

**EDITORIAL**

G. Massé

## La démographie professionnelle, la formation et les métiers

La formation initiale et, jusqu'à un certain point, continue de l'ensemble des acteurs professionnels est faiblement ouverte sur le social, les psychothérapies et le travail avec les familles, négligeant la santé publique et les programmes de santé. La nosologie y tient plus de place que les évolutions actuelles d'une clinique peu séparable de son environnement. L'enseignement et la recherche reflètent ces orientations. Il existe peu de présence française dans le domaine de la recherche clinique ou de l'organisation des services, où la littérature internationale est pourtant abondante. La formation obtient, depuis de nombreuses années, des résultats qui sont contraires à l'évolution espérée de la discipline. C'est dire l'ampleur des changements attendus qui impliquent des rapports différents avec le Ministère de l'Éducation Nationale et l'enseignement supérieur, des formations croisées pluri-professionnelles, une représentation des usagers pour que les formations et les métiers qui en résultent correspondent davantage à leurs besoins.

Les questions touchant à la démographie médicale sont de nature politique et non seulement technique. Un certain nombre de mesures vont permettre aux praticiens hospitaliers de prolonger leur activité au-delà de la retraite et d'autres mesures augmentent le nombre de postes déjà vacants, du temps qu'il faut pour former les psychiatres (11 ans) dont on peut craindre qu'ils n'enrichissent, sans mesures associées, davantage le secteur libéral, le sud du pays et les grandes agglomérations.

(suite page 5 ➡)

## L'hystérie moderne

**FMC** C. Castagné

Actuellement, l'hystérie n'existe plus officiellement. Elle a disparu des classifications internationales, fractionnée en plusieurs modèles qui ne font plus référence au même cadre psychopathologique, celui d'une fonction de résolution de conflits qu'elle pouvait représenter, dans le cadre d'une problématique névrotique refoulée. Le démantèlement de ce qui constitue l'un des modèles cliniques les plus anciens obéit à des motivations largement idéologiques, en lien avec le développement de l'approche scientifique du champ actuel des névroses. Plutôt que de parler de disparition de l'hystérie, il s'agirait de parler de dispersion de celle-ci dans la nosographie contemporaine, et d'essayer de déterminer quelles en sont ses nouvelles expressions cliniques à notre époque.

### Rappels historiques

Dès l'Antiquité, Hippocrate perçoit le caractère insaisissable de l'hystérie qu'il explique, à l'époque, par une « suffocation de la matrice ». Elle survient chez les « femmes qui n'ont pas eu de rapports sexuels », soulignant par là un lien possible entre le symptôme et ce qui deviendra plus tard la théorie sexuelle des névroses.

Mobilité de l'utérus, labilité du symptôme se dégagent déjà de ces premières descriptions cliniques qui s'accroissent sur une origine « matricielle », sexuelle du phénomène. Dans ses explications, Hippocrate s'attachera à la croyance de l'animalité de l'utérus, doctrine de la nature présente de l'époque.

Les textes de Galien relatifs à l'hystérie se trouvent dans son traité *Des lieux affectés*. À l'époque, l'hystérie est la dénomination vulgaire, profane utilisée par les sages-femmes pour désigner ce que les médecins appellent « suffocation ».

Il décrit trois formes d'hystérie : la forme léthargique, la suffocation, et la forme motrice.

La clinique de déplacement étant abandonnée, il restait à trouver une explication susceptible de rendre compte des effets de distance : ce sera la rétention de la semence, la femme étant censée émettre une semence analogue au sperme masculin. L'explication étiologique de Galien souligne l'abstinence sexuelle, et soulève l'interrogation de la femme face à l'insatisfaction de sa sexualité, de ses affects, de ses émotions, et de tous les domaines de la vie de relation, en faisant alors une maladie de la relation. Par ailleurs, il existe une hystérie masculine due à la rétention spermatique, par analogie à la rétention du supposé liquide séminal féminin.

(suite page 5 ➡)

## Réflexions à propos de la recommandation de l'HAS sur l'indication en urgence d'une HSC

**MÉDICO-LÉGAL**  
 C. Jonas

L'HAS vient de publier sur son site ([www.has.fr](http://www.has.fr)) une recommandation issue de la réflexion d'un groupe de travail qui s'est réuni à partir de 2003. Ce travail a, ensuite, été confié à un groupe de lecture qui a pu faire connaître ses observations et ses propositions d'amendement. Le titre exact est « *Modalités de prise de décisions concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux* ». Les critères pris en compte pour aboutir à cette recommandation sont classiquement ceux qu'utilise depuis plusieurs années l'ex ANAES reposant sur la littérature nationale et internationale avec des niveaux de preuves gradués de 1 à 4 selon la qualité scientifique. La première constatation du groupe de travail a été la difficulté à trouver dans ce domaine des articles de

niveau 1 présentant une preuve scientifique établie. Il en résulte donc des recommandations parfois incertaines, voire un peu imprécises, ce que certains critiqueront alors que d'autres s'en réjouiront. En effet, on sait que ce type de recommandation prend une part éminente dans les décisions des tribunaux en matière de responsabilité médicale. Ainsi, à l'heure où il apparaît une attitude plus revendicative de la population vis-à-vis du corps médical et où l'action en responsabilité est facilitée par les dispositions de la loi du 4 mars 2002 concernant la réparation de l'aléa thérapeutique et la mise en place des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, les risques augmentent et une recommandation trop précise aurait conduit à une situation difficilement tenable,

(suite page 7 ➡)

**AU SOMMAIRE**
**EDITORIAL**


La démographie professionnelle, la formation et les métiers p.1

**FMC**

L'hystérie moderne p.1

**MÉDICO-LÉGAL**

Réflexions à propos de la recommandation de l'HAS sur l'indication en urgence d'une HSC p.7

**ENTRETIEN AVEC**

 Philippe Brenot  
 Le manuscrit de Romain Gary p.10

**HUMEUR**

Que d'avancées en matière de psychopharmacologie ! p.11

**CLINIQUE**

La dépression est-elle une maladie ? p.15

« L'abus médicamenteux sthénique » : syndrome comportemental distinct parmi les tentatives de suicide ? p.16

**THERAPEUTIQUE**

Le trouble de l'adaptation avec anxiété p.18

Etat de stress post-traumatique p.19

**ANNONCES PROFESSIONNELLES** p.20

**ANNONCES EN BREF** p.22

## Le manuscrit de Romain Gary

### Entretien avec Philippe Brenot

**Nervure** : Philippe Brenot, vous êtes connu pour vos interventions et vos écrits sur la sexualité<sup>(1)</sup>, pourquoi aujourd'hui un livre sur Romain Gary ?

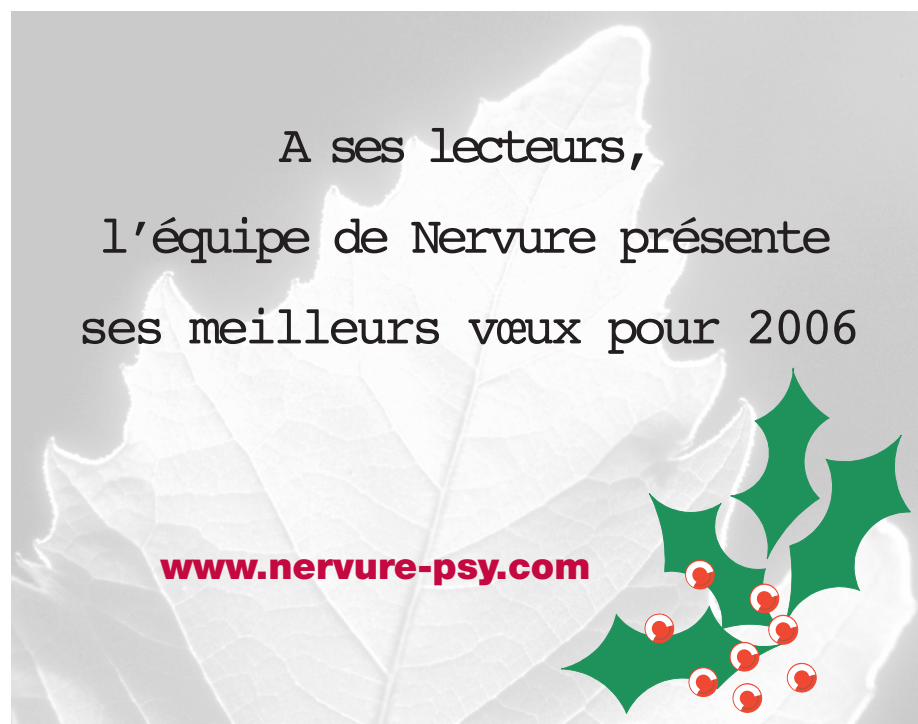
**Philippe Brenot** : C'est une longue histoire personnelle qui se cristallise aujourd'hui dans ce livre, mais c'est aussi le fait du hasard qui m'a fait rencontrer ce manuscrit inédit. A moins que ce ne soit ma curiosité qui ait forcé le hasard. On ne devient pas psy par hasard, on porte en soi les interrogations, plus ou moins résolues, de notre histoire personnelle. Il se trouve que la rencontre de ce texte et de ma propre histoire, a donné naissance, aujourd'hui, au *Manuscrit perdu*<sup>(2)</sup>.

**Nervure** : Comment ce document vous est-il parvenu et quel est ce manuscrit inédit de Romain Gary ?

**P. B.** : J'ai parlé de curiosité, au sens d'un prototype du savoir et je suis bien conscient de ce travers de défricheur de territoires qui m'habite depuis l'enfan-

ce. Ma recherche anthropologique des origines<sup>(3)</sup> en est un prolongement. Mon intérêt pour les objets rares ou inédits en est, certainement, un autre aboutissement. J'ai la passion du manuscrit et de ce rapport très particulier à la chose écrite, à la lettre autographe. Quel que soit le moment où elle a été écrite, la lettre confère au lecteur une étrange proximité avec l'auteur, comme une complicité, une communion, bien au-delà du temps. Dans un rapport imaginaire, c'est un peu comme si cette lettre nous était destinée. Au fil des années, j'ai été surpris de faire des découvertes de documents personnels, inédits, parfois intimes. Des correspondances privées qui m'ont permis de faire, il y a quelques années, un travail sur la lettre d'amour et l'asymétrie entre les lettres des hommes et les lettres des femmes<sup>(4)</sup>. J'ai également trouvé quelques inédits, et les ai parfois publiés, comme le très bel *Art de mourir* de Paul Morand, oublié dans les

(suite page 10 ➡)



**LIVRES ET REVUES****Economie de la Santé en psychiatrie en 2005 : modèles et applications 1**

Pour La Recherche 2005, n°45, 7 €  
Bulletin de la Fédération Française de Psychiatrie\*

Ce numéro fait le point sur les modèles et les applications issus de travaux réalisés. Karina Hansen, qui vient de soutenir sa thèse de santé publique, option économie de la santé, donne un éclairage sur le contexte actuel des études d'économies de la santé et leurs mé-

thodologies, notamment l'analyse du rapport coût-efficacité. Elle signale l'existant, mais aussi les biais et les questions étudiées dans ce domaine brûlant. Elle aide ainsi à comprendre à travers les modélisations utilisées comment peut être schématisée, par exemple, l'évolution d'une maladie chronique sous une traitement donné et la complémentarité de ces approches avec celles des études observationnelles. Xavier Briffault précise ces méthodologies par l'exemple d'études pharmaco-économiques et de schémas très parlants, comme les arbres de décisions ou les modèles de Markov à arborescences

cycliques. La préparation de ce numéro a été l'occasion de faire une revue de la littérature et on trouve de nombreuses références bibliographiques mais aussi un ouvrage de référence qui est résumé et qui aborde les principales méthodes d'évaluation économique des programmes de santé (M.F. Drummond et coll. 1998).

Poursuivant sur les modèles pharmaco-économiques, certaines leçons sont tirées des études qui concernent la schizophrénie. Au-delà d'un intérêt certain, l'analyse de ces études fait apparaître que certaines variables pertinentes ne sont pas toujours prises en compte et

qu'un travail reste à faire dans ce domaine. Pour terminer, une synthèse d'un rapport du programme « *Health technology assessment* » portant sur l'évaluation d'efficacité et de coût-efficacité des traitements psychologiques brefs de la dépression est présentée. Même si le terme « *comparaison* » entre thérapies est très récurrent et sans doute pas si pertinent que cela, il apparaît intéressant d'étudier l'analyse des méthodologies et des procédés rhétoriques utilisés au regard d'autres travaux du même type.

\*Fédération Française de Psychiatrie, Bâtiment B, Hôpital Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris.  
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>

**La condition foetale Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement**

Luc Boltanski  
Gallimard 22,50 €

S'appuyant sur une centaine d'observations recueillies à l'hôpital et quarante entretiens approfondis avec des femmes ayant connu l'expérience de l'avortement, sur des données empruntées à l'histoire et à l'anthropologie, Luc Boltanski explique le refoulement de l'avortement qui reste dans l'ombre car il révèle une contradiction du contrat social : celle qui oppose le principe de l'unicité des êtres et le postulat de leur nature remplaçable, sans lequel nulle société ne se renouvellerait démographiquement.

L'auteur est alors conduit à poser la question de l'engendrement et analyser les contraintes essentiellement symboliques qui président à l'entrée des êtres humains dans la société. Des contraintes antinomiques que différents types d'arrangements sociaux tendent à estomper. Ce qui fait un être humain, ce n'est pas le fœtus, inscrit dans le corps, mais son adoption symbolique. Cette adoption suppose la possibilité d'une discrimination entre des embryons que rien ne distingue. Le caractère arbitraire de cette discrimination est, au plan social, et parfois individuel, difficilement supportable. La contradiction est rendue vivable par une sorte de grammaire des catégories : au fœtus projet - adopté par les parents qui, grâce à la parole, accueillent l'être nouveau en lui donnant un nom - s'oppose le fœtus tumoral, embryon accidentel et qui ne sera pas l'objet d'un projet de vie.

**Comment changer le monde Les entrepreneurs sociaux et le pouvoir des idées nouvelles**

David Bornstein  
Traduit de l'anglais (États-Unis)  
par Isabelle Taudière et Raymond Clarinard  
La Découverte, 22 €

Ce livre présente des individus qui résolvent des problèmes sociaux à grande échelle. Il ne s'agit généralement pas de gens célèbres. Ce ne sont ni des personnalités politiques ni de grands industriels. Certains sont médecins, avocats ou ingénieurs. D'autres sont consultants en management, travailleurs sociaux, enseignants ou journalistes. Ils sont disséminés aux quatre coins de la planète. Ce sont des innovateurs sociaux ou entrepreneurs sociaux. Partis d'une idée-force susceptible d'améliorer le quotidien de leurs contemporains, ils l'ont mise en œuvre au niveau de villes, de pays, voire, dans certains cas, du monde entier.

Il s'agit ici d'attirer l'attention sur un type particulier d'acteur qui joue un rôle catalyseur dans le changement social. Les entrepreneurs sociaux exercent une influence sur la société, mais leur fonction réformatrice demeure très mal comprise et largement sous-estimée. Ils ont toujours existé mais, pour des raisons très diverses, ils sont aujourd'hui de plus en plus nombreux. Citons quelques exemples : au Brésil, Fabio Rosa a créé une technologie d'électrification à moindre coût pour les foyers ruraux. En Inde, Jeroo Billimoria a lancé Childline, le premier service permanent et gratuit d'assistance téléphonique pour les enfants des rues. En Afrique du Sud, Veronica Khosa a créé Tateni, une société de soins aux malades du sida dans les bidonvilles...

**LIVRES****L'adolescence aujourd'hui**

Sous la direction d'Alain Braconnier  
Erès, 9 €

Dans cet ouvrage qui reprend, actualisé et complété, le dossier publié dans *Le carnet PSY*, les auteurs proposent leurs regards sur l'adolescence d'aujourd'hui et les problèmes qu'elle soulève. Les points de vue ne sont pas forcément consensuels.

Avec Jean-Pierre Chartier, Philippe Gutton, Patrice Huerre, Philippe Jeammet, Didier Lauru, Donata Marra, Françoise Marty, Laurent Renard, Marcel Rufo, Marie-Pierre Vinuela-Willig.

**Comment vivre avec un parent âgé****L'aider à rester autonome en le restant soi-même**

François Baumann, Josette Lyon  
Éditions Josette Lyon 13 €

*Vivre avec un parent âgé* est un titre ambigu. En effet, si ce livre concerne les personnes qui vivent sous le même toit que leur parent, il s'adresse aussi à celles, beaucoup plus nombreuses qui, ayant leur résidence et leurs occupations séparées, sont amenées à assumer la responsabilité d'un parent devenu incapable de gérer seul son existence.

Il ne s'agira pas de personnes âgées atteintes d'une affection caractérisée et médicalement invalidante : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson..., mais de personnes dont l'état mental et physique décline du fait des années. Si l'expression « *retomber en enfance* » est aussi péjorative que « *avoir à charge* », on ne peut cependant nier que peu à peu, avec l'âge, les enfants se trouvent un jour dans l'obligation de prendre en charge leurs parents comme leurs propres enfants. Mais ce serait omettre tout le poids du passé...

**Des psychologues à l'école ?**

Sous la direction de Jean-Marie Besse  
Retz

Après avoir identifié les motifs qui ont conduit les responsables de l'Éducation nationale, en 1947, à introduire la psychologie scolaire dans le cadre même de l'enseignement primaire, les auteurs font le point sur la situation actuelle de la psychologie dans l'institution scolaire en France.

Puis sont proposés un état des lieux de l'évolution psychoaffective et cognitive des enfants, et une analyse de situations-problèmes pouvant aider à repérer quelques déterminants de la réussite ou de la difficulté scolaires. Deux psychologues scolaires témoignent des modalités de travail qui leur sont propres pour intervenir auprès de parents inquiets et désorientés, mais aussi auprès d'enseignants en quête d'étayage professionnel et personnel. Enfin, les auteurs dégagent les conditions nécessaires pour que les pratiques des psychologues intervenant au sein de l'institution scolaire soient harmonisées et constituent les bases identifiées d'un métier étayé par une psychologie de l'éducation de référence.

**Humanités en souffrance à la Santé****Des abandons en abondance**

Jacques Hureiki  
L'Harmattan 23 €

Jacques Hureiki a été médecin dans le service psychiatrique de la maison d'arrêt la Santé durant trois ans. Son ouvrage ne se veut pas un énième livre sur les misères carcérales, ni une dénonciation des « matons ». Il s'agit d'un recueil qui présente 26 itinéraires ou parcours d'humanités, rédigé sous forme d'un abécédaire, un alphabet de la

douleur humaine... Il s'agit de récits de vie de détenus recueillis au cours d'entretiens psychiatriques.

Ce sont des histoires d'enfants victimes, victimes jamais défendues, victimes souvent à répétition, non secourues, abandonnées, faillite des systèmes censés protéger l'être humain au pays des droits de l'homme.

