimension de tranquillité, signe d'un accomplissement intérieur trouvant son épanouissement dans l'ici et maintenant, et non dans l'ailleurs et plus tard. ■

Jean-Marc Mantel

*Psychiatre. <http://dr.mantel.free.fr>

Une enquête post-AMM de RisperdalConsta® LP, premier antipsychotique atypique à libération prolongée

RisperdalConsta® LP, solution injectable à libération prolongée de rispéridone a été mis sur le marché en France le 10 mars 2005. Il s'agit d'une nouvelle formulation galénique de la rispéridone, dans laquelle la molécule est incorporée dans des microsphères de copolymère biodégradable. La dégradation progressive des microsphères aboutit à la libération régulière et sur plusieurs semaines du principe actif. Cette technologie originale de libération prolongée, associée au schéma posologique (une injection intramusculaire toutes les deux semaines) aboutit au maintien prolongé des concentrations thérapeutiques plasmatiques.

Une efficacité antipsychotique accompagne une tolérance satisfaisante chez des patients présentant une schizophrénie, comme le montrent les résultats des études pivots à court (1) et à long terme (2).

Une efficacité sur un an chez des patients considérés comme stabilisés par leur précédent traitement, a été montrée, comme l'indique :

- le nombre élevé de patients ayant terminé l'étude sur un an (65%) (2),
- le faible taux de réhospitalisations (18%), comparativement aux taux observés avec les neuroleptiques conventionnels injectables à action prolongée (21 à 36%) (2).

Ce traitement présente une tolérance satisfaisante, induit relativement peu d'effets secondaires extrapyramidaux et peu de prise de poids, et l'injection n'est généralement pas douloureuse, ce qui est important pour un traitement pour lequel on souhaite une adhésion du patient au long cours.

Janssen-Cilag a souhaité mettre en place une enquête nommée EXPRIME. Il s'agit d'une enquête épidémiologique observationnelle nationale dont l'objectif est d'évaluer l'état clinique des patients psychotiques pour lesquels le traitement a été changé pour mettre en place un traitement antipsychotique injectable à libération prolongée.

AXONAL a été mandatée par Janssen-Cilag en tant qu'Organisation de Recherche Clinique pour être chargée de la mise en place, de la gestion, et de l'analyse des données.

L'enquête s'adresse à 500 médecins psychiatres consultant en centre ou service spécialisé.

Elle a pour objectif principal d'évaluer chez des patients psychotiques pendant 6 mois les Impressions Cliniques Globales (ICG) sur la gravité de la maladie, l'amélioration globale et l'index thérapeutique.

Les objectifs secondaires sont :

- l'évaluation sur un registre de la fréquence observée de patients psychotiques en relais vers un traitement antipsychotique injectable à action prolongée ;
- la perception par le patient de sa satisfaction globale du traitement, de son fonctionnement social et de son adhésion au traitement ;
- l'évolution comportementale du patient par un infirmier(e) avec l'échelle NOSIE-30 ;
- l'évolution symptomatique du patient par le psychiatre avec l'échelle PANSS ;
- la description de la population de patients et des principaux motifs retenus par les médecins pour un relais thérapeutique vers une forme injectable à action prolongée ;
- la description des modalités du relais et du suivi thérapeutique. ■

Conférence de presse du 24 mars 2005 organisée par les laboratoires Janssen-Cilag à Paris

(1) KANE J et al., *Long-acting injectable risperidone: efficacy and safety of the first long-acting atypical antipsychotic*, Am J Psychiatry 2003, 160, 1125-1132.

(2) FLEISCHHACKER W et al., *Treatment of schizophrenia with long-acting injectable risperidone: a 12-month open-label trial of the first long-acting second-generation antipsychotic*, J Clin Psychiatry 2003, 64, 1250-1257.

LIVRES ET REVUES

Le temps psychologique

Dossier coordonné par Sylvie

Droit-Volet

Psychologie Française

Mars 2005 n°1

Elsevier

Alors qu'on assiste à un regain d'intérêt pour l'étude du temps, suite aux modèles des années 1980 fondés sur l'idée d'une horloge interne, en France, aucun manuel de psychologie récent n'y consacre un chapitre, à l'exception de celui publié en 1995 par Lejeune et Macar dans le traité de psychologie. Compte tenu de l'évolution de la recherche dans ce domaine, il apparaissait donc important de consacrer un numéro spécial publié en français consacré aux recherches actuelles, qui étudient le temps psychologique ou, plus précisément, la durée psychologique.