Ces victimes se sont transformées un jour en délinquants ou en criminels et sont entrées à la Santé pour payer. Cet ouvrage décrit leurs cheminements vers l'infraction, qu'elle soit délictuelle ou criminelle.

Avec le changement de la composition de la population carcérale, comprenant de plus en plus de cas sociaux, de malades psychiatriques, de sans-papiers, de personnes ayant des troubles de la personnalité,... le vieux système carcéral s'est-il adapté ou a-t-il atteint ses propres limites ? La prison « *judiciaire* » est-elle devenue une prison sociale ? Un hôpital psychiatrique ? Une quarantaine pour sans papiers ? Un club sado-masochiste ?

Le recueil proposé est un éloge du sujet et de sa problématique existentielle au détriment du sexuel cher aux cœurs

des psychanalystes. C'est aussi un respect des douleurs dans leur particularisme, leur diversité et leur intensité à l'encontre d'une loi générale réductrice des souffrances humaines à une symbolique sexuelle.

L'approche méthodologique est celle de l'anthropologie herméneutique ou interprétative ou compréhensive qui emploie l'empathie et le « *dialogue des consciences* » comme moyens d'observation anthropologique et clinique, accordant une place essentielle aux acteurs et aux sens de leurs souffrances. Ce livre vient appuyer les défenseurs

du social et de la prévention, débordés par l'augmentation des « sans » : sans emplois, sans-domicile, sans-papiers, qui s'organisent et s'institutionnalisent en générant progressivement une « *culture des sans* », des « *prisons à l'air libre* » où la privation des droits et l'impossibilité d'assouvir leurs besoins sont de règle.

Voici donc 26 récits, pleins de sincérité et d'humanité, de victimes-criminels, de victimes-délinquants et parfois de victimes-« innocents », recueillis entre les murs tristes de la vieille maison d'arrêt la Santé.

Saint Augustin dans *Les Confessions*, développe l'idée que le péché est en relation étroite avec l'érotisme. Par contre, pour lui, la continence sexuelle est une vertu et ne peut avoir de rôle pathogène.

En 1618, Charles Lepoix affirme que le siège de l'hystérie est, uniquement, le cerveau et qu'elle s'observe dans les deux sexes. C'est une date bascule dans la conception de la maladie. Avec Sydenham apparaît l'hystérie imitatrice qui culminera dans le pithiatisme. Charcot, titulaire en 1882 de la première chaire mondiale de neurologie apporte une description rigoureuse de signes positifs et négatifs de cette maladie, qu'il présente ainsi comme stable, et décrit les quatre périodes de l'attaque hystérique, qui débute toujours par la crise épileptoïde, suivie de grands mouvements puis des attitudes passionnelles et du délire terminal avec les stigmates permanents, les troubles moteurs (paralysie, astasie, abasie), sensoriels (surdité, rétrécissement du champ visuel), sensitifs (anesthésie). De plus, la topographie des symptômes hystériques n'obéit pas à la distribution anatomique des nerfs. Il s'attache à définir l'hystérie masculine, rattaché à l'hystérie traumatique, puisque les victimes sont des travailleurs. Les troubles sont attribués à l'inflammation de la moelle d'où la dénomination anglo-saxonne de « *Railway spine* » puis de « *Railway brain* », par inflammation du cerveau.

De tous les travaux de Charcot sur l'hystérie, ce sont ceux qu'il a consacré à l'hystérie traumatique qui resteront dans l'histoire. L'hystérie traumatique est fondée sur l'hypothèse selon laquelle l'idée suggérée peut vivre dans l'appareil psychique à l'état de parasite, ce « *corps étranger* » décrit par Freud dans « *Au-delà du principe de plaisir* », et l'état mental au moment du choc est comparé à un état hypnotique.

C'est Freud (1856 - 1939) qui donne à l'hystérie son statut de trouble psychogène et de névrose structurée au niveau oedipien. Dès 1886, il s'interroge sur le rapport à l'anatomie qu'entretient l'hystérie, avant de déclarer : « *On peut dire que l'hystérie ignore autant la structure du système nerveux que celui qui ne l'a pas apprise* ». Un autre enseignement de la Salpêtrière est la mobilité du symptôme, qui passe sous des influences diverses (excitation électrique, aimants, applications métalliques) d'un côté de l'autre du corps. Tout cela élimine l'hypothèse d'un trouble organique, d'autant plus que

## L'hystérie moderne

la suggestion peut faire disparaître le trouble. Les modifications des sentiments, de l'humeur, de l'activité psychiques sont rattachées selon Freud à « *des modifications de la distribution dans le système nerveux d'une quantité constante d'excitation* ». La rencontre historique de Breuer avec Anna O. date de 1880. On peut y voir le cas fondateur de la psychanalyse. Anna O., patiente de Breuer, initie Freud à la méthode psychologique. Il avance plusieurs propositions dans son article *Pour une théorie de l'attaque hystérique*, autour desquelles il va développer sa théorie :

Les symptômes hystériques sont attribués à l'impossibilité d'évacuer par les voies normales un trop-plein d'excitation. Ils permettent de rétablir un équilibre menacé et d'amener la « *somme d'excitation* » à un niveau constant. C'est la fonction économique du symptôme grâce auquel l'équilibre économique se rétablit.

Toutes les opérations de décharges anormales se font en dehors de la conscience claire du sujet, dans un état second de la conscience.

L'impossibilité de décharge normale ou le « *blocage de l'affection* » est attribuée soit à un état particulier de la conscience au moment où s'est produit le surplus d'excitation, soit parce que l'hystérique veut écarter, faire disparaître intentionnellement ce qui n'est pas acceptable pour la conscience.

Ces trois axes seront identifiés plus tard dans la théorie freudienne comme étant, respectivement, le point de vue économique, topique et dynamique. Freud élabore en une dizaine d'années sa théorie sur l'hystérie.

En 1893, dans la communication préliminaire co-signée avec Breuer, il dégagera le rôle de l'hypnose pour permettre la reviviscence des émotions et du traumatisme originaire, et ainsi la disparition du symptôme.

En 1893, il introduit dans *Pour une théorie de l'attaque* des notions nouvelles, telles que « *le clivage de la conscience* » et « *le retour au souvenir* », préfigurant l'inconscient freudien et le refoulement. Dans *Les psychonévroses de défense* en 1894, l'hystérie de conversion résulte d'une « *conversion* » de l'affect.

En 1895, dans les *Etudes sur l'hystérie*, le trouble névrotique naît de l'impos-

sibilité d'abréger les effets du traumatisme, l'hypnose permettant de remonter au traumatisme et d'en abréger les effets. Il confirme le rôle du refoulement et énonce : « *les hystériques souffrent de réminiscences* ». Dès 1895, le symptôme est la traduction d'un conflit psychique sous l'effet de forces psychiques qu'il appelle libido. Il ajoutera le « *retour du refoulé* » dans *Les nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense* en 1896.

Par la suite, trois textes fondamentaux de Freud questionneront la place du fantasme et son lien avec le traumatisme, *L'étiologie de l'hystérie* en 1896, et le rôle de la bisexualité dans leur constitution, *Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité* en 1908, *Considérations générales sur l'attaque hystérique* en 1909.

Selon Laplanche, dans son introduction, ces textes sont essentiels pour permettre de percevoir l'importance de la découverte du fantasme, ses différents avatars, son efficacité et son déguisement dans le symptôme et d'en dévoiler les structures fondamentales.

Le XIX<sup>e</sup> siècle voit un effort de classification dans le domaine des névroses. Ce concept, créé par Cullen, permet en 1895 à Freud d'isoler la névrose d'anxiété, tandis que Janet décrit la psychasthénie, et que le champ de l'hystérie s'étend à celui de la névrose phobique en raison de sa similitude structurale avec l'hystérie de conversion. Mais cet effort de logification est parasité par la plasticité des symptômes hystériques. Dupré introduit le terme de mythomanie (tendance plus ou moins volontaire et consciente à l'altération de la vérité, au mensonge et à la fabulation). La confusion règne entre la personnalité hystérique, déjà repérée par Sydenham, et la personnalité des hystériques. Ainsi, l'adjectif hystérique peut désigner un malade présentant des symptômes de « *conversion* » ou « *dissociatifs* » et une personnalité dite pathologique présentant des anomalies dans son comportement ou simplement un « *style relationnel* » marqué du sceau de l'histrionisme, de l'érotisation des rapports sociaux, de la dépendance affective, de la frigidité...

### Disparition de l'hystérie ?

L'inclusion de l'hystérie dans le champ des névroses va lui être fatale, avec la disparition de celle-ci des catégories nosographiques internationales. La dimension névrotique de l'hystérie implique la conscience du sujet de ses troubles, et l'absence de lésions organiques. Freud classa l'hystérie au sein des psychonévroses de transfert, dont les mécanismes de défense sont utilisés pour faire face à l'anxiété engendrée par le conflit oedipien, par opposition aux psychonévroses actuelles (angoisse, hypochondrie, neurasthénie) dont l'origine est à rattacher aux insatisfactions de la vie sexuelle, et aux psychonévroses narcissiques, qui englobaient le champ de la pathologie psychotique. A la suite des travaux de l'école de Saint-Louis, qui postulent une exigence de référence à des critères essentiellement opérationnels, les classifications diagnostiques anglo-saxonnes des maladies mentales éliminent, dès 1952, le concept de névrose et, par la suite, celui d'hystérie pour au moins deux raisons : l'une qui vise à satisfaire une approche épidémiologique rationnelle nécessitant l'élimination de la subjectivité clinique incompatible avec la recherche scientifique moderne, l'autre en relation avec l'abandon de la théorie psychogène des névroses. En effet, les classifications anciennes retenant tout substratum organique comme diagnostique différentiel de la névrose.

Désormais, la recherche a développé des modèles biologiques et pharmacologiques (chimiothérapie). Ainsi, les TOC seraient liés à un hyperfonctionnement des régions orbito-frontales, impliquant les noyaux caudés et le système de neuro-transmetteurs sérotoninergiques, anomalies décelables à l'imagerie fonctionnelle. Certains TOC de l'enfant pourraient être dus à une réaction auto-immune en lien avec une infection à streptocoque. Si l'imagerie et l'approche pharmacologique n'ont rien démontré à l'heure actuelle en ce qui concerne la pathologie hystérique, le démantèlement général du champ névrotique a entraîné sa fragmentation en deux grands types de troubles : d'une part, les troubles somatoformes pour les symptômes conversifs associés ou non à des anomalies de la personnalité type passif-dépendant ou histrionique, les douleurs psychogènes et les somatisations ; d'autre part, les troubles dissociatifs pour les amnésies psychogènes, la dépersonnalisation, la personnalité multiple... Si l'hystérie n'apparaît plus dans nos classifications actuelles, elle reste cependant un diagnostic à l'usage très répandu comme en témoigne une récente étude rapportant que 89 % des psychiatres portent encore ce diagnostic.

Tandis que l'hystérie, névrose de fantasme en lien avec des représentations sexuelles inavouables, disparaît des classifications, on assiste à l'émergence du champ des maladies psychosomatiques, théorisé par Marty et l'école de Paris dès les années 50. Celle-ci défend l'idée de l'absence de phénomènes d'érotisation, ou d'inscription symbolique dans les maladies somatiques qui n'apportent pas de solutions de compromis au conflit. Par ailleurs, elles procèdent à d'autres mécanismes mentaux que ceux du refoulement ; ce serait la répression qui serait le plus souvent présente, signant l'appauvrissement du fantasme. Ces travaux prennent appui sur la description de la névrose d'angoisse freudienne, dans laquelle une tension physique ne peut réussir à se décharger psychiquement et reste dans le domaine physique alors que dans l'hystérie, cette excitation psychique emprunte une mauvaise voie et mène à des réactions somatiques. On peut alors dire que la bascule dans le somatique signe un événement psychique, dont le processus doit s'interrompre et non être refoulé. Ainsi, quand aucun système psychique ne peut prendre en charge l'excitation et que les courts-circuits psychiques sont trop importants, l'économie du corps érotique est troublée ; l'étayage de la pulsion n'est plus assurée et la bascule dans le somatique est fréquente. L'extension du champ des phénomènes conversifs aux fibres lisses des organes digestifs (vomissements, douleurs digestives...) vide implicitement l'hystérie de sa substance symbolique. Dans l'hypochondrie, diagnostic différentiel traditionnel de l'hystérie, et ce dès l'Antiquité (en fait, on opposait l'hypochondrie masculine à l'hystérie féminine), on assiste à une recherche et à une reconnaissance de la maladie, plus qu'à une quête affective et de bénéfices secondaires. Avec sa dynamique de la demande, son attitude, son absence théorique de phénomène de conversion, peu réceptif à la relation ou à la négociation, l'hypochondriaque se présente devant le praticien sans les structures définies de personnalité que l'on peut retrouver chez les sujets obsessionnels, phobiques, anxieux, ou mélancoliques. Les formes modernes d'hystérie à type d'algie augmentent la difficulté de poser un diagnostic de façon formelle. De même, pour certains auteurs, l'hypochondrie n'est qu'une forme de vieillissement de l'hystérie, qui a perdu sa fraîcheur expressive, ayant évolué vers une névrose invalidante où les symptômes ont pris valeur de maladie.

### LIVRES

#### L'analyse des rêves Notes du séminaire de 1928-1930

Tome 1

Carl Gustav Jung

Préface et traduction de l'anglais de Jean-Pierre Cahen

Albin Michel, 28 €

Que le rêve soit la « *voie royale d'accès à l'inconscient* », voilà un point de la psychanalyse sur lequel Jung n'aura jamais transigé. En tant qu'héritier de la tradition néoplatonicienne, de la théologie mystique et de la philosophie romantique allemande, Jung envisage l'inconscient d'une manière différente de celle de Freud. Le rêve n'est pas, pour lui, le « *gardien du sommeil* ». Il ne demande pas à être décrypté pour en faire venir au jour le sens caché : selon la formule du Talmud, le rêve est, d'après Jung, son propre commentaire, et son interprétation consiste à en découvrir le sens interne. D'où le travail de comparaison avec des motifs mythologiques ou religieux, avec des formations symboliques telles que les révèlent l'ethnologie et l'anthropologie. Dans ce séminaire (1928-1930), Jung ne se contente pas de faire la théorie du rêve. A partir d'exemples concrets soumis à la discussion avec ses élèves, il livre, dans un style direct et vivant, sa méthode et sa pratique de la lecture symbolique des rêves.

#### Tabagisme et psychiatrie

Pratique en santé mentale

novembre 2005 n°4

Fédération d'aide à la Santé

mentale Croix-Marine, 11 €

Les auteurs sollicités pour ce numéro partent de points de vue très divers puisqu'ils sont tabacologue, addictologue, soignants en psychiatrie, chercheur, usagers... Et plus on les lit plus on prend conscience de l'importance des enjeux cliniques et institutionnels sous-jacents à la question apparemment rebattue et technique du tabagisme en psychiatrie.

Ce numéro a pour objectif de donner matière à réflexion et de sortir les débats du tabac des chemins législatifs, réglementaires et conflictuels dans lesquels ils s'enlisent parfois.

#### Rectificatif

Dans sa critique de mon livre *Danse avec l'inconscient*, édité par Calmann Lévy, votre collaborateur, Michel Goutal, évoque l'une des « *nouvelles* » figurant en fin d'ouvrage et ose affirmer, à mon sujet, en tant que psychothérapeute : elle n'hésite pas à « *sauter le pas* ». Il laisse entendre qu'il m'arrive de séduire mes patient(e)s, de voyager avec eux, de les pousser à diverses transgressions. M. Goutal termine son article par le propos injurieux suivant « *Curieuse psycho (?) thérapie (?)*, tout de même... ».

Il ne peut pourtant ignorer que mon livre est composé de deux parties, la première, réelle, consacrée à mon expérience clinique, et la seconde, de pure fiction, ce que j'ai clairement annoncé en page 207 dans les termes suivants « *et, si vous me lisez, ne le faites pas au premier degré* ». Je précise, aussi, qu'il s'agit de métaphores, de fiction et de créativité.

J'ose espérer que la confusion qu'il a commise entre les deux parties de l'ouvrage et qui porte gravement atteinte à ma réputation professionnelle, résulte d'une méprise, liée à un simple survol du livre, et non à une volonté délibérée de me nuire.

Afin de lever toute ambiguïté, vous voudrez bien publier ce rectificatif.

Francesca Champignon

### La démographie professionnelle, la formation et les métiers

En attendant, il nous est important d'insister sur les solidarités intra et inter-régionales. Si le numerus clausus augmente et donc le nombre d'internes, ne pourrait-on envisager d'introduire des mécanismes permettant de les affecter prioritairement dans les régions, ou les inter-régions, moins pourvues, tout en régulant les installations ?

Si nous examinons les rapports entre l'exercice des psychiatries publique et libérale, que voyons-nous ? D'après une enquête francilienne concernant la schizophrénie, celle-ci représenterait 4% de la clientèle des médecins généralistes et 9,7% de celle des psychiatres libéraux\*.

Dans le secteur public, elle doit représenter 30 à 40%, sinon plus. Si l'on ajoute à cela la part des urgences, des hospitalisations sous contrainte, des marginaux qui sont plus rarement l'apanage des psychiatres libéraux, on perçoit que, de plus en plus, le traitement des cas graves s'appesantit sur le secteur public. La situation est analogue pour les cliniques privées qui accueillent des patients moins sectorisés et plus coopératifs, tandis que la psychiatrie publique locale souffre et s'expose. L'intérêt

d'une planification conjointe n'est pas douteux. Su ce plan, l'expérience qui va être menée par l'« *Unité de Coopération de Secteur* » de la Clinique d'Orgement à Argenteuil sera d'un intérêt particulier.

Un autre aspect, qui rend exaspérante la situation de la démographie médicale en psychiatrie, n'est pas tant qu'elle diminue : après tout, bien des pays ne s'en tirent pas plus mal que la France, avec un taux de psychiatres sensiblement moins élevé. Mais les généralistes, dans ce pays, jouent un rôle pivot (20 à 30% ds consultations de médecine générale relèvent d'un trouble de santé mentale). Dans certains territoires, ils vont manquer autant que les spécialistes. Les psychologues, qui pourraient représenter une alternative dans un dispositif de santé mentale de première ligne, ne jouent pas ce rôle, mais le projet de master de psychologie clinique représente une ouverture. (14)

\*Implication de la médecine libérale dans la prise en charge des soins psychiatriques en Ile-de-France, URML Ile-de-France, Commission des conditions d'exercice, février 2000. Etude réalisée par la SANESCO sur un échantillon de 4430 patients auprès de 284 médecins franciliens.

## LIVRES

**La psychologie des sentiments**

Théodule Ribot

Avec une introduction de Serge Nicolas

L'Harmattan, 38 €

Il s'agit de la réédition fac simile de la version originale (1896) du livre fondateur de la psychologie affective de Ribot où l'auteur aborde l'étude fondamentale des sentiments.

Ribot a cherché, aussi, à combattre l'intellectualisme et à montrer que le sentiment est un fait primitif qui ne se ramène à aucun autre.

Il distingue, dans la vie affective, plusieurs périodes : d'abord, celle de la sensibilité vitale ou organique sans conscience ; puis, celle des besoins, c'est-à-dire des tendances purement vitales ou physiologiques avec la conscience en plus ; ensuite, celle des émotions primitives ; enfin, celle des sentiments supérieurs. L'idée fondamentale du livre est que la vie affective est antérieure à la vie intellectuelle, le sentiment est un fait primitif et ne dépend pas des idées, ce n'est pas une intelligence confuse ; l'émotion est faite de tendances (états moteurs, mouvements naissants), et d'états de conscience, agréables ou désagréables. La tendance, qui s'appelle désir ou appétit, est antérieure au plaisir et à la douleur, et le plaisir et la douleur proviennent de ce que la tendance a été satisfaite ou non.

**Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue Française****Addictions et psychiatrie**

Michel Reynaud et coll.

Masson

Les travaux récents traitant des conduites addictives ont largement contribué à mieux comprendre, et donc soigner leurs différents aspects. Michel Reynaud et ses collaborateurs en font une synthèse pertinente. Après une approche générale des addictions, notamment neurobiologique, ils détaillent les spécificités liées aux produits, sans omettre les plus récents. Une part importante est faite à l'imagerie cérébrale. Une dernière partie consacrée aux psychothérapies souligne l'intérêt des thérapies cognitivo-comportementales et des prises en charge familiales.

A. Ordas

**Indispensables séparations**

L'Escabelle

Textes rassemblés par Christian Robineau

Erès, 6,50 €

L'Escabelle est une association de recherche et de formation travaillant dans le champ du soin et de la prévention destinée à l'enfant jeune ou à naître et à sa famille.

La période périnatale est concernée par d'inévitables césures pour le fœtus/bébé et ses parents : de la conception jusqu'aux premiers pas sans appui, ces passages sont fondamentaux pour initier les passions et la raison de notre condition humaine. Naissance, départ de la maternité, présence/absence de celles et ceux qui prennent soin de l'enfant, sevrage, fin des congés parentaux, premières sorties du nid parental pour aller chez la nourrice, à la halte-garderie, à la crèche... sont des étapes essentielles sur le chemin paradoxal de la « séparation/individuation ». En traversant ces crises maturatives, l'enfant conquiert l'unité et la complexité de son identité, et intègre la communauté familiale et sociale.

**L'hystérie moderne**

Actuellement, dépression et tétanie, syndrome de fatigue chronique et spasmophilie sont les formes présentables de la névrose.

De nouveaux syndromes font ainsi leur apparition, comme la fibromyalgie, qui pourrait représenter une forme de défense en marge des standards biomédicaux, ce qui n'est pas sans rappeler les formes prises par l'hystérie au siècle dernier. Si ce trouble n'est pas rangé dans la catégorie des troubles mentaux mais rattaché à un faisceau de symptômes à expression psychosomatique, il semble être le descendant lointain de la neurasthénie ou de la spasmophilie. Il associe un certain nombre de signes cliniques à des sensations douloureuses chroniques péri-articulaires et musculaires, de type d'hyperalgésie secondaire (perception anormalement douloureuse après des stimuli nociceptifs), ou d'algodynies (sensation douloureuse après des stimuli non algogènes). Cette entité se traduit par des symptômes interrogeant tout le champ des spécialités médicales (syndrome prémenstruel, douleurs pelviennes chroniques, intestin irritable...), dans un contexte de contagion sociale,

et en association fréquente avec des désordres émotionnels (antécédent de maltraitance, abus sexuel...). L'expression des troubles algiques chroniques rattachés au diagnostic global de fibromyalgie pourrait être une expression contemporaine de l'hystérie, à l'heure de l'imagerie cérébrale ; les douleurs anciennes neuromusculaires de l'appareil locomoteur s'évanouissent ainsi en cent endroits dans les manuels de médecine (fatigue, insomnie, anxiété...). La dépression renvoie aux mêmes interrogations que celles qui sont suscitées par la fibromyalgie dans la mesure où elle emprunte une liste de symptômes commune avec celle de la neurasthénie au siècle dernier. La dimension névrotique de la dépression n'est-elle pas une résultante de la problématique sexuelle hystérique refoulée ? Le traumatisme sexuel inaugural de la névrose réduit au fantasme de séduction ne réapparaît-il pas dans l'abus sexuel si dénoncé ? Dans le même cadre d'idée, le symptôme majeur des maladies dépressives reste le risque suicidaire, mais toute conduite suicidaire n'implique pas, systématiquement, un état dépressif chez le suicidant. Certains auteurs postulent ainsi que la tentative de suicide, comme résolution de

la culpabilité, pourrait être une forme de conversion hystérique moderne. L'individuation de la dépression en entité diagnostique, a répondu initialement à des critères pharmacologiques, en lien avec l'efficacité des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, ce qui a induit un raccourcissement des prises en charge psychothérapeutiques, sous l'action conjuguée d'impératifs sociaux (adaptation au rythme de la vie moderne) et économiques (activité de lobbying importante). On assiste ainsi au déclin même de l'idée d'une structure inconsciente, dont une illustration pourrait être la disparition de l'hystérie de nos classifications diagnostiques. ■

César Castagné

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

**Bibliographie**

BOURGEOIS M, *La mise en pièces de l'hystérie dans la nosographie contemporaine*, Annales médico-psychologiques, 146, 6, 552-562.

DEVANTOY R, *Lecture contemporaine de l'hystérie*, Mémoire des journées de Fontevraud, 2005.

DUCHER J-L, *L'incroyable diagnostic d'hystérie*, Synapse, 2002, numéro 182.

FREUD S, *Les psychonévroses de défense*,

1894, trad. Laplanche.

*Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1984.

FREUD S, *L'étiologie de l'hystérie*, 1896.

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

FREUD S, *Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité*, 1908.

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

FREUD S, *Inhibition, symptôme et angoisse*, Traduit par M. Tort, Paris, PUF, 1968.

GOROG F, *L'hystérie, éloge de la sexualité moderne*, Nervure, Tome XV, n°7, Octobre 2002.

HARRUS-REVIDI, G, *L'hystérie*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 1997.

KESSELER V, PORTIER A, *La tentative de suicide, une forme de conversion hystérique ?* Nervure, Tome XV, n°7, Octobre 2002.

POMMIER G, *Les corps angéliques de la post-modernité*, Calmann-Lévy, 2000.

ROSOLATO G, *Hystérie, névrose d'inconnu*, Topique, numéro 41.

SEULIN C, *Aux confins de l'hystérie : la douleur comme forme de conversion*, Rév. Franç. Psychosomat., 25 / 2004.

SORDET-GUEPET H, *L'insaisissable fibromyalgie*, L'évolution psychiatrique, 2004, 69, 671-689.

TRILLAT E, *Histoire de l'hystérie*, Paris, Seghers, 1986.

## Un tiers des morts subites du nourrisson du registre épidémiologique de l'Inserm n'en sont pas pour la justice

Un tiers des morts subites du nourrisson enregistrées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDC) n'en sont pas pour les parquets, selon une étude menée dans trois régions françaises.

Les résultats de cette étude ont conduit à la mise au point d'une conférence de consensus dont le thème « *Les morts inattendues de nourrissons : les repérer, les prendre en charge, les prévenir* » a été retenu par la Haute autorité de santé (HAS) pour 2006.

La mortalité avant l'âge d'un an, en France, reste plus élevée qu'à tous les autres âges de l'enfance. Elle concernait 3.393 cas en 2000.

Or les statistiques nationales et officielles de mortalité révèlent, dans cette tranche d'âge, des phénomènes troublants comme un pourcentage non négligeable de morts de causes inconnues ou non déclarées, un taux très élevé de décès dits accidentels, peu probables à cet âge où l'enfant a peu de capacités d'être acteur de son accident, et, en revanche, un petit nombre annuel d'homicides, ce qui semble peu réaliste compte tenu des milliers de cas de mauvais traitements signalés annuellement.

L'équipe d'Anne Tursz, Directeur de recherche Unité Inserm 502, Cermes, a mené une étude auprès des parquets d'Ile-de-France, de Bretagne et du Nord-Pas-de-Calais (soit 27 parquets), entre juin 2002 et mai 2005.

L'un d'eux a refusé de participer tandis que dans deux autres (Bobigny en Seine-Saint-Denis et Cergy-Pontoise dans le Val-d'Oise), le recueil demeure en cours du fait de problèmes d'archivage ou de difficultés d'accès à certains cas.

Ces régions ont été choisies car elles étaient les seules à avoir, auparavant, fourni des données exhaustives dans une enquête hospitalière au niveau national sur les « *décès inattendus* », survenus chez des nourrissons exempts de toute pathologie ou malformation connue, s'intéressant en particulier aux cas d'enfants « *trouvés décédés* ».

L'objectif était d'évaluer l'amplitude du problème des homicides de nourris-

sons, de caractériser les familles et les circonstances, d'analyser les relations entre les secteurs judiciaire, médical et social et d'évaluer la contribution des données judiciaires et médico-légales à la qualité des statistiques nationales de mortalité établies par le CépiDC.

Sur 218 cas recueillis, une mort de cause médicale naturelle n'a été établie dans le dossier que dans 16% des cas.

La cause du décès était, dans 31% des cas, une mort suspecte ou violente, c'est-à-dire pour laquelle une cause intentionnelle est suspectée ou une mort violente dont l'origine intentionnelle a été clairement établie. Dans 27% des cas, le dossier mentionnait une mort subite « *inexpliquée* » du nourrisson, définie comme telle après une investigation approfondie incluant l'autopsie, l'examen de la scène du décès et la revue de l'histoire clinique.

Une mort accidentelle était établie dans 17% des cas. Enfin, dans 9% des cas, le dossier indiquait une mort de cause non déterminée.

Toutefois, les investigations réalisées ne sont pas toujours consignées dans le dossier. Certains mentionnent, néanmoins, qu'elles n'ont pas été faites. Ainsi, dans 40% des cas de diagnostic de mort subite du nourrisson, mais aussi dans 8% des cas de conclusion à une mort suspecte ou violente, une autopsie n'avait pas été faite. L'absence déclarée d'autopsie concernait au total 25% des décès.

Le croisement des données recueillies dans les parquets avec les statistiques du CépiDC montre que sur les 59 morts subites du nourrisson du CépiDC, seulement deux tiers sont qualifiées comme telles par les parquets. En outre, un quart des morts de « *causes inconnues ou non précisées* » du CépiDC sont des morts suspectes ou violentes pour les parquets. Dans ces cas, les données d'instituts médico-légaux n'ont pas été transmises au CépiDC, ainsi qu'un tiers des morts codées comme « *accidentelles* » au CépiDC.

Quant aux homicides, leur nombre est, à l'évidence, sous-évalué puisque seulement 8 ont été enregistrés au CépiDC contre 54 par les parquets,

pour lesquels des poursuites ont été engagées.

**Des facteurs de risque psychosociaux et un manque de coordination entre intervenants**

Les morts suspectes ou violentes (67 cas) étaient liées dans près de la moitié des cas (31) au syndrome du bébé secoué, dont encore la moitié présentaient des signes de coups ou de chocs. Il s'agissait pour les trois-quarts de garçons de moins de 6 mois. Pas moins d'un tiers de ces bébés secoués avaient des antécédents de maltraitance, généralement connus de la Protection maternelle et infantile ou de la Justice. Dans ces cas, le manque d'investissement affectif jouait un rôle plus probable que d'éventuelles difficultés socio-économiques. « *Il apparaît que, dans certains cas, des parents dotés d'un bagage intellectuel de haut niveau sont incapables de répondre aux besoins quotidiens (physiques et affectifs) d'un bébé* ».

Une autre partie majeure des morts suspectes ou violentes étaient des morts à la naissance par asphyxie, noyade ou abandon sans soins. Pour moitié, il s'agissait du 3ème enfant d'une fratrie ou, plus souvent, la mère ne prenait pas de contraception et son conjoint ne souhaitait plus d'enfant.

L'analyse de ces cas de décès suspects à la naissance « *souligne le rôle de l'isolement affectif et social des mères, sans qu'on puisse établir un lien avec la précarité* ».

L'enquête met, également, en exergue des décès répétés dans une même fratrie ainsi que des signalements à la PMI n'ayant pas permis la prévention de telles répétitions, ce qui soulève la question de la coordination entre les différents acteurs intervenant dans la protection de l'enfance. Elle souligne la rareté des contacts pris par la justice avec les services sociaux au sujet d'une famille en cas de mort suspecte (dans 34% des cas).

**Améliorer le respect des protocoles standardisés d'investigation**

Cette étude montre que les causes de décès sont parfois déterminées sans toutes les investigations nécessaires, entraînant un manque de fiabilité des statistiques nationales de mortalité, qui constituent pourtant le principal outil de définition et d'évaluation des politiques de santé publique. D'où l'importance d'améliorer ces statistiques, notamment en respectant les protocoles standardisés d'investigation de la mort subite du

nourrisson et en retransmettant au CépiDC les données des instituts médico-légaux. Il apparaît donc nécessaire d'améliorer les pratiques professionnelles face aux décès inattendus de nourrissons, par la standardisation des protocoles à suivre devant toute mort, quelle qu'en soit la cause et sans préjuger de celle-ci, mais aussi par l'organisation de collaborations et la définition des formations initiales et continues nécessaires. Ce sera le but de la conférence de consensus prévue en 2006, qui devrait permettre d'aborder la notion d'intentionnalité, essentielle dans le cas du syndrome du bébé secoué.

Les résultats de cette étude plaident pour des stratégies de soutien à la parentalité et de rupture de l'isolement de certains parents, comme le prévoient certaines mesures des plans *Périnatalité et Psychiatrie et santé mentale*, avec en particulier l'entretien au cours du 4ème mois de grossesse, destiné à favoriser l'établissement du lien précoce parents-enfant.

Les stratégies de prévention de la maltraitance à mettre en place ne doivent pas viser des cibles inappropriées, sur la base de « *présupposés* » tels que l'association entre précarité et maltraitance ou entre néonaticide et grossesses d'adolescentes. Elles doivent toucher toute la population et de manière aussi précoce que possible.

Les données sur les trois régions étudiées ne sont pas forcément extrapolables à la France entière, mais il paraît difficile de mener la même enquête auprès des autres régions s'il n'existe pas de recensement exhaustif des décès inattendus. Quant à savoir si ces données permettent de réévaluer le nombre de véritables morts subites du nourrisson, cela nécessite de croiser toutes les données des parquets, des hôpitaux et des CépiDC. Il reste, cependant, un nombre non négligeable de décès considérés comme des morts subites du nourrisson mais sans autopsie comme le montre l'étude parce que, dans certains, cas la famille refuse l'autopsie en milieu médical.

Il apparaît aussi que ces autopsies ne sont pas forcément proposées « *avec beaucoup d'énergie* » car elles engagent dans certains établissements un processus compliqué, ou encore parce que les enfants décédés n'arrivent pas forcément à l'hôpital car la consigne a été donnée au SAMU de demander directement aux parents s'il veulent une autopsie ou non, auquel cas l'enfant n'est pas amené. ■

G.M.

# Réflexions à propos de la recommandation de l'HAS sur l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement

notamment pour les psychiatres urgentistes, aboutissant à des indications extensives d'hospitalisations sans consentement alors même que les hôpitaux croulent sous la demande de places d'hospitalisation à temps plein, plus nombreuses que ne le permet la capacité d'accueil.

Il n'en demeure pas moins que la recommandation, telle qu'elle doit maintenant figurer en bonne place dans les documents immédiatement consultables dans chaque service d'accueil psychiatrique, voire dans le bureau de chaque psychiatre, mérite que l'on s'y arrête pour souligner ses apports les plus significatifs mais également les espaces de liberté qu'elle laisse subsister et les interrogations qu'elle continue à poser sur certains aspects de la prise de décision dans un domaine que chacun sait particulièrement ardu, complexe et mouvant.

En première intention, sans le recul d'une utilisation de quelques années de cette recommandation et des conséquences sur sa pratique, il apparaît logique de proposer une réflexion suivant le plan retenu par le groupe de travail. Nous nous intéresserons donc successivement à des questions d'ordre général puis aux recommandations relatives à l'évaluation du patient et de son entourage, ensuite à l'évaluation de la capacité à consentir du patient puis aux indications de l'hospitalisation sans consentement pour terminer par quelques mots relatifs aux modalités d'hospitalisation sans consentement.

## Remarques générales

La recommandation souligne d'abord le faible niveau de preuves apporté par la littérature disponible sur le thème, ce qui a conduit, selon elle, à ce que la totalité des recommandations relève de l'accord professionnel. Certains, qui ne retrouveront pas leur pratique dans cette recommandation se demanderont s'il s'agit bien d'un accord professionnel ou simplement d'un consensus « mou » au sein du groupe de travail. On peut, sans doute, regretter à cet égard que la littérature française n'ait pas pu être correctement intégrée aux références étudiées par le groupe de travail, probablement en raison de l'insuffisance de la qualité des moteurs de recherche prenant en compte les revues françaises, qui pour la plupart ne sont pas indexées dans les moteurs de recherche internationaux habituellement utilisés par l'HAS pour ses études. Sans doute, faut-il aussi incriminer l'absence d'études de qualité en France, ce qui est particulièrement dommageable dans la mesure où sur un sujet comme celui-ci, les études étrangères sont de peu d'utilité puisque l'aspect à la fois culturel, propre à la manière d'envisager les soins psychiatriques, et législatif, est particulièrement important, n'autorisant aucune inférence d'une pratique étrangère à la pratique française.

Il est, évidemment, utile sur ce sujet de donner une place importante au cadre légal, ce que fait correctement la recommandation non seulement en sollicitant toutes les ressources de la loi du 27 juin 1990 mais également celle du 4 mars 2002, et d'un certain nombre d'autres textes ayant trait à la notion de consentement. Cette dernière est d'ailleurs approfondie par un détour utile relatif à la philosophie du Droit et à des grands principes. Il est dommage, comme on le verra ci-après, que l'insuffisance des recherches et des

publications sur la notion de consentement et ses rapports avec la maladie mentale n'ait pas permis d'aboutir à une réflexion plus avancée sur les modalités d'évaluation de la capacité à consentir et ses conséquences sur la pratique dans le domaine de l'hospitalisation.