Quand il parle du temps, John Gibbon utilise l'expression de contexte primordial. Il s'agit d'une quatrième dimension dans laquelle nous vivons qui conditionne, à chaque instant, nos actions et nos états d'âme. Pour réaliser la plupart des tâches, nous sommes obligés de l'estimer. Lorsque nous nous ennuyons nous le subissons, également, en ayant la désagréable impression qu'il n'en finit plus de durer. Pourtant, comme le remarque Klein, il n'est matière à aucun de nos cinq sens. Qu'est-ce donc ce temps psychologique ? Dans les années 1980, des chercheurs ont proposé des modèles de traitement de l'information temporelle selon lesquels l'homme, comme l'animal, estimerait le temps au moyen d'un mécanisme fonctionnant comme une véritable horloge interne. Comprenant l'intérêt d'une telle idée pour l'évolution de notre compréhension du temps psychologique, on a recherché des données empiriques validant ces modèles. Certains sont parvenus à faire des propositions sérieuses quant au fonctionnement et à la localisation au niveau cérébral de cette horloge. Cependant, l'idée d'un mécanisme interne spécialisé dans le traitement du temps ne permet pas de rendre compte de toutes nos distorsions subjectives du temps, notamment notre tendance à souvent surestimer ou sous-estimer le temps.

C'est pourquoi on a étudié le rôle des processus attentionnels et mnésiques dans les jugements temporels. Plus récemment, des psychologues se sont intéressés à l'effet des émotions et des stimuli sociaux sur les jugements temporels. Certains ont essayé de voir comment évoluent avec l'âge nos capacités de jugement temporel.

Le travail social en débat(s)

Sous la direction de Jacques Ion

La Découverte 20 €

Le travail social est de plus en plus sollicité, alors même que ses missions sont de moins en moins bien définies. Confronté à l'extension de la pauvreté, à la fragilisation des statuts sociaux, à la souffrance psychique, à l'affaiblissement de l'Etat providence, à la décentralisation... il est amené à se transformer dans ses pratiques sur le terrain comme dans ses formes institutionnelles. Dans le même temps, les regards des sociologues à son égard évoluent et se diversifient. Cet ouvrage entend, à travers les contributions d'auteurs issus de plusieurs horizons, les principaux enjeux et débats, théoriques et pratiques, qui traversent et agitent le monde du travail social.

Avec la collaboration d'Isabelle Astier, Michel Autès, Marc Breviglieri, Marc Bessin, Robert Castel, Michel Chauvière, François Choceaux, Vincent Dubois, Christian Laval, Numa Murard, Pascale Pichon, Bertrand Ravon, Marc-Henry Soulet, Sylvie Tissot.

LIVRES

La rééducation de la crampe de l'écrivain

Préface du Pr Marie Vidailhet
Jean-Pierre Bleton
Solal

En perturbant la réalisation des mouvements qui assurent le tracé des lettres, la crampe de l'écrivain désorganise une des fonctions essentielles de la communication : l'écriture manuelle. Cette forme de dystonie a vu son évolution transformée par l'introduction de nouveaux traitements. On connaît bien la toxine botulique, on connaît moins la rééducation dont les résultats sont pourtant étonnants. Le traitement de la crampe de l'écrivain par la rééducation n'est pourtant pas une notion nouvelle. Depuis le milieu du XIX^e siècle, la littérature neurologique s'est faite l'écho d'observations et de réflexions à son sujet. Ces dernières années, l'intérêt porté à la rééducation a été conforté par la publication de travaux expérimentaux démontrant l'effet pathogène de la répétition des gestes. En proposant des moyens permettant de stimuler les apprentissages et les performances motrices, la rééducation est une façon d'améliorer l'écriture manuelle sans provoquer d'effets indésirables.

L'objectif de cet ouvrage est de fournir aux différents professionnels de la rééducation, comme aux personnes atteintes de la crampe de l'écrivain, des outils adaptés, leur permettant d'améliorer la qualité du geste d'écriture. Après avoir fait un large tour d'horizon sur la cinésiologie des mouvements impliqués dans l'acte d'écrire, la pathogénie de la crampe de l'écrivain et l'évolution des idées en matière de traitement, l'ouvrage propose des stratégies de rééducation à appliquer en fonction des différentes formes cliniques. Il décrit des programmes d'exercices tirés de l'expérience quotidienne et de pratiques étayées par des connaissances avérées. Il démontre combien la dextérité est un élément important pour obtenir le contrôle du geste d'écriture et est l'occasion de préciser le rôle joué par l'apprentissage moteur sur la plasticité cérébrale. Son ambition est d'amener celui qui souffre de la crampe de l'écrivain à prendre en main son problème, de lui montrer comment agir afin de l'atténuer, de lui permettre de répondre aux exigences de la vie professionnelle et de l'aider à retrouver le plaisir d'écrire manuellement.