De manière générale, également, la recommandation fait état de quelques données épidémiologiques malheureusement un peu anciennes puisque le groupe de travail s'est réuni essentiellement durant l'année 2003, ne disposant pas des chiffres les plus récents. On ne peut pas faire abstraction de l'augmentation régulière des hospitalisations sans consentement depuis une décennie, même si les outils pour en comprendre l'origine et les rapports avec la pratique psychiatrique ou la politique de soins restent difficiles et incertains. La comparaison entre la pratique française et les pratiques étrangères est certes utile et très intéressante et justifierait une analyse plus approfondie pour déterminer si les législations des autres pays de la communauté européenne peuvent avoir un intérêt et une incidence sur les modalités d'hospitalisation, sur la qualité des soins, en d'autres termes s'il y aurait lieu de s'y référer pour envisager une réforme de la loi du 27 juin 1990 (Salize HJ et al. *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients. Legislation and practice in EU-member states*. Mannheim, 2002).

Dans un court chapitre sur les principes généraux de la prise en charge, on relève que la recommandation fait une part importante à la pratique de secteur et aux structures qui sont maintenant mises en place sur tout le territoire, notamment les CMP. Elle insiste, également, sur la nécessité d'une bonne coordination, mais aussi sur l'utilité du raccourcissement du circuit du patient pour aboutir à l'hospitalisation. Dans une optique purement médico-légale ces aspects doivent retenir toute l'attention des praticiens car ils seront sûrement pris en compte en cas de procédure judiciaire et chacun sait que ce sont souvent des retards liés à une organisation un peu déficiente, ou à un manque de coordination qui aboutissent à des passages à l'acte que l'on peut ensuite reprocher aux acteurs intervenus sans efficacité suffisante. Enfin, dans les principes généraux il est également utile de souligner que dès le début de la recommandation mais aussi dans ses conclusions, l'HAS insiste beaucoup sur des actions de formation initiale et continue relatives à la loi mais aussi à ses modalités de mise en œuvre.

## Evaluation du patient et de son entourage

Il est intéressant de souligner que le groupe de travail n'a pas oublié de mettre en perspective les troubles du patient et la capacité de l'environnement social et familial à les comprendre et à les prendre en compte. Il est, peut-être, dommage que cette partie soit relativement peu développée aussi bien dans la recommandation que dans son argumentaire. Ce manque est manifestement en relation avec un nombre insuffisant d'études sur le sujet comme en témoigne le fait que l'argumentaire ne fasse référence qu'à une publication portant sur trois mères d'adultes schizophrènes. Mais alors le consensus professionnel aurait pu prendre toute sa place. La qualité de l'entourage, sa

capacité à soutenir ou, au contraire, à contrecarrer les propositions des médecins, la dynamique sociale mais surtout familiale autour du patient, sont autant d'éléments qui peuvent avoir un impact considérable sur le choix de la décision définitive.

Pour ce qui est de l'évaluation du patient, c'est sans surprise que l'on retrouve un chapitre portant sur l'examen somatique. On sait, en effet, que ce sont dans ces situations d'urgence, face à des patients peu aptes à donner leur consentement et donc souvent à expliquer correctement l'origine de leurs symptômes que peuvent être

masqués des troubles dont l'aspect psychiatrique n'est que la conséquence de désordres physiques et biologiques parfois importants. On retiendra avec intérêt et beaucoup de crainte que parmi les examens imposés figure la glycémie capillaire qui n'est pas toujours simple à réaliser en ambulatoire strict mais surtout, qu'en cas d'agitation, il est recommandé « dès que possible une oxymétrie de pouls » ce à quoi les psychiatres urgentistes sont loin d'être habitués. On sait que cette recommandation résulte d'un travail réalisé peu de temps auparavant par la société française de médecine d'urgence. Il est dommage d'introduire ce type d'obligation à l'occasion d'une hospitalisation, a priori pour motif psychiatrique, sans l'entourer d'un certain nombre de précautions pouvant justifier qu'elles ne soient pas réalisées faute de moyens. La recommandation fait une place importante aux techniques de sédation et, éventuellement, d'immobilisation du patient. La forme du texte à ce propos et la terminologie employée

## Dépistage de l'autisme : la HAS recommande la surveillance systématique du développement de la communication sociale chez les moins de 3 ans

La Haute autorité de santé (HAS) recommande aux professionnels de santé la surveillance systématique du développement de la communication sociale au cours des trois premières années de l'enfant\*. Elaborées à la demande de la Fédération française de psychiatrie (FFP), ces recommandations pratiques comportent deux parties, l'une destinée aux professionnels de santé de première ligne (médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires) et l'autre, aux équipes spécialisées dans l'autisme. Elles s'inscrivent dans une volonté des familles et des professionnels de renforcer le dépistage précoce de l'autisme pour faciliter une prise en charge précoce de ce handicap.

Pour les professionnels de première ligne, la HAS rappelle que le diagnostic peut être établi dès l'âge de 2 ans et « repose sur un faisceau d'arguments cliniques recueillis dans des situations variées par différents professionnels ». « Un professionnel suspectant un autisme mais qui ne peut assurer la procédure diagnostique décrite doit adresser l'enfant le plus tôt possible à une équipe spécialisée en préparant sa famille et en favorisant les conditions de l'accueil de l'enfant et de sa famille auprès de cette équipe ». Il est également « fortement recommandé que le développement de la communication sociale fasse l'objet d'une surveillance systématique au cours des trois premières années, dans le cadre des examens de santé au même titre que les autres aspects du développement ».

Pour rechercher des signes d'alerte, la HAS incite les praticiens à utiliser comme base l'interrogatoire des parents afin de recueillir des éléments sur la réactivité sociale de l'enfant et un examen de l'enfant permettant de l'observer et de le solliciter sur un temps suffisant dans l'interaction avec son environnement. Les experts détaillent les signes d'alerte devant faire penser à l'autisme, comme une régression dans le développement du langage et/ou des relations sociales ou des antécédents d'autisme dans la famille.

Chez les enfants de moins de 3 ans, quelques signes ont une valeur d'alerte importante et doivent conduire à demander rapidement l'avis de spécialistes, comme l'absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois, l'absence de mots à 18 mois, l'absence d'association de mots (non en imitation immédiate) à 24 mois et la perte de langage ou de compétences sociales quel que soit l'âge.

Cernant l'information à donner aux parents avant l'établissement du diagnostic, il est recommandé de ne pas annoncer un diagnostic avant les résultats de l'évaluation pluridisciplinaire et de ne pas utiliser le terme « autisme » chez un enfant de moins de 2 ans ou en cas de doute diagnostique et d'utiliser plutôt la notion de « trouble du développement » dont la nature est à préciser.

### Pour les équipes spécialisées dans l'autisme

Pour les équipes spécialisées dans l'autisme, les experts soulignent que le « diagnostic nécessite une équipe pluridisciplinaire entraînée à l'examen du développement de l'enfant, notamment dans ses aspects psychopathologiques et ayant une bonne connaissance de ce qui peut être proposé aux parents en termes de soins, d'éducation, de pédagogie et d'accompagnement de l'enfant ».

Cette équipe doit être en relation avec les professionnels susceptibles d'assurer les consultations génétique et neurologique. Ces équipes peuvent être localisées en Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), consultation médico-psycho-pédagogique (CMPP), cabinet de praticiens libéraux coordonnés entre eux, service de psychiatrie infanto-juvénile, service de pédiatrie, unités d'évaluation ou centre de ressources autisme (CRA). Le diagnostic devra se faire, si possible, à proximité du domicile familial pour « en faciliter l'accessibilité et pour favoriser les liens entre professionnels ».

Les experts souhaitent que le diagnostic soit « immédiatement articulé aux actions de prise en charge » et recommandent aux équipes qui effectuent le diagnostic et aux professionnels qui participent à la prise en charge de travailler en concertation.

Les recommandations détaillent les outils diagnostiques et d'évaluation et indiquent les procédures diagnostiques à suivre, ainsi que les modalités d'information des familles. Les experts listent, également, les troubles et les maladies associés à l'autisme à rechercher et les investigations complémentaires à réaliser. ■

F.C.

\*Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme, www.has-sante.fr

## LIVRES

### Regards croisés sur les droits de la famille et du patrimoine

Textes réunis par Mathieu Doat et Muriel Rebourg  
Préface de Reynald Ottenhof  
L'Harmattan, 27 €

Comme l'indique son titre, ce livre d'hommage au Professeur Alain Le Bayon aborde le droit de la famille ou celui du patrimoine. Au premier de ces deux thèmes se rattachent les contributions de Mathieu Doat (*Les figures de la famille dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme*), d'Agnès Louis-Pécha (*La notion de couple non cohabitant*), de Jacques Mulliez (*La paternité dans l'œuvre de Diderot*), de Bernard Puill (*La responsabilité du fait du mineur après la disparition de la condition de cohabitation*), de Marie-Hélène Renaut (*Le délit d'abandon de famille ou le droit pénal, bras armé du droit civil*) et de Béatrice Thomas-Thual (*La famille du fonctionnaire*). Le thème du patrimoine est traité par Jean-Marie Becet (*Patrimoine et littoral - la loi littoral envisagée à l'aune de la notion de patrimoine*) et Jean Michel Huon de Kermadec (*Personnes publiques et droit à l'image des biens*). D'autres auteurs ont associé les deux thèmes, soit en traitant de sujets relevant du droit patrimonial de la famille (Marguerite Jourdain, *Les règlements amiables des intérêts patrimoniaux des époux dans les ruptures contentieuses* ; Olivier Lucas, *La Convention européenne des droits de l'homme et le droit patrimonial de la famille*), soit en recherchant dans « la fabrication des pères » un éclairage sur le recours fréquent à la notion de patrimoine en droit de l'environnement naturel et culturel (Véronique Labrot, *Réflexions sur la patrimonialisation*).

### Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France

Philippe Camberlein  
2ème édition  
Dunod, 39 €

L'auteur propose de comprendre la logique inhérente aux diverses interventions sociales et médico-sociales à partir du cadre juridique et administratif qui les fonde. Partant des diverses lois et dispositifs qui apparaissent à mesure de l'évolution des besoins et de sa traduction dans les politiques sociales, il en offre une triple lecture : les institutions et les acteurs, les dispositions identifiées selon un critère catégoriel, sectoriel ou transversal, le droit des usagers.

### Le contentieux devant les juridictions de la tarification sanitaire et sociale

Grégory Aubry et Vincent Rousselet  
Les études hospitalières, 60 €

Directeurs d'établissement sanitaire et social, Grégory Aubry et Vincent Rousselet détaillent les décisions administratives susceptibles de faire l'objet d'un recours et présentent les juridictions compétentes. Ils précisent les règles générales applicables devant les juridictions administratives de droit commun et les règles particulières applicables devant les juridictions administratives spécialisées. L'ouvrage est composé de trois parties portant sur une tarification des institutions sanitaires et sociales en évolution, la procédure contentieuse devant le juge du tarif et l'application des décisions du juge du tarif.

## LIVRES

**Ethique, justice et médecine**

Emmanuel Hirsh et Jean-Claude Magendie

Editions Vuibert, 30 €

Issu des rencontres d'éthique organisées depuis 2001 au tribunal de grande instance de Paris, cet ouvrage traite des questions d'éthique professionnelle dans les domaines de la justice et du soin. Rédigé sous la direction du responsable de l'espace éthique de l'AP-HP, Emmanuel Hirsh, et du président du TGI de Paris, Jean-Claude Magendie, il aborde la question de la transparence, du secret et du respect de la vie privée, mais aussi de la responsabilité et de l'égalité face à la décision, ainsi que de la préservation et de la défense des intérêts de la personne.

**Le calcul économique en santé****Méthodes et analyses critiques**

Didier Castiel

Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 29 €

Ce livre qui ne se présente pas comme un énième manuel, fournit des éléments pertinents pour la lecture et la compréhension des études économiques. Son approche se veut nécessairement pluridisciplinaire.

Afin de faciliter la lecture, une présentation sous forme de fiches pédagogiques regroupe cinq thèmes principaux :

- approche historique ;
- méthodes d'évaluation de l'efficacité des actions de santé ;
- méthodes d'évaluation des coûts des actions de santé ;
- mise en rapport de l'efficacité et du coût ;
- vers un outil d'allocation des ressources dans les systèmes de santé. Cet ouvrage repose sur la nécessité d'une clarification des méthodes. Certains économistes de la santé pratiquant le calcul économique en santé l'ayant toujours refusé par crainte de dévaloriser leur fonds de commerce en méthodes à la disposition d'un large public. L'auteur souhaite que chacun, tout en conservant à l'esprit les éléments permettant une analyse critique de l'outil, puisse disposer de règles pertinentes pour mener une lecture critique des études économiques en santé, voire même pour décoder les résultats de ces études.

**Démarche qualité et services aux personnes à domicile**

Christophe Pelletier

Dunod, 25 €

S'inscrivant dans le contexte du développement des services à la personne, la démarche qualité s'est imposée au secteur social et médico-social. Elle constitue l'un des moyens des réformes à l'œuvre dans ce secteur, en particulier celles relatives au renforcement du droit des usagers et à la logique d'évaluation interne et externe prévues dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002.

La norme NF X 50-056 « Services aux personnes à domicile » permet d'améliorer le fonctionnement et les pratiques des structures et associations dispensant aides, soins et services domicile et de mieux répondre à un niveau croissant des attentes et des besoins.

A l'aide d'exemples concrets, cet ouvrage dispense méthode et outils permettant de construire un système qualité dont les dispositions en matière d'organisation, de moyens et de documents assureront la conformité à la norme NF et conduiront à la certification.

**Le réseau documentaire Ascodocpsy lance un thésaurus en psychiatrie**

Le réseau documentaire en santé mentale Ascodocpsy lance début 2006 un thésaurus en psychiatrie, qui sera accessible gratuitement en ligne.

Le thésaurus SantéPsy, élaboré durant deux ans par les documentalistes du réseau, veut devenir la référence francophone pour la documentation en santé mentale. Les deux responsables du projet sont Nathalie Berriau, coordinatrice du réseau, et Viviane Beltrame (centre hospitalier Paul Guiraud de Villejuif, Val-de-Marne), responsable de la commission thésaurus.

Le thésaurus, langage d'indexation et de recherche documentaire, permet un classement des documents (articles, rapports...) à l'aide de mots-clés, qui servent ensuite à trouver les références pertinentes lors d'une recherche sur un sujet. SantéPsy est déjà utilisé par les documentalistes du réseau Ascodocpsy. Il a été testé durant l'année 2004 et revu par des experts (médecins, psychiatres, directeurs d'hôpital, directeurs des soins, psychologues, pharmaciens), pour s'assurer de sa pertinence et de son utilisation correcte au quotidien. Le thésaurus MESH (Medical Subject Headings) est le plus souvent utilisé mais il est anglophone et n'est pas spécifique à la psychiatrie. Ascodocpsy va démarcher en 2006 les éditeurs de revues francophones pour leur faire adopter ce thésaurus, faisant figurer les mots-clés dès publication.

L'objectif est de développer une base de données en ligne, comprenant un lien vers le texte intégral. Ce sera un échange de bons procédés avec les éditeurs, permettant la promotion de leur production, sur le modèle de ce que la Banque de données en santé publique (BDSP) fait déjà.

Ascodocpsy est un groupement d'intérêt public créé en 2000 par des documentalistes hospitaliers spécialisés en psychiatrie, l'Association des directeurs d'établissements gérant des secteurs de santé mentale (Adesm) et l'Association des présidents et vice-présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers (CME-CHS). Il regroupe 85 établissements hospitaliers publics ou privés, d'associations spécialisés en santé mentale. Chaque établissement adhère et y est représenté par son directeur, son président de CME et son documentaliste. ■

B.L.

www.ascodocpsy.org

laissent une certaine latitude à la pratique quotidienne, ce qui est satisfaisant.

Bien entendu, l'évaluation doit avant tout porter sur l'aspect psychiatrique du trouble. Le groupe de travail a souligné que ceci doit être fait le plus tôt possible mais dans un lieu calme et sécurisé. La recommandation porte sur l'évaluation du risque suicidaire, la recherche des antécédents auto ou hétéroagressifs ainsi que de troubles du comportement et ou de l'adaptation. Systématiquement, doivent être explorés la sphère cognitive ainsi que le contenu et le cours de la pensée. Peut être cet aspect aurait-il pu être développé pour aider les moins expérimentés d'entre les intervenants à protocoliser leur examen et à ne pas risquer de passer à côté d'un aspect dont le pronostic est majeur. Ainsi aurait-on pu focaliser, par exemple, sur la congruence des contenus de la pensée et de l'humeur, sur la qualité du contact pour ne citer que deux aspects particulièrement importants en matière de psychiatrie d'urgence.

**Evaluation de la capacité à consentir**

Cet aspect est, sans doute, le plus important d'une recommandation de ce type. En effet, chacun sait qu'a priori l'intervention sur le corps humain n'est possible dans notre pays (et dans la quasi totalité de ceux de la planète) qu'avec le consentement de la personne. La loi du 27 juin 1990 est donc une des très rares exceptions qui, comme toute dérogation, est de définition stricte. Ainsi, la capacité à consentir devrait être particulièrement clairement définie. Il n'en est rien à l'heure actuelle, essentiellement en raison de la difficulté à la cerner. Le groupe de travail, malgré les recherches assez approfondies et une réflexion manifestement poussée, n'a pas pu trouver dans la littérature d'argument suffisant pour une aide très pragmatique à l'intervenant de terrain. Il est certain que manquent, en France, des travaux sur la sémiologie du consentement. Quels sont les aspects qui obèrent la capacité à consentir ? Peut-on rapprocher certaines catégories diagnostiques de la validité du consentement ou sommes-nous toujours face à une mosaïque complexe devant prendre en compte des paramètres très divers ? Il n'est pas

simple de répondre.

Consentir, c'est certainement être capable de comprendre, de vouloir et de décider. Les cinq dimensions retenues par le groupe de travail :

- capacité à recevoir une information adaptée,
- capacité à comprendre et à écouter,
- capacité à raisonner,
- capacité à exprimer librement sa décision,
- capacité à maintenir sa décision dans le temps, mériteraient d'être confrontées à la sémiologie psychiatrique de base pour déterminer quels sont les troubles qui peuvent obscurcir, en partie ou en totalité, une de ces cinq dimensions et à partir de quand le consentement devient alors invalide. Une conférence de consensus sur le sujet pourrait être particulièrement utile.

**Le Désir Criminel**

Jacques Barillon, Paul Bensussan

Editions Odile Jacob, 23,90 €

Procès d'Outreau, Affaire Allègre, faits divers... On ne compte plus le nombre de situations rapportées régulièrement par les médias concernant des crimes et délits sexuels.

C'est à cette rencontre entre le judiciaire et la sexualité que Jacques Barillon, avocat spécialisé en droit pénal, et Paul Bensussan, psychiatre expert auprès des tribunaux, ont souhaité consacrer un livre en tentant d'en déconstruire les idées toutes faites et la « bien-pensance » selon le terme d'Eli-sabeth Badinter.

A l'appui du droit comparé, d'histoires judiciaires et de leur pratique, les auteurs s'attaquent aux dérives et amalgames rencontrés dans le traitement de la délinquance sexuelle depuis environ quinze ans.

La justice n'échappe pas, en effet, au trouble et à la violence inhérents à la rencontre avec le sexuel. Cette confrontation entre la sphère juridique et la sphère sexuelle évolue, selon les auteurs, non seulement vers une psychologisation du juridique mais également vers une judiciarisation des rapports humains et la création d'une justice d'exception ignorant des principes de base d'un Etat de droit.

Cette modification progressive du droit se comprend, notamment, en suivant l'évolution prise dans la conception

La recommandation n'oublie pas que le patient a droit à une information. Elle propose de manière sans doute un peu abrupte que cette information porte :

- sur le caractère pathologique des troubles qu'il présente,
- sur leur retentissement possible,
- sur les modalités et les conditions d'application du traitement nécessaire. A ce propos, il est sans doute regrettable que la recommandation n'ait pas choisi de reproduire les dispositions de l'article L.1111-2 du Code de la Santé Publique portant sur l'information générale que sont en droit d'attendre les patients, dans la mesure où celle-ci est à la fois plus large que ce qui est proposé par la recommandation mais également plus étroite. Plus large, car d'autres types d'informations sont listés dans l'article précité, et plus étroite car il est prévu qu'une personne puisse refuser d'avoir une information, mais également dans les textes d'application de la loi ou encore dans la jurisprudence ou le code de Déontologie, que la forme et la qualité de cette information soient adaptées à la personnalité du sujet. Dans la situation d'urgence impliquant, éventuellement, une hospitalisation sans consentement, ces aspects particuliers trouvent très régulièrement à s'appliquer. En revanche le court développement relatif à l'hospitalisation des majeurs protégés est intéressant lorsqu'il souligne que le majeur sous tutelle est en droit de recevoir l'information et peut exprimer sa volonté et ainsi participer à la décision, mais aussi qu'il n'est pas absolument nécessaire d'informer le tuteur avant une hospitalisation sans consentement.

**Les indications de l'hospitalisation sans consentement**

Dans l'argumentaire qui accompagne la recommandation, l'HAS précise que les données de la littérature ne permettent pas de préciser les indications d'une hospitalisation sans consentement, si bien que le groupe de travail a finalement choisi de prendre en compte des facteurs à la fois somatiques, psychiatriques et environnementaux, faisant la part entre le nécessaire respect de l'autonomie de la personne et la prévention du risque. Il propose que le paramètre essentiel soit issu des

termes mêmes de la loi, à savoir la présence d'un trouble mental et la nécessité de soins ce qui se traduit par des indications, qui restent facultatives, dans six types de situations :

- un risque suicidaire,
- un risque d'atteinte potentielle à autrui,
- une prise d'alcool ou de toxiques associés,
- un délire ou des hallucinations,
- des troubles de l'humeur,
- le degré d'incurie.

Cet inventaire regroupe, à la fois, des problèmes comportementaux, des pathologies associées, des éléments relatifs à l'autonomie du patient, des symptômes et un syndrome. Il a, sans doute, le mérite du pragmatisme mais l'inconvénient de sa grande hétérogénéité. Il n'en reste pas moins que chaque praticien doit retenir les critères d'appréciation de chacune de ces situations. Il faut souligner que pour aucune d'entre elles la recommandation impose l'hospitalisation sans consentement. La terminologie est très claire proposant des indications facultatives et non des obligations : « peut être indiquée » ou « peut justifier » sont les termes employés.

La situation la mieux développée concerne le risque suicidaire. Il est d'ailleurs à ce propos utile de se référer à l'argumentaire joint à la recommandation pour avoir tous les éléments d'appréciation.

Sont ainsi à étudier :

- le niveau de souffrance : désarroi, désespoir, isolement relationnel ;
- le degré d'intentionnalité : ruminations, recherche d'aide ou non, dispositions envisagées ;
- les éléments d'impulsivité : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, antécédents de passage à l'acte ;
- la présence d'éventuels éléments précipitants ;
- la présence de moyens létaux à disposition ;
- la qualité du soutien de l'entourage proche.

L'appréciation de ces divers éléments doit permettre de cerner les sujets pour lesquels le risque suicidaire est important, créant une crise « d'urgence élevée pouvant être une indication d'hospitalisation sans consentement ».

Il s'agit d'un patient :

- décidé, dont le passage à l'acte est planifié et organisé,

la prostitution, Jacques Barillon et Paul Bensussan expriment leur crainte de voir l'ordre moral et les sentiments prévaloir sur le droit, amenant ainsi « n'importe qui (être) accusé de n'importe quoi ». Cette évolution grandissante implique, tout autant, le positionnement des acteurs du processus (avocat, juge, expert, victime, coupable) que celui des médias et des associations se constituant partie civile.

Le champ de recherche de la délinquance sexuelle permet, également, aux auteurs d'ouvrir des pistes de réflexion autour de questions parallèles. L'expert est-il devenu un juge par défaut ? Doit-on punir de façon croissante les personnes présentant des troubles mentaux ?

Au-delà de la question de la violence sexuelle, *Le désir criminel* vient nous parler de notre modernité en y interrogeant une société où la sphère de l'intime tombe, de plus en plus, dans le champ juridique et où le regard de l'autre peut venir, d'une manière privilégiée, certifier à chacun qui il est et à quelle place il se trouve.

Ce livre, véritable plaidoyer pour un traitement rigoureux des affaires et un respect des (bonnes) distances et des professions de chacun, nous rappelle toute la complexité des questions liées au désir, à la sexualité et aux rapports hommes-femmes.

E. Bertrand

## La Mainh publie un guide de dynamisation du patrimoine hospitalier

La Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (Mainh) vient de publier un guide méthodologique de dynamisation des actifs immobiliers des hôpitaux.\*

Ce guide s'adresse aux directeurs d'hôpital, aux responsables du patrimoine des établissements, aux organismes de tutelle et à l'ensemble des acteurs publics ou privés partenaires des hôpitaux dans la gestion du patrimoine. Il a pour objectif d'aider les établissements à « *élaborer une réflexion sur les stratégies de dynamisation de gestion* » de leur patrimoine. Les enjeux immobiliers des hôpitaux portent actuellement sur « *l'optimisation de la gestion des actifs immobiliers ne participant pas à l'offre de soins et à l'arbitrage entre conservation et cession* » ainsi qu'à « *l'identification des possibilités de reconversion des hôpitaux qui ne sont plus nécessaires au service public et à la mise en œuvre de scénarios identifiés* ». Le guide propose des méthodes pour construire des outils d'aide à la décision et de mise en œuvre pour les chefs d'établissement concernés par cette problématique. En annexe, la Mainh propose des compléments techniques notamment pour établir l'inventaire du patrimoine, évaluer la rentabilité d'un actif immobilier ainsi que des notes sur la cession d'un bien immobilier, l'urbanisme et la valorisation du patrimoine, la révision des conditions et charges imposées aux donations ou legs, les logements de fonction et les incidences des monuments historiques sur la valorisation du patrimoine. Enfin, ce guide vise à mutualiser les expériences.

\*Dynamisation des actifs immobiliers des établissements hospitaliers, 1ère édition, octobre 2005, disponible sur le site de la Mainh [ohht://mainh.sante.gouv.fr](http://mainh.sante.gouv.fr), 70 pages et 82 pages d'annexes.

- coupé de ses émotions et rationalisant sa décision ou très émotif, dans un état de grande agitation,
- dont la douleur et la souffrance psychique sont permanentes même si elles sont complètement tues,
- ayant un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider (proximité d'une arme à feu par exemple),
- ayant le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé,

- très isolé (il faut également tenir compte de l'élément de dangerosité lié à l'accumulation de facteurs de risque et notamment l'âge supérieur à 75 ans). Les autres indications potentielles de l'hospitalisation sans consentement sont moins développées et exprimées d'une manière plus floue. Ainsi, pour ce qui est de l'atteinte potentielle à autrui, le groupe de travail n'a pas jugé utile d'approfondir les critères éventuels de dangerosité ou de risque de passage à l'acte hétéro agressif, se contentant de demander l'application de la loi et de ne pas envisager d'hospitalisation sans consentement, sans qu'il n'y ait, à côté du risque agressif, des troubles mentaux avérés.

Pour ce qui est de la prise d'alcool ou de toxiques, elle ne peut non plus à elle seule justifier une hospitalisation sans consentement. Elle doit être associée à des troubles psychiques et/ou à des antécédents de passages à l'acte ou, encore, à un risque prévisible pour le patient et ou pour autrui.

Pour ce qui est du délire, il est estimé à juste titre, qu'à lui seul, il ne justifie pas une hospitalisation sans consentement. En revanche, on peut prendre en compte des facteurs de gravité qui sont liés soit au degré d'adhésion du sujet et à la participation émotionnelle à son délire, soit à la thématique de celui-ci (ruine, culpabilité, persécution, mégalomanie, jalousie, érotomanie...), soit enfin aux mécanismes du délire ou, encore, à l'association du délire avec un trouble du cours de la pensée.

On peut, sans doute, regretter que sur ce point la recommandation ne soit pas plus précise en matière d'association avec certains troubles de l'humeur congruents ou non à la thématique délirante ou encore avec les velléités suicidaires.

L'indication en rapport avec les troubles de l'humeur est particulièrement large puisqu'elle vise, à la fois, les troubles dépressifs et l'exaltation maniaque, sans beaucoup de précision.

Enfin, l'HAS retient l'incurie comme un des motifs possibles de l'hospitalisation dès l'instant où elle est associée à des troubles cognitifs, à des troubles de l'humeur, à un délire ou à une hallucination. Là encore, le seuil à partir duquel l'hospitalisation peut intervenir sans le consentement du sujet est mal

précisé, certainement parce qu'aucune étude claire ne donne des indications sur les troubles de la sémiologie du consentement dans ce type de situations.

### Les modalités d'hospitalisation sans consentement

Dans ce relativement long chapitre la recommandation fait une analyse précise des dispositions de la loi ainsi que de quelques éléments issus de la jurisprudence.

Elle revient ainsi sur la définition du tiers en matière d'HDT et l'exclusion de personnes ne pouvant pas démontrer l'existence de relations antérieures avec le patient. A juste titre, conformément à ce qui apparaît à la lecture attentive des décisions de jurisprudence et notamment de celles du Conseil d'Etat (3 décembre 2003) et, contrairement à ce qui a pu être avancé de manière un peu superficielle, un membre du personnel de l'hôpital (à condition qu'il ne s'agisse pas de l'établissement d'accueil) peut signer une telle demande s'il peut justifier d'une relation antérieure avec le patient.

En matière de certificat médical la recommandation insiste, outre sur des aspects formalistes, sur l'inutilité, voire la dangerosité, de la formulation d'hypothèses diagnostiques ou d'informations trop précises. En effet, le certificat a pour seul but de démontrer l'existence d'un trouble mental empêchant le consentement. Il doit donc être réalisé, bien sûr, après un examen du patient, et ne contenir que des éléments de constatation permettant de démontrer que le patient n'était pas apte à donner son consentement, et donnant des indications sur le trouble mental dont il s'agit pour lequel il n'est pas toujours possible, loin s'en faut, de faire un diagnostic précis, ce qui n'a d'ailleurs pas d'intérêt. La recommandation affirme clairement que les certificats « *doivent être adressés au directeur de l'établissement d'accueil* » pour les hospitalisations sur demande d'un tiers. Pour ce qui est de l'hospitalisation d'office, l'HAS reste à juste titre dans le doute concernant certains aspects de la procédure d'urgence qui est la plus usitée. En effet, dans cette situation, le premier certificat n'est destiné qu'à appuyer la décision du Maire ou du commissaire de police à Paris. Le certificat sur lequel le Préfet s'appuie pour prononcer l'hospitalisation d'office est celui qui est réalisé dans un court délai par le psychiatre de l'établissement d'accueil. Reste à savoir si ce certificat doit prendre la forme du certificat immédiat, ce qui semble être l'habitude dans

la très grande majorité des départements ou celle d'un certificat d'admission ce qui serait plus conforme à la lettre de la loi, voire à son esprit. Peut-être des données nouvelles parviendront-elles à la connaissance du corps professionnel dans un court délai puisque cette recommandation a eu le mérite de poser cette question qui reste en partie théorique mais aurait tout intérêt à trouver une solution préalable plutôt que d'attendre que ce soit un tribunal qui vienne la trancher en imposant une solution qui pourrait être plus juridique que pratique.

Dans le chapitre des modalités de l'hospitalisation, la recommandation fait à nouveau une place importante à la question de l'information du patient et de sa famille. Ainsi, est-il précisé que si cette information doit être par principe apportée, il faut rester prudent lorsque le malade demande à connaître l'identité ou l'adresse du tiers. On peut d'ailleurs regretter, à ce propos, que la recommandation n'ait pas tenu compte de certaines décisions de justice et de nombreuses décisions de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA) qui spécifient bien que la connaissance de l'identité du demandeur de l'hospitalisation ne fait pas partie des informations auxquelles le patient est en droit d'accéder. En effet, il s'agit d'une information concernant un tiers. Il est normal et logique que ce tiers puisse en contrôler la divulgation. Enfin, la recommandation rap-

pelle les dispositions du nouvel article L.3222-1-1 du code de la santé publique concernant les modalités de transport.

Elles restent, malheureusement, particulièrement floues. Elles n'ont qu'une valeur informative et à peine incitatives et en aucun cas obligatoires et ne permettent pas de résoudre toutes les situations difficiles de transport du patient, notamment à partir de son domicile lorsque les familles se trouvent dans une situation très ambiguë.

### Conclusions

Telle qu'elle se présente, cette recommandation est loin de résoudre toutes les difficultés de décisions en matière d'hospitalisation sans consentement. Il ne faut, de toute manière, pas oublier que dans cette situation, comme dans beaucoup d'autres, le médecin n'est tenu que d'une obligation de moyens. Le texte constitue une des sources qu'utiliseront les experts et la jurisprudence en cas de contestation d'une hospitalisation ou de reproche d'une absence d'hospitalisation. La précision de certains des paramètres, notamment en matière d'évaluation ou encore d'indication, est utile mais dangereuse. L'imprécision d'un certain nombre d'autres est gênante mais protectrice car elle laisse la place à des paramètres spécifiques à chaque situation permettant de mieux juger quels étaient les moyens à la disposition du médecin

en cause, le jour où sa responsabilité sera recherchée. Des travaux ultérieurs pourront être utiles pour mieux préciser les paramètres d'évaluation justifiant l'hospitalisation sans consentement, aussi bien en matière de capacité à consentir, qu'en matière d'indication d'une telle hospitalisation.

Reste encore à résoudre un des problèmes principaux de la pratique qui n'a pratiquement pas été abordé par le groupe de travail : la conduite à tenir lorsqu'on ne parvient pas à convaincre les tiers de l'utilité de prendre la responsabilité de ce type de décision. Ce chapitre mériterait d'être rajouté à la recommandation, en détaillant les intervenants extérieurs qui peuvent être sollicités et en terminant par les moyens de garantir sa responsabilité en cas de refus, par la proposition de formules précises à faire signer par le patient et par les différents tiers sollicités. ■

Carol Jonas\*

\*Psychiatre des hôpitaux, chef de service, docteur en Droit, CHU de Tours, 37044 Tours Cedex 9.

### LIVRES

#### Les villes s'impliquent dans le plan cancer Guide pratique

Le réseau français des villes-santé de l'Organisation mondiale de la santé publie un guide pratique pour les villes qui veulent s'impliquer dans le Plan cancer, pour les guider dans leurs démarches. Depuis sa création en 1990, le réseau a développé de nombreuses expériences dans le domaine de la lutte contre le cancer. A la demande du ministère de la santé, ses membres ont souhaité partager leur expérience au travers de ce guide pratique qui devrait aider tout acteur local projetant de mettre en place des actions dans ce domaine.

[www.villes-sante.com](http://www.villes-sante.com)

#### Guide pratique et juridique de l'administrateur de garde à l'hôpital

Alix Mouret

Les études hospitalières, 30 €

Cet ouvrage est un guide pratique et juridique portant sur les situations auxquelles les agents hospitaliers peuvent être confrontés lors d'une garde ou en l'absence de leur hiérarchie. Chaque situation abordée comporte un rappel des textes législatifs et une fiche réflexe sur la conduite à tenir et un développement permettant de poursuivre la réflexion.

Il aborde les situations liées aux usagers (admission, séjour, sortie, décès), au fonctionnement de l'établissement (manque de places, circulation et stationnement dans l'enceinte de l'établissement), à l'intervention de personnes extérieures au service (police, notaires, journalistes) et aux infractions commises dans l'enceinte de l'établissement (détenue d'une arme par un patient, incendie).

#### Traité pratique des réseaux de santé

Claude Evin et coll.

Berger-Levrault, 48 €

Autour de Claude Evin, des juristes et des acteurs de réseaux de santé détaillent, dans cet ouvrage, les formes juridiques recommandées pour constituer un réseau (association, groupe d'intérêt économique...) et expliquent l'approche méthodologique pour organiser un réseau. Dans un souci d'aider les professionnels de santé souhaitant constituer un réseau, les auteurs abordent, également, la question des modes de financement, de l'évaluation et de l'accréditation.

### Mise en place des maisons départementales pour les personnes handicapées

La Loi du 11 février 2005 a créé, dans chaque département, une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

« *La MDPH exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil de la personne handicapée et de sa famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle met en place et organise le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire, de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, de la procédure de conciliation interne, et désigne la personne. La MDPH assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Elle met aussi en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap...* ».

« *La MDPH est un groupement d'intérêt public, dont le département assure la tutelle administrative et financière* ».

Depuis le 21 avril 2005, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a réuni une trentaine d'associations nationales, rassemblées au sein de 5 groupes travaillant chacun sur un type de handicap majeur (handicap mental, handicap moteur, handicaps sensoriels, handicap psychique, polyhandicap et grande dépendance) et une cinquantaine de Conseils Généraux pour déterminer les attentes des personnes handicapées au regard des missions à définir de la MDPH.

La FASM Croix-Marine est l'une des ces associations.

Les contributions de l'ensemble des 5 groupes avaient pour objectif d'« *élaborer ensemble un premier document indicatif sur les moyens de mesurer, objectivement, la manière dont chaque MDPH apporte une réponse aux multiples attentes et spécificités des personnes handicapées* ».