Evaluation clinique de la fonction musculaire

5^e édition

M. Lacôte, A.-M. Chavalier,
A. Miranda, J.-P. Bleton
Maloine


La 5^e édition de *L'évaluation Clinique de la Fonction Musculaire* présente une iconographie enrichie. Le lecteur y trouvera un nouveau chapitre sur les repères morphologiques et anatomiques. La nouvelle présentation des dessins, schémas et planches d'innervation en couleur permet une lecture agréable et pédagogique. Ce livre, écrit en nouvelle nomenclature, fait référence aux équivalences française classique, latine et anglo-saxonne (sous forme d'index en tableau).

Cet ouvrage de synthèse concerne l'évaluation analytique des muscles de la face, du tronc et des membres ainsi que les bilans musculaires lors des pathologies neurologiques d'origine centrale. Il constitue un ouvrage d'évaluation de référence pour les apprentissages de la médecine physique et de réadaptation afin d'orienter les thérapeutiques appropriées.



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




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

**1 médecin
directeur/psychiatre**

pour le Centre médico-psycho-pédagogique
à temps non complet
10 heures par mois pour gérer la Direction du CMPP
56 heures par mois pour assurer les consultations de psychiatrie

Merci d'adresser candidature, CV,
sous la réf. MD/NER/04-108
à Madame le Maire,
1, place de l'Église, 94807 Villejuif cedex.
Adresse email : recrutement@ville-villejuif.fr


L'ASSOCIATION RÉGIONALE POUR L'INTÉGRATION (ARI)**recrute**

Un **médecin pédopsychiatre** (H/F) en CDI à mi-temps
pouvant évoluer vers un plein temps (2006),
pour assurer la **Direction Médicale du
CAMSP et du CMPP de La Ciotat**

Un **médecin pédopsychiatre** (H/F) en CDI à mi-temps
pouvant évoluer vers un 3/4 temps (2006),
pour assurer la **Direction Médicale de
l'Hôpital de Jour de La Ciotat**

Les deux postes sont à pourvoir à compter du
1^{er} septembre 2005

Les candidatures doivent parvenir au plus tôt et adressées au :
Directeur du CMPP & CAMSP & HJ de La Ciotat
12, Boulevard Bertolucci, 13600 LA CIOTAT
Tél. 04 42 83 80 80

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

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



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

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 (4^{ème} poste)
à **SAINT-BRIEUC** (Préfecture des Côtes d'Armor)

• **Activités de secteur :**

CMP, hospitalisation plein temps, CATP, 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

LIVRES**Les médicaments dans la vie de l'enfant**

Sous la direction de Antoine Leblanc et Catherine Gervais
Enfances & Psy 2004 n°25
Erès 15 €

Plusieurs des articles de ce numéro montrent que la prescription des médicaments aux enfants est liée à la représentation que notre société a de l'enfance, et de la place qu'elle réserve à chaque enfant.

D'un point de vue purement technique,

l'élaboration, l'évaluation et la prescription des médicaments chez l'enfant obéissent à des règles et à des contraintes différentes de celles rencontrées pour les adultes. Ces notions expliquées dans l'article d'Elisabeth Autret-Leca sont indispensables pour comprendre l'évolution du marché des médicaments et leur utilisation en pédiatrie. Derrière les néologismes « *alicaments* » et « *bonbonnements* », développés avec humour par Marie Le Fourn, on peut à la fois se réjouir que la santé des enfants soit mieux prise en compte au jour le jour, et s'inquiéter de certaines dérives ali-

mentaires. L'équipe de Philippe Duverger, qui est pédopsychiatre, aborde la place du médicament dans la démarche médicale.

Les questions d'observance et de non-observance thérapeutique sont reprises par Patrick Alvin chez l'adolescent sous le terme de compliance. Pour éclairer des aspects différents et parfois opposés de la prescription chez l'enfant, sont développées quelques situations exemplaires. La première concerne la surconsommation des antibiotiques, propre à notre pays, et plus importante chez l'enfant que chez l'adulte (interview de

Robert Cohen). A l'inverse, la morphine, drogue mythique, est encore synonyme pour beaucoup de pédiatres de dépendance et de toxicomanie. Daniel Annequin explique les obstacles à son utilisation, encore bien présents, et montre comment ce produit pourrait soulager davantage d'enfants. En contrepoint, le manque de médicaments dans certains pays se fait cruellement sentir. Les exemples décrits dans l'article d'Abdel Fridjat illustrent les impasses dans lesquelles se trouvent alors les familles et les médecins, et montrent combien il est difficile d'en parler.