Lors de notre dernière Assemblée Générale, il a été souligné la nécessité pour la Fédération d'accompagner ce mouvement d'ouverture de la psychiatrie et de la santé mentale, ne serait-ce que pour aider à mieux construire une trajectoire de vie souvent si complexe et, réellement, prendre en compte ce qui n'est plus une errance mais un véritable nomadisme des patients que la fermeture des lits a progressivement remis dans la rue. La chronicité, aujourd'hui, est à l'extérieur de l'« *asile* », prise en charge par les familles, les équipes médico-sociales voire les patients eux-mêmes. Il est important de participer, à la place qui est la nôtre, à la réflexion sur la prise en charge coordonnée et conjointe de ces personnes reconnues, aujourd'hui, comme handicapées psychiques. C'est, au maximum, une question d'humanité. La réflexion concernant la mise en place des MDPH arrive à son terme et, le 14 décembre prochain, une ultime réunion de travail aura lieu à la CNSA avec l'ensemble des participants de cette longue élaboration qui n'est pourtant que le début d'une nouvelle histoire. L'étape suivante est l'ouverture progressive des MDPH sur l'ensemble des territoires. Les avancées proposées par une Loi ambitieuse sont incontestables mais le dispositif est, encore, à l'état de propositions et il reste beaucoup d'interrogations auxquelles les MDPH, les collectivités locales, l'Etat, les professionnels, les familles et les usagers devront répondre concrètement. C'est pourquoi, dès maintenant, il importe de participer localement à la mise en place des MDPH pour que la Fédération et ses professionnels soient associés à ce vaste chantier, déterminant pour l'avenir de nos patients. Il faut mobiliser les acteurs de la Fédération ainsi que leurs partenaires et contacter dès maintenant les services départementaux concernés par cette mise en place au sein des Conseils Généraux pour que l'objectif de la Loi, relayé par la CNSA, se réalise : la « *MDPH idéale doit être un lieu de partenariat interassociatif et de professionnels au service des personnes handicapées* ». ■

Dr Patrick Alary\*

\*Secrétaire Général de la FASM Croix-Marine, le 16 novembre 2005

## LIVRES

## Essai sur la conation esthétique

Jean Oury  
Editions Le Pli, 20 €

Présentée en 1950 sur la base d'un travail engagé avec Jean Dubuffet, la thèse de médecine de Jean Oury est une occasion « d'essayer de démythifier des idées, des mots dont on abuse, l'art la folie, les schizos, la création, etc. ». Précédée des textes parus dans les cahiers de l'Art Brut sur Auguste Forestier, Arneval, Aimable Jayet, cette publication, comme le relève Jean Oury dans son Prologue fait que : « Même si par moment ça peut paraître un balbutiement, un peu trop teinté des couleurs philosophiques de l'époque (Jean-Paul Sartre, en particulier, à partir de L'Imaginaire et surtout de l'Être et le Néant), ce n'est pas exclusif d'autres approches moins affirmées... Il reste un certain intérêt scripturaire d'une époque, celle de la fin des années quarante, avec cette misère encore toute proche qui nous obligeait à retisser dans le silence une toile déchirée, arrachée, effilochée. Travail sur un effilochage ! C'est peut-être ça, sans prétention d'œuvre, même pas « d'absence d'œuvre » comme le disaient Malarmé et Blanchot. Au plus proche peut-être de ceux qui ont cette naïveté bizarre de ne pas trop savoir ».

L'émergence de la sexualité  
Epistémologie historique et formation des conceptsArnold I. Davidson  
Traduit de l'anglais par Pierre-Emmanuel Dauzat  
Albin Michel, 35 €

Partant de l'émergence, au XIX<sup>e</sup> siècle, d'une science de la sexualité, directement issue du regard médical et plus précisément psychiatrique, Davidson tente de montrer comment cette nouvelle forme d'expérience que nous appelons « sexualité » est liée à l'apparition de nouvelles structures de savoir, à un nouveau style de raisonnement.

Au carrefour de plusieurs disciplines - l'histoire des sciences, l'histoire de la médecine et de la psychiatrie, la théorie critique, la philosophie -, la démarche mène de front l'étude philosophique de la tradition analytique et ses rapports avec l'épistémologie historique. Ce livre est, à la fois, une enquête sur les sources de l'émergence de la sexualité, la nature de l'argumentation historique, la nature de la « monstruosité » ou de la « perversion » et aussi une interprétation de l'œuvre de Foucault.

Les crises du couple  
Leur fonction et leur dépassementMonique Dupré de la Tour  
Erès, 23 €

Monique Dupré de la Tour avance que le couple, avec ses crises et leur dépassement, est un lieu spécifique de traitement d'éléments non symbolisés en attente chez chacun des conjoints et mis en commun au moment de la rencontre amoureuse, éléments de leur histoire infantile ou de leur préhistoire souvent en écho. Le couple serait ainsi un opérateur du psychisme, une nouvelle matrice de subjectivité. L'auteur appelle travail du lien dans le couple ce travail d'élaboration et de dépassement des crises, qui ouvre sur une maturation des conjoints. Ce passage des théories du couple aux théories de la thérapie de couple représente le chemin qu'elle a dû prendre pour forger sa propre théorie.

réserves de la Bibliothèque Nationale<sup>(5)</sup> ; le manuscrit premier des *Commencements d'une vie* de François Mauriac, son seul texte autobiographique abandonné dans une décharge<sup>(6)</sup> ; un Dictionnaire inédit des noms, prénoms et surnoms féminins de Pierre Loüys ; des dessins d'écrivains... C'est également ainsi, en 1994, que j'ai découvert et acquis en vente publique un manuscrit autographe de Romain Kacew, *Le Vin des morts*, car peu d'initiés connaissaient alors le nom de naissance de Gary : Roman Kacew.

**Nervure** : Comment avez-vous su l'intérêt de ce manuscrit et pourquoi ne pas l'avoir publié ?

**P. B.** : J'ai tout de suite compris l'intérêt de ce manuscrit : il s'agit du premier roman de Romain, commencé à l'âge de 18 ans, puis réécrit à plusieurs reprises entre 1933 et 1937, que Gary lui-même proposa à plusieurs éditeurs, mais qui ne fut jamais publié. Le manuscrit m'appartient en propre, mais son contenu appartient à l'ayant droit de Gary : son fils Diego, fils de Romain et de Jean Seberg, qui ne désire pas sa publication. Mais si j'en ai su très rapidement l'intérêt, je n'en ai compris le sens qu'au bout de nombreuses lectures car il s'agit d'un texte de jeunesse, pour une part encore immature, mais qui contient - et c'est ça l'extraordinaire - des passages entiers d'AJar que Gary écrira 40 ans plus tard ! Cette proximité des textes ajariens et de ce manuscrit premier, permet de faire l'hypothèse d'une sorte de retour aux sources, de renaissance de l'enfant et de l'adolescent qu'était Romain dans cette difficile période (les années 1970) où l'écrivain de la maturité, était isolé de tous, tant les critiques littéraires se détournaient de son œuvre. Gary n'est pas devenu Ajar, il est redevenu Kacew.

**Nervure** : Le Manuscrit perdu est, en réalité, l'histoire de ce texte inédit, que Gary remet à son insu au narrateur et dont on découvre au fil des pages l'importance pour la vie et l'œuvre de l'écrivain.

**P. B.** : Oui, *Le Manuscrit perdu* est un roman, juste au plan historique et littéraire, mettant en scène un narrateur auquel Gary remet, comme un testament, le manuscrit le jour de sa mort. Et l'on suit, au fil de sa lecture du *Vin des Morts* (c'est le titre de ce manuscrit), la découverte de sa parenté avec les textes ajariens, que Gary est Ajar, puis des six identités de Romain, enfin de la construction faustienne du personnage Gary.

**Nervure** : Comment avez-vous retrouvé l'histoire du manuscrit et que savez-vous de ce Vin des Morts ?

**P. B.** : C'est Gary lui-même qui en parle à plusieurs reprises dans son œuvre, d'abord dans *La Promesse de l'aube*, enfin dans son testament littéraire, *Vie et mort d'Emile Ajar*. *La Promesse* est ce très bel hommage à son enfance, mettant en scène une mère jocastienne, extravertie et grandiloquante (tout le monde se souvient de la remarquable interprétation d'Elvire Popesco dans le film du même titre porté à l'écran), dans lequel Gary témoigne de sa précoce vocation d'écrivain, suivant les prédictions de sa mère qui, dès qu'il avait une note brillante en français, s'exclamait : Tu sera prix Nobel mon fils ! Après des études secondaires à Nice, il fit son droit à la faculté d'Aix en Provence et raconte que c'est là, au café des Deux Garçons, sous les platanes du Cours Mirabeau, qu'il écrivit ce premier roman, *Le Vin des Morts*, qu'il adressa aux éditeurs parisiens dès qu'il fut terminé. Cet épisode de la *Promesse de l'aube*, est très cocasse sous la plume de Gary : il reçoit la réponse d'un éditeur, c'est Robert Denoël, qui lui communique la note de lecture d'une psychanalyste à laquelle il avait confié ce manuscrit :

Le manuscrit de Romain Gary  
Entretien avec Philippe Brenot

Marie Bonaparte qui, précise Gary, avait fait une étude de près de vingt pages sur l'auteur du *Vin des Morts*. « C'était assez clair. J'étais atteint de complexe de castration, de complexe fécal, de tendances nécrophiliques, et de je ne sais combien d'autres petits travers, à l'exception du complexe d'Œdipe, je me demande bien pourquoi. Pour la première fois je sentais que j'étais "devenu quelqu'un", et que je commençais enfin à justifier les espoirs et la confiance que ma mère avait placés en moi »<sup>(7)</sup>. Cette première critique de la psychanalyse fut suivie de nombreuses autres car Gary se jouait du caractère prédictif des psys et critiquait l'analyse dans son dessein de lecture intime de l'in-

ayant appartenu à René Agid, l'ami d'enfance de Romain. Le seul manuscrit que je connaisse a ensuite été donné par Romain à Christel, son grand amour, la jeune suédoise qui porte le nom de Brigitte dans *La Promesse de l'aube*. C'est ensuite elle qui, très âgée, me cédera ce manuscrit en vente publique, il y a quelques années. Il semble que Romain en conservera une copie avec lui tout au long de sa vie, ce dont il en témoigne dans *Vie et mort d'Emile Ajar*, en 1981 : ce roman, *Le Vin des Morts*, « je l'écrivais depuis l'âge de vingt ans, l'abandonnant et le recommençant sans cesse, trainant des pages avec moi à travers guerres, vents, marrées et continents, de la toute

tant plus un écrivain, que l'on n'a jamais rencontré. Ce fut le genre pathobiographique auquel s'appliquèrent de nombreux psychiatres au début du XX<sup>e</sup> siècle. Je crois qu'il faut être prudent dans ce type d'approche car nous ne pourrions jamais apprécier la totalité de la personne en l'absence de la relation humaine, qui fait la spécificité du contact psychiatrique.

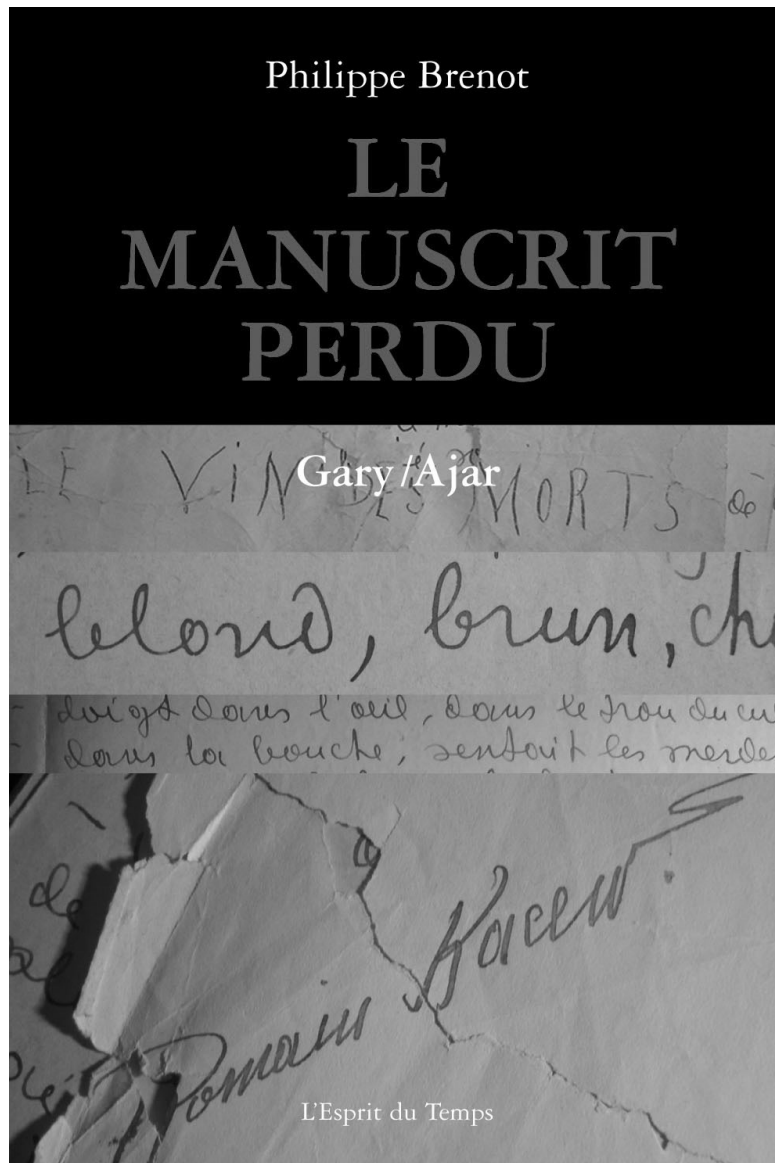
On peut, tout de même, lire à travers l'œuvre de Romain les thèmes principaux qui reviennent fréquemment, comme la solitude, la rupture, l'amitié, le sexe, la nostalgie fusionnelle de la relation primitive à la mère et surtout la recherche identitaire qui traverse l'œuvre entière comme une obsession, qui traverse la vie entière comme un mode de vivre : « je me suis toujours été un autre », disait Gary.

La trajectoire de vie de Romain Gary est extra-ordinaire, car il semble avoir tenté d'explorer les limites de l'engagement total. Il entre en écriture et produit une œuvre très importante, parfois à la cadence de plusieurs livres dans la même année, notamment lorsqu'il écrivit sous ses deux dernières identités. Il s'engage dans l'armée, rejoint ensuite la France libre à Londres, participe à la bataille de France, est fait Compagnon de la Libération. Il entre dans la carrière diplomatique, successivement secrétaire d'ambassade à Berne, attaché d'ambassade à l'ONU puis Consul de France à Los Angeles. Mais on sent très vite qu'une seule vie ne lui suffit pas, il le dira à plusieurs reprises et tentera de s'évader vers des aventures littéraires sous pseudonyme, y réussissant totalement avec Ajar. Cette compulsion à la double ou triple vie, cette considérable énergie vitale qui l'habite, alternant avec des périodes d'abattement, souvent assez courtes, nous fait évidemment penser à un trouble de l'humeur, une bipolarité, constitutionnelle ou acquise, comme tant de créateurs en présentent<sup>(12)</sup>. C'est ainsi, en 1973, qu'il écrira *Gros Cailin* en moins de quinze jours, dans la même année où il publie *Europa et Les Enchanteurs*, et qu'il commence l'écriture de *Au-delà de cette limite votre ticket n'est plus valable*.

**Nervure** : Vous insistez beaucoup sur le rôle de Mina, la mère de Romain pour sa vocation d'écrivain. La question du père semble aussi un élément majeur de son interrogation.

**P. B.** : Le personnage de la mère est omniprésent dans l'enfance du jeune Romain, c'est du moins l'image qu'il en donne dans *La Promesse de l'aube*. Cette longue période de gestation de l'écrivain me semble avoir été l'enfance et adolescence de Romain au quotidien d'une mère faustienne lui façonnant un personnage, Gary, dont il endossera le rôle, puis dans un deuxième temps dont il tentera de s'échapper, d'abord en vain, puis avec réussite lorsqu'il s'en évadera sous le pseudonyme d'Emile Ajar. Il se métamorphosera alors totalement en offrant une apparence (son neveu, Paul Pawlovitch) à Ajar, et en se décorporisant par les dénis successifs d'être Ajar, dont *Pseudo* est le sommet. C'est, d'une certaine façon, l'autonomisation de la créature Ajar, que Romain supportera le moins, et l'on peut remarquer que son suicide survient au moment où, pour la première fois, son enveloppe charnelle est enfin vide, dans le même temps où son signifiant (Romain Gary) est lui aussi abandonné par la critique. On se suicide plus facilement quand il n'y a plus de vie à l'intérieur.

La question du père est plus complexe. Il semble aujourd'hui que Romain ait toujours su qui était son véritable père (Leib Kacew) et qu'il l'ait revu à plu-



Le Manuscrit perdu de Philippe Brenot, vient de paraître aux Editions L'Esprit du temps, diffusion PUF, 164 p, 15 euros.

dividu. Il lui opposait l'imaginaire et la construction littéraire.

Cette note de lecture (qui n'a pas été retrouvée) semble avoir profondément marqué le jeune Romain Kacew qui dit avoir été flatté par ce portrait tourmenté et avoir adopté « des airs et des attitudes qui me paraissaient désormais attendus de moi... Mes amis furent dument impressionnés, surtout par mon complexe fécal, lequel, témoignant vraiment d'une âme ténébreuse et tourmentée, leur paraissait le comble du chic... J'étais devenu incontestablement quelqu'un... »<sup>(8)</sup>. Il dit ensuite avoir cultivé ce jeu d'apparence qui consistait à affecter les traits qu'on lui avait présentés, épousant des maniaqueries, forçant son attitude, adoptant un rictus « très réussi », si bien que « je fus très rapidement connu à la Faculté de Droit comme un disciple de Freud, dont je ne parlais jamais, mais dont j'avais toujours un ouvrage à la main »<sup>(9)</sup>.

**Nervure** : Ce manuscrit a donc été refusé par Denoël, mais qu'est-il devenu ?

**P. B.** : Il semble qu'il y ait eu plusieurs versions de ce manuscrit, dont une

jeunesse à l'âge mûr...<sup>(10)</sup>.

Il est ainsi très surprenant de remarquer qu'au moment de sa mort, au moment où il révèle sa double identité (« je suis Emile Ajar »), il mentionne à plusieurs reprises *Le Vin des Morts*, alors qu'aucun des lecteurs ne peut le connaître. Il s'interroge ainsi sur la façon dont personne n'a vraiment décodé l'énigme Ajar bien que, précisait-il, tout était déjà contenu dans ce manuscrit premier, « si bien que mes amis d'adolescence, François Bondy et René Agid, reconnurent dans Pseudo, à quarante ans de distance, deux passages que j'avais gardés de mon Vin des Morts »<sup>(11)</sup>. Pour ceux, nombreux parmi les lecteurs de *Nervure* qui possèdent ce petit volume posthume, *Vie et mort d'Emile Ajar*, qu'ils le relisent avec cette connaissance du *Vin des Morts*, et ce testament littéraire leur apparaîtra bien différent.

**Nervure** : Romain Gary était un être complexe. Comment le percevez-vous aujourd'hui, comment comprendre sa personnalité et sa trajectoire de vie ?

**P. B.** : Il est toujours difficile de porter un regard à postériori sur un sujet, d'au-

seurs reprises alors qu'il habitait déjà en France. Cette réalité historique a été remarquablement démontrée dans la biographie exhaustive que lui a consacré Myriam Anissimov<sup>(13)</sup>. La réalité littéraire dans l'imaginaire garyen est tout autre. Dans ses multiples écrits ou entretiens d'allure autobiographique, Romain joue au chat et à la souris avec sa propre histoire, sa naissance, et surtout l'existence de son père. Il fabrique ainsi la légende du personnage Gary, né à Nice le 8 mai 1915, prétend-il lors de son incorporation militaire en 1936 ; né à Wilno en Pologne le 8 mai 1914, répond son livret militaire ; né en 1915, mère décédée en 41, père mort lors de la guerre de 14, dit-il en 1943 ; né en 1914 près de Koursk de parents français avoue-t-il en 1945 ; né le 8 mai 1914 d'un père diplomate russe et d'une mère française comédienne au théâtre de Moscou, dit-il à un journaliste en 1956 ; né dans une gare frontière russo-polonaise, à l'arrêt du train de Crimée, son père géorgien, sa mère actrice française, à un autre journaliste en 1956 ; né en Lituanie, d'un père attaché commercial russe et d'une mère actrice, rectifie-t-il en 1963 ; laissant enfin planer le doute sur sa parenté avec Ivan Mosjoukine, le grand acteur du cinéma muet des années 1920 : « *Avant ma naissance ma mère avait épousé un juif russe du nom de Léonid Kacew, dit-il dans La Nuit sera calme, qui a divorcé quelque temps après... A aucun moment ma mère ne m'avait dit que Mosjoukine était mon père, et pourtant je voyais cet homme très souvent chez nous, à l'hôtel* ». Sa première épouse, l'écrivain Lesley Blanch, témoignera de ce fantasme originel que Romain avait méticuleusement rendu crédible et dont il jouait pour conforter son personnage : « *il était né dans le palais d'un Khan à Samarkand, un prince polonais l'avait engendré ; il était le fils d'Ivan Mosjoukine* »<sup>(14)</sup>. Cette question-énigme de l'identité du père traverse l'oeuvre et surtout la vie de Gary qui cherchera à se donner les apparences de ce père symbolique, jusqu'à lui ressembler, ce que beaucoup ne manquèrent pas de lui trouver. Plus on avance dans la lecture et la compréhension de la vie de l'écrivain, plus le personnage Gary apparaît comme une construction toute faite, origine réécrite, paternité usurpée, biographies imaginaires ou romancées (*Promesse de l'aube, La Nuit sera calme*), dans une irréplicable injonction à toujours être un autre. La question du double se pose alors de façon aigüe devant cette enveloppe chamelle, créée dans le laboratoire maternel, et à qui il a été donné un nom : Gary.

**Nervure** : *Ce qui nous frappe, chez Gary, c'est évidemment la question de l'identité et l'utilisation de pseudonymes successifs.*

**P. B.** : La construction du personnage Gary ne peut ensuite se comprendre qu'en relation avec les autres identités gariennes. Gary est, évidemment, un double de Kacew, mais Ajar n'est certainement pas un double de Gary mais plutôt de Kacew ou, plus clairement, une réincarnation de Kacew en Ajar. Si l'on suit la logique des identités successives de Romain, on ne lui trouve pas moins de cinq noms sous lesquels il a écrit ou publié des oeuvres. *Le Manuscrit perdu* est son premier roman, signé Romain Kacew. Il prendra ensuite le nom de Gary, nom de guerre et d'écriture, décliné dans un premier temps avec une particule (Gary de Kacew). Il tentera ensuite une première fois d'échapper à sa condition de Gary, lorsqu'il publie *L'Homme à la colombe* sous le nom de Fosco Sinibaldi, prétendant, par la suite, qu'il ne pouvait critiquer aussi vertement l'ONU sous son propre nom alors qu'il était diplomate. Ce ne sera certainement qu'une excuse, car le moteur principal de ce dédoublement me paraît surtout avoir été de tenter d'échapper au per-

sonnage Gary qui lui était devenu « *trop étroit* ». Deuxième tentative, en 1974, avec la publication des *Têtes de Stéphanie* sous le nom de Shatan Bogat. Gary sera sommé par son éditeur, deux mois plus tard, de reprendre son identité, car le livre ne se vendait pas ! On peut penser qu'il s'agissait d'une sorte de contre-feu, car trois mois plus tard paraissait *Gros Câlin* sous le nom d'Emile Ajar, qui lui permettra, en 1975, d'obtenir une deuxième fois le prix Goncourt avec *La Vie devant soi*. Troisième tentative réussie. Les tentatives successives de métamorphose de Romain dans de nouvelles identités, ne parviendront à leur fin qu'avec l'attribution d'un corps au signifiant Ajar, maintenant reconnu comme un nouvel écrivain !

**Nervure** : *En définitive, votre lecture de la vie de Romain Gary nous offre une image faustienne de la création du personnage du grand écrivain.*

**P. B.** : On a effectivement l'impression, comme il le raconte dans *La Promesse de l'aube*, que toute son histoire aurait été créée dans le laboratoire familial par des sortes de « *prescriptions autoréalisantes* » auxquelles Gary ne put ensuite échapper. Cette projection jocastienne du désir de la mère est bien connue chez les créateurs littéraires. C'est ensuite la créature-Gary qui projettera de créer une seconde créature, Ajar, dans un dilemme insoluble : pour réussir, la créature se doit d'être autonome ; en gagnant son autonomie, le maître perd son pouvoir et se vide de sa substance. C'est en cela, d'une certaine façon, que Romain Gary n'a jamais existé, et qu'il me semble avoir été un état transitionnel nécessaire à l'accomplissement total de l'enfant Kacew.

C'est le projet que Romain peint dans son essai *Pour Sganarelle*<sup>(15)</sup>, celui de la réalisation du « *roman total* », c'est-à-dire la vie et l'oeuvre à ce point fusionnelles, qu'elles ne fassent qu'un.

**Nervure** : *Le projet de mystification du double Goncourt semble avoir germé très tôt dans l'esprit de Gary. Vous précisez même, qu'il existe certainement depuis le début de son oeuvre littéraire.*

**P. B.** : Romain Gary est tout de suite reconnu, en 1945, comme un écrivain de grande importance avec son premier livre publié, *L'Education européenne*, pressenti pour le Goncourt, mais qui obtiendra le Prix des Critiques, créé la même année, un mois auparavant. L'idéal garyen vécut ce second choix comme une déception. Bien qu'il ait obtenu, quelques années plus tard, le Goncourt pour *Les Racines du ciel*, en 1956, Gary vécut difficilement la progressive désaffection de la critique. Il semble que l'idée d'un deuxième Goncourt ait germé dans son esprit après qu'Elsa Triolet lui ait parlé de son projet d'obtenir deux fois un prix littéraire en inventant un faux écrivain. Il essaiera, à plusieurs reprises, cette supercherie en tentant de faire signer un contrat prête-nom à des amis écrivains étrangers. Il réussira dans sa quatrième ou cinquième tentative, sous le nom d'Ajar.

**Nervure** : *C'est enfin une parenté inédite et extraordinaire que vous nous proposez, une filiation symbolique : Gary était-il le fils imaginaire de Stendhal ?*

**P. B.** : C'est, effectivement, l'une des pistes les plus inattendues que j'ai découvertes à la lecture et la compréhension du *Vin des morts*, mais aussi en rapprochant de nombreux éléments de la vie de Romain qui chercha en permanence à brouiller les pistes pour que l'on ne connaisse jamais totalement sa nature profonde. Lorsque Romain Kacew adresse le *Vin des morts* à divers éditeurs, il le fera sous un premier pseudonyme : Lucien Brûlard ! Chacun d'entre nous décoda ce puzzle stendhalien, fait de la condensation de Lucien Leuwen et d'Henri Brûlard,

## HUMEUR ■ Que d'avancées en matière de psychopharmacologie !

Que ce soit dans le domaine des troubles anxieux, dans le champ des troubles de l'humeur ou dans l'univers des psychoses, nous pouvons aujourd'hui offrir à nos patients des médicaments qui ont gagné un peu en efficacité mais tellement en confort. Avec les IRS et les IRSNA, il ne nous est plus nécessaire de corriger systématiquement les sécheresses des muqueuses ou l'hypotension orthostatique. Avec les antipsychotiques de seconde génération, nul n'est besoin de recourir à la prescription automatique d'antiparkinsoniens. Certes, de nouveaux effets collatéraux méritent notre surveillance comme le syndrome sérotoninergique ou le syndrome métabolique (méconnu avec les neuroleptiques classiques mais pourtant déjà bien réel à leur époque). Cependant, ces nouveaux pôles de désagrément peuvent être contrôlés par une action clinique éducative amenant à moins de coprescriptions.

Alors du coup, tout semble aller pour le mieux, nous n'aurions plus besoin de correcteurs. Et bien, figurez-vous que je ne peux complètement partager cette affirmation béate. J'ai toujours milité pour les prescriptions les moins lourdes possibles mais aussi pour les plus efficaces. Et chemin faisant, j'ai pu constater que nombre de traitements étaient abandonnés à cause de ces effets dits secondaires.

Où mais, pourrait-on me dire, si nous avons maintenant des produits bien meilleurs ? Là se joue une toute autre partie. Aussi efficaces que soient nos nouvelles molécules, elles ne sont, comme le sont tous les psychotropes, efficaces que dans un pourcentage de cas, laissant sur les bas-côtés de l'amélioration un nombre non négligeable de patients même si leur pourcentage relève d'une minorité. Combien de fois ai-je dû recourir à un complément neuroleptique classique dans un traitement antipsychotique ? Combien de fois ai-je dû revenir aux anciens tricycliques voire aux anciens IMAO chez des dépressifs résistants ? Peu de cas sont à prendre en considération, 12 seulement de mes patients ambulatoires sont sous IMAO de première génération, 35 sont sous tricycliques pour 224 sous IRS ou IRSNA dans la cohorte des troubles de l'humeur récidivants unipolaires. Et voilà que sur ces 47 patients non IRS répondeurs, 38 ont une hypotension orthostatique qui nécessite d'être corrigée. Or, j'apprends par la presse que les produits que j'utilise dans ce domaine et qui donnent satisfaction aux patients pourraient être déremboursés pour cause d'efficacité non reconnue. Il serait avant tout bon de savoir dans quelle indication ils ne sont plus validables. En tout cas, ce n'est pas le sentiment (de clinicien) que j'ai au regard de la pratique et je suis tout prêt à ce que des protocoles scientifiques viennent fouiller cet aspect. En tout cas, ce que je peux affirmer c'est que quelques-uns de ces patients, en prise à leur hypotension orthostatique, sans traitement correcteur, ont abandonné le traitement de leur trouble et dans leurs rechutes ils ont coûté au corps social bien plus que le remboursement de leurs gouttes correctrices, sans compter la souffrance qu'ils y ont endurée. Et si nous sommes 12 000 psychiatres prescripteurs en France sans compter les médecins généralistes, ces 38 deviennent vite une cohorte assez importante, une simple multiplication nous conduit à le constater.

Alors, est-on raisonnable aujourd'hui, dans des discours radicaux, lorsque nous pensons pouvoir nous passer de nos « *grands anciens* », les neuroleptiques et les tricycliques ainsi que de leur accompagnateurs, les correcteurs, qui leur donnaient le brin de noblesse qui leur manquait : le confort dans la prise. ■

J.-P. Chabannes

le pseudo autobiographique de Stendhal par excellence. Il faut aussi rappeler que Stendhal est certainement l'auteur de la littérature française à avoir le plus joué avec les identités, puisqu'il utilisa près de 200 pseudonymes. On peut alors remarquer que Stendhal et Gary ont une trajectoire de vie très similaire : tous deux engagés dans l'armée, à 18 et 22 ans, écriture pendant les campagnes d'Italie et de France, Consul à Trieste pour Stendhal, à Los Angeles pour Gary. Tous deux prirent un pseudonyme presque au même âge, Henri Beyle le nom d'une ville allemande, Stendhal, proche de Brunswick où il occupa un poste important dans l'administration napoléonienne ; Romain Kacew en russifiant son premier pseudonyme littéraire, Brûlard, ce qui donne en russe Gari (je brûle) et en le déclinant, Ajar (la braise). Pour parachever cette lecture stendhalienne des métamorphoses gariennes, Romain nous précise, dans *Pour Sganarelle*, que, lorsqu'il désirait se ressourcer, il se replongeait dans *La Chartreuse de Parme*. Je crois que le tableau est complet, c'est ce que j'ai voulu dire en écrivant *Le Manuscrit perdu*, dans lequel je révèle d'autres détails encore comme les passages repris du *Vin des morts* dans *Pseudo*, quelques quarante ans plus tard. ■

### Notes

- (1) *Inventer le couple* (Odile Jacob, 2001), *Le Sexe et l'amour* (Odile Jacob, 2003), *Le Dictionnaire de la sexualité humaine* (L'Esprit du temps, 2004).
- (2) *Le Manuscrit perdu*, Gary/Ajar, L'Esprit du temps, 2005
- (3) *Les Origines* (l'Harmattan, 1988), *La Honte des origines en Si les lions pouvaient parler* (Gallimard, 1998)
- (4) *De la lettre d'amour*, Paris, Zulma, 1998

- (5) *L'Art de mourir* de Paul Morand, L'Esprit du temps, 1992
- (6) *Une enfance provinciale* de François Mauriac in *Bordeaux une enfance*, L'Esprit du temps, 1989
- (7) Gary R., *La Promesse de l'aube*, Paris, Gallimard, Biblos, p. 890
- (8) Ibib, p.891
- (9) Ibib, p. 891
- (10) *Vie et mort d'Emile Ajar*, Paris, Gallimard, 1981, p.20
- (11) Ibib, p. 21
- (12) BRENOT P., *Le Génie et la folie en peinture musique et littérature*, Paris, Plon, 1996
- (13) ANISSIMOV M., *Romain Gary le caméléon*, Paris, Denoël, 2004
- (14) ANISSIMOV M., op.cit., pp. 655-658. Myriam Anissimov a fait un relevé très exact des mentions du nom du père chez Gary.
- (15) GARY R., *Pour Sganarelle*, Paris, Gallimard, 1965

## La 17ème Semaine d'Information sur la Santé Mentale aura lieu du 13 au 19 mars 2006

Thème 2006 : Santé mentale dans la cité

Inscription et calendrier des manifestations sur le site de l'UNAFAM  
<http://www.unafam.org>

Argument historique sur le site de l'Association Française de Psychiatrie  
<http://www.psychiatrie-francaise.com/>

Comité d'organisation : Association Française de Psychiatrie (AFP) • Association Scientifique Française des Psychiatres du Service Public (AFPP) • Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France) • Centre National Audiovisuel en Santé Mentale (CNASM) • Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine (FASM Croix-Marine) • Fédération Française de Psychiatrie • 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 Balint • Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (UNAFAM) • Union Régionale de la Mutualité Francilienne (URMF)

## LIVRES ET REVUES

### L'excellence dans les sciences sociales

*Revue internationale des sciences sociales n°180*  
Erès, 20 €

Les systèmes de recherche sont soumis à des pressions du fait des contraintes financières, de l'internationalisation, de l'évolution des disciplines et du souci croissant de mettre la recherche, y compris en sciences sociales, en phase avec les enjeux sociétaux émergents. Dans la quête d'une recherche qui soit à la fois de haute qualité scientifique et de grande pertinence sociétale, l'évaluation occupe une place centrale. Or, dans la réflexion actuelle sur l'évaluation, une notion d'excellence - moins évidente qu'il n'y paraît - joue un rôle majeur. À première vue, nul ne saurait s'opposer à l'excellence. Qui, après tout, se ferait le promoteur de recherches ineptes, médiocres, ou même simplement acceptables ? Ce numéro tente de répondre à un certain nombre de questions dont la suivante : Peut-on promouvoir l'excellence sans que le soutien préférentiel apporté aux meilleurs ne crée à leur profit des rentes de situation pérennes et des facteurs paradoxaux de sclérose ?

Ce numéro comporte, également, un deuxième dossier thématique sur la reconceptualisation de la pauvreté.

### Le Mal - T.2

Topique n°92 octobre 2005

Editions L'Esprit du Temps, 21 €

Ce numéro qui prend la suite du précédent n'épuise pas la question du Mal mais en propose des abords plus engagés dans la réalité historique. Le Mal y apparaît dans la haine de l'hétérogène tel que le nazisme a pu l'instituer aux limites du pensable dans la pure absence de pensée de ces fonctionnaires zélés du néant. Ils donnent la mesure de l'infini du possible dans l'homme à l'égard du mal. Plus généralement, l'idéal de pureté culturelle se trouve désigné comme le risque du mal absolu pour la pensée et, de toutes façons, comme le fondement général des fanatismes. Car ce même idéal en conduisant aux génocides détruit, pour les bourreaux comme pour les victimes, le pacte identificatoire qui lie l'humanité dans sa diversité.

Les différents textes réunis tentent de dégager une spécificité du Mal qui ne serait pas à confondre avec l'agressivité ou même avec la pulsion destructrice qui fait partie de l'humain, mais qui viderait la destruction de ses bases pulsionnelles et mimerait une machinerie où la notion même de mal ne serait plus pensable.

Ont participé à ce numéro : G. Zimra, P. Cady, N. Isnard-Davezuc, J.-J. Moscovitz, C. Masson, R. Walntrater, J.-F. Chiantaretto, Ph. Bessoles, Th. Jandrock.

## LIVRES ET REVUES

**Des hommes sur le fil  
La construction de l'identité  
masculine dans les milieux  
précaires**

Pascale Jamouille  
*La Découverte, 20 €*

Cette enquête de terrain menée pendant trois ans dans des cités d'anciennes villes ouvrières du Nord s'intéresse aux figures masculines dans des milieux où la précarité s'étend. Elle montre comment les prises de risque et les conduites « décalées » permettent aux jeunes de poser les bases de leur identité virile et de construire leur réputation sur un territoire mais aussi, plus dans leur vie d'hommes, de gagner leur vie dans les réseaux souterrains, de diversifier leurs relations et de trouver une manière de répliquer à la honte de vivre dans des lieux stigmatisés. Ces prises de risques s'apparentent à des conduites d'honneur et de distinction, et sont souvent coproduites par différents éléments : la fragilisation du rapport au travail, la question du logement social, l'évolution des relations familiales, la culture des cités stigmatisées et les tensions de genre exacerbées qu'elle produit...

A travers des portraits de jeunes gens et d'hommes vivant dans des cités sociales ou dans la rue, Pascale Jamouille montre combien la précarisation rend difficile la construction identitaire et peut conduire certains sujets à des prises de risques extrêmes. Les souffrances psychiques, familiales et sociales s'interpénètrent et les tensions familiales s'exacerbent. Certains pères, disqualifiés par femme et enfants, se sentent ainsi « inutilisés au monde » et perdent pied ; d'autres peuvent trouver des appuis dans différents réseaux sociaux ; d'autres engagent des trajectoires de soin et tentent de reprendre leurs engagements affectifs, d'assumer leur fonction paternelle. Fluctuantes. Les identités de ces hommes ne sont pas figées et voient alterner les moments de crise avec des tentatives de régulation des risques et de reconstruction.