Dans le champ des psychotropes, les inquiétudes sont nombreuses. L'usage peut facilement, chez l'adolescent, dériver de l'utilisation contrôlée à l'abus, puis à la dépendance (Olivier Phan). Une grande partie de ces consommations se fait en dehors d'une prescription médicale. Certaines études épidémiologiques (Marie Choquet) révèlent que les adolescents consomment, en quantité non négligeable, des substances psycho-actives pour le stress et l'insomnie, presque aussi souvent sans ordonnance que sur prescription officielle. Les pédopsychiatres, dans leur majorité, demeurent réservés sur l'utilisation des psychotropes. Roger Ferreri conduit à réfléchir sur les conséquences de leur utilisation sans discernement, en particulier sur les risques qu'il y a de ne pas prendre en compte les vrais problèmes de ces enfants et adolescents. Patrick Haimovici, médecin généraliste, s'est penché sur ce qui se passe dans les familles. Il analyse les différentes formes d'administration des médicaments chez l'enfant et montre comment se développe « *l'automédication* » par les parents, comment le médicament devient un produit de consommation courante. Isabelle Fayet, infirmière dans une clinique psychiatrique pour adolescents, évoque la place des médicaments dans leur vie de tous les jours. Elle montre combien il est important, en dehors de leurs effets pharmacologiques, de les intégrer à différents aspects de la relation thérapeutique. Il en est de même pour les nourrissons et les jeunes enfants en crèche : l'administration des médicaments ne se conçoit qu'en collaboration avec les familles et les médecins traitants (Véronique Médioni). Enfin, l'école est aussi de plus en plus concernée par les médicaments. On demande aux enseignants de s'impliquer davantage dans la santé des élèves, mais cela ne va pas sans poser des difficultés, liées au manque de moyens, à l'insuffisance d'information, à la crainte des responsabilités (Louis Aloisio).

L'évolution psychologique de la personnalité

Pierre Janet
L'Harmattan, 28 €

Il s'agit du compte rendu intégral des conférences faites, en 1929, au Collège de France dans le cadre de la Chaire de Psychologie expérimentale et comparée à laquelle Pierre Janet avait été nommé pour succéder à Ribot. Le programme de l'année était consacré au thème de la *Personnalité* dont l'étude de la notion s'imposait avec l'émergence de la question, non seulement métaphysique, mais déjà socio-historiquement incertaine de son « *avenir* ». La Personnalité est une construction évolutive aboutissant par voie d'intégration, de synthèse, de complexification, de hiérarchisation et de régulation, à l'unification des différentes composantes corporelles, sociales et biographiques où elle trouve les matériaux de son élaboration.

Suivant sa démarche d'une psychologie concrète, Pierre Janet décrit comment, à chaque phase ou stade de sa genèse, jusqu'à la fondation de la Conscience de Soi, la Personnalité contient, dans ses économies fonctionnelles et contextuelles, le germe des troubles qu'étudie la psychopathologie dans leurs formes cliniques déclarées (dépersonnalisation, sentiments d'emprise, autisme, dissociations, etc.) qui témoignent de sa déstructuration ou de sa dissolution.

ANNONCES EN BREF

2 et 3 avril 2005. Paris. Journées d'Etude d'Espace Analytique, Association de Formation Psychoanalytique et de Recherches Freudiennes sur le thème : *Traiter la névrose*. Renseignements : Espace Analytique, Centre Octave et Maud Mannoni, 12 rue de Bourgogne, 75007 Paris. Tél. : 01 47 05 23 09. Fax : 01 47 05 23 26. E-mail : espace.analytique@wanadoo.fr

7 avril 2005. Neuilly-sur-Marne. 2^{ème} Journée de réflexion institutionnelle des équipes de psychiatrie de secteur de l'EPS Ville-Evrard sur le thème : *Les patients au long cours, suivis dans la cité*. Renseignements et inscriptions : Monique Der Apelian, secrétariat de la CME : 01 43 09 34 90. Corinne Lacoste, secrétariat du DIM : 01 43 09 30 76.

5 au 7 mai 2005. 65^{ème} Congrès des Psychanalystes de Langue Française organisé par la Société Psychoanalytique de Paris (SPP) en collaboration avec l'Association Psychoanalytique de France (APF) sur le thème : *La sublimation*. Renseignements : Congrès des Psychanalystes de Langue Française, 187 rue Saint Jacques, 75005 Paris. Tél. : 01 43 29 66 70 (lundi au mercredi de 9h à 13h, mardi et jeudi de 13h à 17h). infoCongres@spp.asso.fr - www.spp.asso.fr

6 au 8 mai 2005. Fès. Colloque organisé par l'Association lacanienne internationale sur le thème : *Les trois monothésismes : ce qu'ils ont aujourd'hui en commun*. Renseignements : Association lacanienne internationale, 25 rue de Lille, 75007 Paris. Tél. : 01 42 60 14 43. E-mail : secretariat@freud-lacan.com - www.freud-lacan.com

20 et 21 mai 2005. Marseille. 2^{èmes} Rencontres du Centre Hospitalier Valvert sur le thème : *Au risque de l'humour*. Renseignements et inscriptions : Madame D. Basso, CH Valvert, boulevard des

Libérateurs, 13391 Marseille Cedex 11. Tél. : 04 91 87 68 97. Fax : 04 91 87 68 88. dominique.basso@ch-valvert-marseille.fr - www.ch-valvert-marseille.fr c.i.p.s.@free.fr

26 et 27 mai 2005. Annecy. 16^{èmes} Rencontres d'étude et de formation du GERART sur le thème : *Espace psychique. Espace d'habitation. Clinique et état des lieux*. Renseignements et inscriptions : Patrick Halmos, GERART, Centre Jean Wier, 5 rue Michelet, 92150 Suresnes. Tél./Fax : 01 41 44 27 10. E-mail : gerart@free.fr - www.gerart.com

26 et 27 mai 2005. Hyères-les-Palères (Var). Congrès organisé par « Sauvegarde de l'Enfance » sur le thème : *Lien familial, social. Individualisme, normes, vulnérabilités*. Renseignements : la Sauvegarde de l'Enfance, 121 avenue Vauban, 83000 Toulon. Tél. : 04 94 93 30 30.

26 au 29 mai 2005. Turin. 23^{ème} Congrès de Psychologie Adlérienne sur le thème : *Pouvoir et culture*. Inscriptions : Yannick Le Jan. Tél. : 06 80 46 80 51. yannick.lejan@free.fr

27 mai 2005. Bouffémont. Journée d'étude et de formation sur le thème : *Tentatives de suicide par précipitation. Les enjeux somatiques et psychiques d'un parcours de soin*. Renseignements du lundi au samedi. Tél. : 01 39 35 35 08. Fax : 01 39 35 35 09. philippe.lesieur@sfef.net

27 au 29 mai 2005. Ile d'Eubée (Grèce). Rencontres européennes 2005 organisées par le CEDEP (Comité Européen de Droit, Ethique et Psychiatrie) et APAPSY sur le thème : *Images de la santé mentale*. Renseignements : Bruno Gravier, SMPP, 18 avenue de Sévelin, 1004 Lausanne, Suisse. Tél. : +41 21 621 14 72. Fax : +41 21 626 13 30. Bruno.Gravier@inst.hospvd.ch

28 mai 2005. Paris. Journée Nationale de la Société de Gynécologie et Obstétrique Psychosomatique (SFGOP) sur le thème : *Malaise des médecins, malaise des patients : quels remèdes ?* Renseignements : tél. : 01 46 42 11 30.

28 et 29 mai 2005. Metz. Forum sur le thème : *Psychiatrie, psychothérapie, psychanalyse. Quels enjeux pour les soins ?* Secrétariat et inscriptions : Association de Recherche en Psychiatrie et Psychoanalyse de l'Enfant, Centre Médico-Psychologique D.-W. Winnicott, 11 avenue Leclerc de Hauteclocque, 57000 Metz. Tél. : 03 87 38 00 75. Fax : 03 87 56 03 82. a.r.p.e.@wanadoo.fr

2 et 3 juin 2005. Besançon. 8^{ème} réunion annuelle de la Société Marcé Francophone sur le thème : *La demande de soins psychologiques en périnatalité. Entre sollicitude et contrainte*. Inscriptions : Dr Sylvie Nezelof et Pr P. Bizouard, tél. : 03 81 21 81 54 (ou 52). Fax : 03 81 21 88 17. snezelof@chu-besancon.fr

2 au 4 juin 2005. Saint-Malo. 4^{ème} Forum de la Confédération francophone d'hypnose et de thérapie brève sur le thème : *Vers une écologie de la thérapie*.

Renseignements : MCO Congrès, CFHTB 2005, 27 rue du Four-à-Chaux, 13007 Marseille. www.cfhtb.com

3 juin 2005. St Maurice (Hôpital Esquirol). 1^{ère} Rencontre clinique organisée par l'Association ECART (Enseignement Création Analyse Recherche Transmission) sur le thème : *Entre transparence et obscurantisme : quels écarts pour y penser ? En quoi la psychanalyse, la psychiatrie peuvent apporter, aujourd'hui, un éclairage sur la question de la place du sujet ?* Renseignements : Florence Reznik, Hôpital Esquirol, tél. : 01 43 96 62 00. ecartpsy@voila.fr - www.ecart-psy.org

3 juin 2005. Paris. Colloque organisé par l'Association franco-argentine de psychiatrie et santé mentale sur le thème : *Le deuil, l'inconscient collectif*. Avec la participation de Janine Altounian, Paul-Laurent Assoun, Equipo Argentino de Antropología Forense, Equipo Argentino de Trabajo e Investigacion Psicosocial, Jean Garrabé, Edmundo Gomez-Mango, Diana Kamienny-Boczkowski, François Lebigot, Jean Claude Métraux, Marc Alain Ouaknin, Richard Rechtman, Michael Turnheim, Alain Vanier. Informations : Dr D. Kamienny-Boczkowski - d.kamienny@wanadoo.fr. Tél. : 01 55 42 94 94. psy.francoarg.asso@free.fr - http://psy.francoarg.asso.free.fr

4 et 5 juin 2005. Grenoble. Séminaire de l'Inter-Associatif Européen de Psychoanalyse organisé par le GEPG sur le thème : *Les dispositifs de travail sur la pratique psychanalytique*. Renseignements, secrétariat du GEPG, 35 ave Marcellin Berthelot, 38100 Grenoble. chika2@wanadoo.fr

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 : autisme, retards*. Organisées par le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (Pr D. Sauvage) avec les soutiens de l'AESPHOR. Renseignements et inscriptions : J. Yzon, F. Marchand, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Bretonneau, CHRU, 37044 Tours Cedex 1. Tél. : 02 47 47 60 94 (86 46). Fax : 02 47 47 82 92 (87 70). p.lenoir@chutours.fr

10 et 11 juin 2005. Nancy. XXXVIII^{ème} Congrès National de l'UNAFAM sur le thème : *Agir dès les premiers troubles psychiques : avec quels partenaires dans la cité ?* Renseignements et inscriptions : UNAFAM, 12 Villa Compoin, 75017 Paris. Ecoute Famille : 01 42 63 03 03. Service Administratif : 01 53 06 30 43. Fax : 01 42 63 44 00. www.unafam.org. E-mail : infos@unafam.org

11 juin 2005. Paris. XXXII^{ème} Journée Scientifique sur le thème : *Tout ce que vous avez toujours voulu savoir... et à quoi on n'a jamais répondu*. Inscriptions : Marie Rat, Association Phymentin, 20 rue de Dantzig, 75015 Paris. Tél. :

01 53 68 93 43. Fax : 01 53 68 93 45. JS05@ifrance.com

17 juin 2005. Paris. Rencontres sur la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent sur le thème : *Le stress majeur chez l'enfant*. Informations : Secrétariat du Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert Debré, 48 bd Sérurier, 75019 Paris. Tél. : 01 40 03 22 92.

18 juin 2005. Paris. Journée du Centre international de psychosomatique sur le thème : *La thérapie relationnelle, l'espace et le temps*. Renseignements et inscriptions : CIPS, 56 avenue Mozart, 75016 Paris. Tél. : 01 42 30 99 41. Fax : 01 45 20 28 75. c.i.p.s.@free.fr

18 et 19 juin 2005. Chambéry. Colloque organisé par le CERP sur le thème : *Pertinence des psychothérapies : entre psychanalyse et cognitivo-comportementalisme*. Inscriptions : P.A. Raoult, CERP. Tél. : 04 79 63 68 22. patrickange.raoult@wanadoo.fr

20 au 23 juin 2005. Nice. 103^{ème} Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Renseignements et inscriptions : Voyages C. Mathez, 7 rue de Rivoli, 06000 Nice. Tél. : 04 93 82 68 82. Fax : 04 93 87 93 60. E-mail : cplnf@matheztravel.com. Inscriptions en ligne : www.matheztravel.com (rubrique congrès et séminaires).

23 et 24 juin 2005. Toulouse. XXX^{èmes} Journées Nationales d'Etudes de l'ANPDE sur le thème : *La résilience (Boris Cyrulnik), l'allaitement maternel, la podologie, l'orodontie, le diabète, le travail éducatif auprès des enfants, la responsabilité de la puériculture*. Inscriptions : CERC, 7 rue du Capitaine Dreyfus, 95130 Franconville. Tél. : 01 34 15 56 75. Fax : 01 34 13 59 76. a.deshons@wanadoo.fr

25 et 26 juin 2005. Paris. XIV^{ème} Rencontre du champ freudien-Rencontre PIPOL2 (Programme International de Recherches sur la Psychanalyse appliquée d'Orientation Lacanienne) sur le thème : *Les effets thérapeutiques rapides en psychanalyse*. Inscriptions : tél. : 06 13 63 00 92. pipol2@wanadoo.fr

28 juin au 31 juillet 2005. Vienne. 8^{ème} Congrès du World Congress of Biological Psychiatry. Renseignements : The WCBP 2005 Organising & Scientific Secretariat Mondial Congress Reisebüro, Mondial Ges.mbH & Co, KG Faulmann-gasse 4, 1040 Wien, Autriche. Tél. : +43 (1) 58804-0. Fax : +43 (1) 58691-85. E-mail : wfsbp2005@mondial.at

6 au 8 juillet 2005. Paris. Colloque organisé par l'association ADRA (Association pour le développement de la Recherche sur l'Attachement) sur le thème : *L'attachement : applications thérapeutiques chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte*. Inscriptions : BCA, 6 bd du Général Leclerc, 92115 Clichy Cedex. Tél. : 01 41 06 67 70. Fax : 01 41 06 67 79. contact@b-c-a.fr

27 au 31 juillet 2005. Rio de Janeiro. 18^{ème} Congrès organisé par l'International Psychoanalytical Studies Orga-

nisation et l'International Psychoanalytic Association (IPA). Renseignements : smuszkat@terra.com.br - robindeutsch@earthlink.net

17 septembre 2005. Paris. Journée organisée par la Société Française de Dermatologie Psychosomatique (SFDPS) sur le thème : *Etre, paraître, apparaître*. Inscriptions : SFDPS; Mme Van Vaeck, 35 rue des Baconnets, 92160 Antony.

20 au 24 septembre 2005. Nanterre. Congrès de l'European Scientific Association for Residential and Foster Care (EUSARF) sur le thème : *Enfance en difficulté dans un monde difficile*. Renseignements : Université Paris X Nanterre. Tél. : 01 40 97 59 92. congreseusarf@u-paris10.fr

22 au 24 septembre 2005. Paris. VI^{ème} Congrès de l'Association Européenne pour l'Histoire de la Psychiatrie. Inscriptions : V. Waziniak, GEHP, EAHP, Association l'Elan Retrouvé, 23 rue de la Rochefoucauld, 75009 Paris. E-mail : EAHP.secretary@elan-retrouve.asso.fr

6 octobre 2005. St Armand Montrond. Colloque sur le thème : *La Gérontologie Moderne*. Renseignements : Dr Ben Haroun. Tél. : 02 48 61 50 80. m.bharoun@free.fr

7 et 8 octobre 2005. Toulouse. XI^{ème} Carrefour Toulousain organisé par l'Association *Carrefours et Méditations*, en partenariat avec le Centre d'Information pour l'Enfance et la Famille et la Librairie *La Préface* sur le thème : *Perversions aux frontières du trauma*. Renseignements : Joyce Aïn. Tél. : 05 61 74 23 74. Fax : 05 61 74 44 52. E-mail : carmed@carmed.fr - Site : www.carmed.fr

20 et 21 octobre 2005. Grenoble. 4^{èmes} Rencontres du Comité Français pour la Réhabilitation Psychosociale (CFRP), en partenariat avec le réseau handicap Psychique Isère, l'UNAFAM, la Fnapsy, l'ANHPP, la WARP, le revue *Santé Mentale* sur le thème : *Soigner, réhabiliter !* Renseignements : Dr E. Giraud-Baro, CH St-Egrève, BP 100, 38521 Saint-Egrève Cedex. Tél. : 04 76 56 44 40. Dr D. Leguay, Césame, BP 89, 49137 Les Ponts de Cé Cedex. Tél. : 02 41 80 78 54. denis.leguay@ch-sesame-angers.fr

25 novembre 2005. Paris. Journée de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et disciplines associées sur le thème : *Les thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant aujourd'hui*. Renseignements : Secrétariat de la trésorière de la SFPEADA, Centre mère-enfant, 11 rue du Général Cerez, 87000 Limoges. Tél./Fax : 05 55 32 89 94.

1er au 3 décembre 2005. Rabat. Colloque organisé par la Faculté des Sciences Humaines de Rabat sur le thème : *Intégration et exclusion : quelle société pour le XIX^{ème} siècle ?* Inscriptions : Pr A. Dachmi, Laboratoire de Psychologie Clinique et Pathologique, BP 1040, Rabat, Maroc. Tél./Fax : (212) 37 77 33 08.

LIVRES

L'enfant philosophe
Essai philopédagogique

Vincent Trovato
L'Harmattan, 13 €

Cet ouvrage aborde différentes expériences d'ateliers de philosophie et tente d'en saisir les intérêts pour l'enfant et l'école. Les concepts de « communauté de recherche » et de « discussion philosophique » sont également examinés. Dans cette perspective, le lecteur trouvera une critique de la méthode lipmanienne, des liens avec d'autres représentations et des références pédagogiques sur ces théories.

Guide de l'animateur
socio-culturel

3^e édition
Geneviève Poujol
Jean-Marie Mignon
Dunod

Ce livre regroupe, en 73 entrées, l'essentiel des aspects réglementaires, éducatifs et institutionnels nécessaires à la pratique de la fonction d'animateur. Il présente les diplômes requis pour travailler dans ce secteur, les niveaux de qualification correspondants et les carrières possibles. Il précise les contours quelquefois incertains d'une profession souvent méconnue et analyse le sens de son évolution. Pour chaque entrée on trouve la définition du mot ou le champ de l'activité, l'historique, la situation actuelle, les références des ouvrages et des textes réglementaires, les renvois utiles à d'autres entrées.

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**Groupes de parole et crise institutionnelle**

Connexions n°82

Erès, 25 €

Dans un article introductif, J. Maison-neuve et J.-P. Pinel rappellent que les groupes de parole s'enracinent dans une histoire. Les temps forts mettent en évidence que les groupes de parole ont toujours constitué une forme de résistance du sujet, jadis face aux excès de la bureaucratisation, aujourd'hui face aux dérives organisationnelles asso-

ciées à la désinstitutionnalisation. Ce rappel synthétique met en évidence que la différenciation entre les méthodes groupales référées à la psychanalyse et celles d'orientation plus psychosociologique est apparue très tôt. Il en résulte que les lignes de partage théorique opèrent, notamment, en fonction des champs d'exercice. Ce volume en témoigne : les groupes de parole d'inspiration psychanalytique se déploient essentiellement dans des sites destinés à accueillir et à traiter différentes formes de pathologie : les lieux de la maladie, de la mort, de la folie ou de l'exclusion.

Les articles se référant plus largement aux modèles psychosociologique, sociopsychanalytique ou anthropologique se développent, plus particulièrement, dans les secteurs de l'éducation et de la formation.

S. Blondeau explore les répercussions des mutations institutionnelles contemporaines à partir d'une institution emblématique, l'hôpital, en distinguant et réarticulant ce qui, dans la demande de groupe de parole relève de l'individuel, du collectif et de l'institutionnel. A. Quaderi montre que ces dispositifs constituent une modalité de mise à l'épreuve

des théories psychanalytiques de la parole, de l'adresse et de l'écoute. G. Gaillard reprend la question des rapports entre le processus groupal et l'arrière-fond institutionnel en centrant son étude sur la position de l'analyste. C. Henri-Ménassé pointe que si ces dispositifs de groupe sont massivement investis par les analystes, les théorisations en demeurent assez limitées, notamment au sein des institutions analytiques.

J.-P. Minary et Ph. Perrin décrivent et analysent les conditions de mise en place d'un groupe de parole auprès de sujets dits exclus et proposent une dé-

inition de ces dispositifs.

D. Fablet clarifie les finalités des groupes d'analyse des pratiques professionnelles d'orientation psychosociologique. Il procède à une différenciation entre groupe de parole et groupe d'analyse des pratiques professionnelles en spécifiant les limites de ces dispositifs. Cl. Blanchard-Laville et S. Nadot rendent compte des processus mobilisés par la mise en œuvre de deux dispositifs d'analyse des pratiques professionnelles d'orientation théorique différente auprès de professionnels de l'Éducation nationale. F. Hat-chuel montre que les groupes de parole centrés sur le rapport au savoir, permettent de transformer les représentations des obstacles à l'apprentissage et de mettre en travail certains dénis associés à la problématique contemporaine de la transmission. M.-J. Acevedo présente le dispositif d'expression collective des élèves créés par G. Mendel et les conditions de son application dans une perspective inter-culturelle. Elle montre que l'exportation d'une méthode impose de repenser les conditions culturelles et institutionnelles de son appropriation.

Enfin, C. Sellenet, à partir de son expérience d'animatrice de groupe de parole de parents, en analyse les conditions d'utilisation comme une scène où les parents exhibent leur intimité ; témoignant ainsi des déplacements contemporains des frontières de l'intime et du public.

L'ASSOCIATION DU CONGRES DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE

En collaboration avec

LE RESEAU D'ETUDE ET DE RECHERCHE DE L'ASSOCIATION HOSPITALIERE SAINTE-MARIE (RESEAU ERAHSM)

et

LE CHU DE NICE

organisent le

103^{ème}

Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française

20-23 Juin 2005 – Nice

Sous le haut patronage du Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille

CENTRE UNIVERSITAIRE MEDITERRANEEN (CUM)

65, Promenade des Anglais
06000 Nice

Renseignements - Inscription : Voyages C. MATHEZ - 7, rue de Rivoli - 06000 NICE

Tel : 04.93.82.68.82 - Fax : 04.93.87.93.60

e-mail : cpnlf@matheztravel.com

Inscription en ligne : www.matheztravel.com (Rubrique congrès et séminaires)

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
promotion

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

Edité par Maxmed
S.A. au capital de 40 000 €
54, bd Latour-Maubourg, 75007 Paris
Maquette : Maëval. Imprimerie Fabrègue

Directeur de la Publication :
G. Massé

www.nervure-psy.com