**Pratiques d'accompagnement**

*Rhizome\* Septembre 2005 n°20*  
*Bulletin national santé mentale et précarité*

Michel Foucault décrit les stratégies de pouvoir qui fixent le fou comme un être minoré. J.-P. Morin montre que tout le discours et la pratique psy y concourent : le silence, le regard, la science comme identité. La mot accompagnement étend-il aujourd'hui à l'ensemble du corps social cette minorisation ? A. Voisin rappelle que la loi pour le logement des personnes défavorisées du 31 mai 1990 regroupe un certain nombre de dispositions en faveur du droit au logement des plus démunis, ce terme englobant « toute personne éprouvant des difficultés particulières en raison notamment de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'existence ». Elle prévoit le financement de l'Accompagnement social lié au Logement. Etymologiquement, accompagner signifie : *partager le pain avec*. Cette définition traduit l'aspect convivial de l'action sous-jacente, et permet à C.I. Rossi de poser un questionnement professionnel à partir du mot avec, qui marque un rapport de relations et induit donc une rencontre.

L'*Inavem* a été créé en 1986 pour apporter une aide aux victimes d'infractions pénales. Il fédère un ensemble de 150 associations réparties sur le territoire national dont les missions ont d'abord été l'accueil, l'écoute, l'information et l'orientation des victimes. Pour C. Damiani ce n'est que plus tardivement qu'une mission complémentaire s'est imposée : l'accompagnement. La relation d'accompagnement est un outil fortement utilisé par le législateur : les lois du 2 Janvier 2002 « *renovant l'action sociale et médico-sociale* », du 4

mars 2002 « *relative aux droits des malades* » et du 11 février 2005 relative aux personnes handicapées inscrite dans le code de la santé et le code de l'action sociale. B. Eyraud indique qu'elle est ainsi devenue une notion générique permettant de regrouper des pratiques hétérogènes qui s'inscrivent dans des domaines thérapeutiques, éducatifs, sociaux... Swiezka parle du « *Dispositif Equipe Ressource* » qui a été créé en 2001 au CNFE, pour offrir une réponse contextualisée au désarroi, voire à la souffrance des nouveaux personnels souvent majoritaires dans les services d'hébergement.

S. Chemla évoque l'accompagnement entre instrumentistes : « *bien accompagner, c'est d'abord bien entendre* ».

Dans les années 60, l'ébranlement de la société américaine par le mouvement d'affranchissement des minorités et la résistance à la guerre au Vietnam n'a pas été sans effet sur les institutions psychiatriques. Pour L. Kirshner et V. Pellet-Nicaise, aux Etats-Unis, la santé mentale est sans accompagnement.

La prise en charge en institution de personnes en difficultés psychiques résulte, pour P. Fustier, généralement de la mise en tension de deux types de pratiques hétérogènes. Il y a d'abord une pratique « *en bureau* » qui opère en milieu clos, à partir de situations techniques que l'on cherche à définir avec précision et dans des espaces/temps stabilisés. Ces pratiques individuelles ou groupales sont le plus fréquemment conduites par une intention directement thérapeutique.

Enfin, J.-P. Martin fustige la gouvernance et A. Mercuel rend compte de la création d'un service d'appui « *Santé Mentale et Exclusion Sociale* » au centre hospitalier Sainte-Anne.

\*Rhizome est téléchargeable sur le web : [www.ch-le-vinatier.fr/orspere](http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere)

**Le maternel et le féminin**

Dossier composé par Marthe Barraco-de Pinto  
*Dialogue 2005 n°169*  
*Erès, 16 €*

Ce numéro rend compte d'une partie des interventions du colloque organisé par l'AFCCC-PSYFA en septembre 2004 intitulé « *Le maternel et le féminin* ». Jacqueline Schaeffer s'intéresse au double

courant féminin érotique et maternel qui semble coexister chez la femme : il s'agit de comprendre comment, au cours des étapes de la vie, ces mouvements vont rester antagonistes, en tension, tout en ne s'excluant pas l'un l'autre, jusqu'à réussir à s'intégrer dans le corps de la femme devenue mère.

Claude Zenatti replace les implications personnelles qui l'ont amené à choisir de parler de deux cas d'analyse individuelle. Muriel Soulié propose de dé mêler le maternel du féminin dans le fonctionnement des couples et des familles, œdipiens ou antœdipiens, selon une triple lecture : intrapsychique, interpersonnelle et groupale.

Vincent Garcia et Isabelle Antognelli racontent la timide Pamela affrontée au désir de son époux, lui, désirant un bébé et elle... Annie de Butler et Florence Bécar explorent le vacillement narcissique à l'aube du devenir parent et éclairent la compréhension de ces problèmes en revisitant les angoisses adolescentes autour de la différence sexuelle. Maryse Pascau et Cathy Saulnier nous amènent dans des classes de collège où les adolescentes parlent sexualité en « zappant » littéralement le féminin et ne repérant que le maternel. C'est au cinéma que nous retrouvons Françoise Payen et les rapports troubles et troublés de Gérard Depardieu et Ornella Muti dans *La Dernière femme*, le film de Marco Ferreri, qui montre la difficulté à vivre la différence sexuée jusqu'à en mourir. Jean-Maurice Blassel éclaire la clinique de l'approche familiale et conjugale en conceptualisant quatre types d'articulation entre les deux, avec les choix thérapeutiques qui en découlent. En rebond, Christian Mercier illustre comment une institution d'AEMO peut jouer un rôle de contenance maternelle lorsqu'un professionnel se rend à domicile. Maurice Corcos relate une réflexion théorico-clinique sur l'anorexie mentale et ses traitements. Evelyne Crochot et Evelyne Bouteyre, à partir d'un cas, s'interrogent sur la manière dont deux sœurs, chacune d'une manière différente, prennent soin de leur mère atteinte de la maladie d'Alzheimer. Enfin, poursuivant la réflexion initiée dans le dernier numéro, Claire Metz discute les limites et intérêts du recours au génogramme dans le travail thérapeutique avec les familles.

**Maladie d'Alzheimer : une étude du réseau  
Sentinelles pointe les manques dans la prise en  
charge à domicile**

L'offre de soins pour la prise en charge à domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer est insuffisante selon une étude de l'Inserm menée auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles. Cette enquête, dont un court compte rendu est publié dans *La Revue du praticien-Médecine générale*, a été conduite fin 2004 à la suite d'une première étude qui avait montré la place primordiale du médecin généraliste dans la prise en charge médico-sociale du patient\*. Clément Turbelin et ses collègues de l'unité Inserm U707 à Paris ont dressé un état des lieux de la prise en charge à domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, à partir de questionnaires remplis par 299 médecins généralistes. Ces médecins suivent en moyenne 5,6 patients atteints de la maladie d'Alzheimer, principalement des femmes (65,8%) dont un tiers vivent seules. Ils sont impliqués dans au moins deux diagnostics sur cinq. L'annonce du diagnostic se fait largement plus à la famille (84%) qu'au patient lui-même (22%). Dans 45,2% des cas, le médecin généraliste prescrit des soins infirmiers, suggérant que les patients décrits dans cette étude étaient déjà à un stade évolué de la maladie. Une kinésithérapie est prescrite dans un tiers des cas (35,5%) et une stimulation cognitive dans plus d'un quart (29,8%). En revanche, l'orthophonie est peu prescrite (13,7%) alors que les troubles aphasiques sont fréquents dans la maladie d'Alzheimer. Ce faible chiffre pourrait s'expliquer par une difficulté à obtenir l'adhésion du patient ou des aidants. L'offre de soins apparaît limitée puisque l'accueil de jour était indisponible pour seulement 34% des patients, les programmes d'aide aux aidants dans 42% des cas et la simulation cognitive, qui est strictement hospitalière, dans 43% des cas. A domicile, les deux tiers des patients bénéficient d'une aide ménagère mais seulement 16% ont une auxiliaire de vie. La moitié des médecins interrogés ont jugé la prise en charge médico-sociale insuffisante. Pour améliorer la prise en charge à domicile, les auteurs donnent plusieurs pistes, notamment une évaluation psychosociale multidisciplinaire avant de définir le mode de prise en charge et l'envoi systématique au médecin généraliste de comptes-rendus de synthèse après chaque consultation spécialisée. ■

P.C.

\*La Revue du praticien-Médecine générale, 12 septembre, vol. 19, n°700-701, p.921.

**LIVRES ET REVUES****L'intérêt du psychodrame analytique**

Jean-Marc Dupen  
*Le Fil rouge, PUF, 29 €*

Ouvrage extrêmement rigoureux sur le psychodrame psychanalytique individuel. Ses indications : essentiellement les sujets psychotiques, où la « prise en masse » du transfert rend son interprétation impossible dans le dispositif analytique classique, et risque d'aboutir à une réactivation délirante et persécutive. Dans le dispositif psychodramatique au contraire, (plusieurs thérapeutes-acteurs jouant la fantasmatisation inconsciente d'un seul patient) le « dépliage » spatial et temporel du jeu fantasmatique permet la mise en place d'un « transfert bien tempéré » et rend son interprétation alors possible par le jeu même des thérapeutes. Ces patients ont, en effet, en général gravement souffert d'une carence maternelle de rêverie et de jouer. De nombreux comptes rendus cliniques détaillés de séances illustrent le propos théorique et rendent la lecture de ce livre très instructive.

M. Goutal

**La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003**

*Études et Résultats, Septembre 2005  
 n°427*

En 2003, 85 000 personnes sont entrées en détention dans les établissements pénitentiaires français. La plupart d'entre elles ont bénéficié d'un entretien avec une équipe de soins psychiatriques aux fins de repérage d'éventuels troubles psychiques. 52% des entretiens réalisés dans les établissements dotés d'un service médico-psychologique régional (SMPR) et 20% des entretiens réalisés dans les autres établissements ont donné lieu à une préconisation de suivi psychiatrique. Le taux de recours des détenus aux soins psychiatriques peut, à cet égard, être estimé à 271 pour 1000, soit un taux près de dix fois supérieur à celui observé pour l'ensemble de la population auprès des secteurs de psychiatrie générale. Il est sensiblement supérieur dans les établissements dotés d'un SMPR. L'essentiel de la prise en charge en milieu pénitentiaire est constitué de soins ambulatoires, sous la forme de consultations individuelles ou de groupe. Les contraintes pénitentiaires limitent, de fait, les hospitalisations qui s'effectuent le plus souvent avec le consentement du détenu, dans les locaux du SMPR. En établissement de santé, les hospitalisations d'office sont souvent de courte durée. Les SMPR coopèrent pour la prise en charge des détenus avec les autres intervenants directs en milieu pénitentiaire mais moins avec les secteurs de psychiatrie générale.

Consultable sur Internet, abonnement gratuit à souscrire auprès de la Drees. Fax : 01 40 56 80 38.  
[www.sante.gouv.fr/html/publication](http://www.sante.gouv.fr/html/publication)

**Traité de psychiatrie**

Michael Gelder Richard Mayou et  
 Philip Cowen  
 Traduction dirigée par Patrick  
 Lemoine  
*Médecine-Sciences  
 Flammarion, 149 €*

Cet ouvrage qui est la quatrième édition de l'*Oxford Textbook of Psychiatry*, peut être considéré comme un manuel de base pour les étudiants en psychiatrie et comme un manuel approfondi pour les étudiants en médecine et en psychologie clinique, médecins généralistes et pour tous ceux dont la profession requiert un certain nombre de connaissances en psychiatrie. Les auteurs traitent de l'évaluation en psychiatrie, ainsi que des signes cli-

niques et des symptômes, des troubles mentaux et de l'étiologie des maladies psychiatriques, puis de toutes les affections, depuis les troubles de la personnalité jusqu'aux addictions, en passant par les états anxieux, les maladies dépressives, les syndromes délirants, les troubles des conduites alimentaires, le suicide, etc... la psychiatrie du sujet âgé, celle de l'enfant, des traitements : médicamenteux, les différents types de psychothérapie, etc... L'ouvrage, qui inclut la dernière version de la classification internationale des maladies et du manuel diagnostique et statistique des maladies mentales, se termine par un cha-

pitre de psychiatrie médico-légale.

La totalité des textes a été réactualisée, de même que les références. Deux nouveaux chapitres ont été ajoutés concernant « *La médecine fondée sur la preuve* », ainsi que « *Ethique et droit civil* ». Le second comprend de nouvelles données éthiques, ainsi que de nouvelles dispositions juridiques auparavant intégrées dans un autre chapitre. Les troubles dissociatifs et les troubles somatoformes auparavant dispersés dans plusieurs chapitres ont été regroupés dans un nouveau chapitre.

Dans sa préface, Patrick Lemoine relève que : « *l'on prend conscience du fossé*

*qui sépare le mode de pensée anglo-saxon de celui des Latins. Il ne viendrait à l'idée de personne, en francophonie, d'expliquer en détail comment le thérapeute doit s'asseoir, à quelle distance, du même côté du bureau ou non, s'il doit être souriant, comment jouer si le patient est un enfant, le ton de voix, la durée des entretiens, le coup de téléphone à l'assistante sociale, à la famille. De même, on est sidéré dans le deuxième chapitre de lire comment tenir un dossier, rédiger une observation ou une lettre à un confrère, une expertise à un juge, le style, les rubriques, leur ordre, la longueur, leur clas-*

*sement dans le dossier, etc. On a beau être blanchi sous le harnois, on se dit qu'il reste des choses à apprendre et que, peut-être, il faudrait penser à revoir la manière dont on organise son courrier, le rangement de ses dossiers...*

*Il est systématiquement précisé à chaque chapitre le degré de confiance que l'on peut avoir en telle théorie, l'efficacité de tel traitement, de telle technique. Là aussi, même les plus expérimentés trouveront matière à réflexion et pourront remettre en question certaines idées reçues. La devise de l'ouvrage pourrait être : « foin des idéologies et autres croyances ! ».*

# Pessimisme, mélancolie, troubles dépressifs.

## La dépression est-elle une maladie ?

À l'heure où une passionnante exposition, conçue par Jean Clair, rappelle, au Grand Palais, la constance de la mélancolie dans l'histoire de l'Occident et son développement particulier dans la culture européenne (et notamment chrétienne), l'Institut Lilly ouvrait le mardi 18 octobre, dans le très beau cadre du salon de la Sorbonne, le premier « *Amphi de Psychiatrie* » sur le thème : « *Pessimisme, mélancolie, troubles dépressifs ; la dépression est-elle une maladie ?* ».

En inaugurant ainsi « *Les Amphis de Psychiatrie* », l'objectif de l'Institut Lilly est de créer un lieu d'échanges et de rencontres entre la psychiatrie et diverses disciplines des sciences de l'homme, pour échapper aux oppositions caricaturales et stériles et favoriser les convergences et les fécondations réciproques. L'auditoire était fort divers, où l'on apercevait quelques professionnels de la psychiatrie, mais aussi des représentants de la presse spécialisée ou « *grand public* ».

Le grand salon était donc plein en ce mardi après-midi de début d'automne pour suivre les exposés des experts et participer au débat animé par Laurence Garcia.

Le premier intervenant fut Frédéric Rouillon<sup>(1)</sup> qui était chargé de dessiner l'évolution historique des concepts de dépression. Histoire longue depuis l'antiquité, en passant par l'Acédie du Moyen-Âge, rangée au nombre des péchés (ainsi que sa conséquence le suicide), jusqu'aux concepts médicalisés du XIX<sup>e</sup> siècle. Frédéric Rouillon rappelle la pluralité des approches, et la continuité du questionnement philosophique sur l'interprétation de l'état mélancolique (d'Aristote à Schopenhauer...). L'émergence de la psychopathologie (Ribot, Jaspers) renouvelle l'intérêt pour les modèles médicaux et les discussions nosographiques (Esquirol, Kraepelin), tandis que les approches littéraires (Burton, Chatterton), et la naissance de la sociologie (Durkheim et le suicide) enrichissent le débat. Enfin, renouant avec l'intuition hippocratique, Jean Delay (*Les dérèglements de l'humeur*) contribue au retour des modèles biologiques qui sont aujourd'hui prédominants.

Les classifications DSM et CIM, en proposant un langage commun et en définissant des critères diagnostiques opérationnels, permettent une appréciation de l'importance épidémiologique de la dépression et de ses conséquences économiques : la prévalence dans la population générale serait ainsi, sur la vie, de 8 à 10%, et la pathologie dépressive deviendrait, en 2020, le deuxième problème de santé publique après les maladies cardio-vasculaires.

Mais les questions se posent encore différemment avec l'introduction dans la psychiatrie de la notion de santé mentale ; il ne s'agirait plus d'intervenir sur la souffrance psychologique et sur le caractère pathologique de certains troubles. Il s'agirait plutôt d'une recherche du bien-être, d'une capacité de performance, voire d'une analyse en terme de résilience... mais tous les « *non heureux* » seraient-ils alors des dépressifs qui s'ignorent ? Quelles sont les limites des prises en charge médicales (et économiques).

Alain Ehrenberg<sup>(2)</sup> reprend la question de l'évolution des concepts : la dépression n'est évidemment pas une maladie nouvelle, mais la modification radicale du contexte socio-historique en transforme l'appréhension moderne.

Il s'interroge sur la « *réussite sociale* » du concept, qui s'impose peu à peu à partir des années 70 (alors que cela n'a pas été le cas, par exemple, pour

l'anxiété ou pour la névrose). On s'aperçoit ainsi que l'émergence de l'intérêt pour la dépression accompagne la perte des interdits, de l'autorité et de la discipline, et la montée de la revendication de l'autonomie et de l'idéal de l'acteur libre. Si, pour Freud, la dépression est une maladie de la culpabilité, un trouble lié à une difficulté vis-à-vis de la discipline sociale, la dépression serait plutôt aujourd'hui appuyée sur un sentiment d'insuffisance personnelle de l'individu, figure centrale de la modernité.

L'histoire des thérapeutiques est aussi éclairante : l'intérêt du corps médical pour la dépression est né avec l'ECT, ce qui a conduit à faire de la mélancolie une maladie spécifique ; puis l'apparition des antidépresseurs, avec un spectre d'action plus large, incite à inclure les symptômes névrotiques dans lesquels existe un élément dépressif. Les discussions sur le rôle des traitements occupent une large place dans le champ professionnel : ont-ils un rôle spécifique ou n'assurent-ils qu'une préparation du patient à affronter lui-même ses conflits intrapsychiques ?

On constate une attention nouvelle des médecins envers les émotions et la vie personnelle : la vie psychique connaît une vie sociale... Tout se passe comme si on assistait au déclin de la névrose au profit de la dépression, qui reste, certes, difficile à définir (selon l'intensité, « *masquée* » etc.), mais qui peut avoir des critères standardisés. Les psychanalystes semblent d'accord : aujourd'hui ils ont surtout affaire aux pathologies du vide, aux troubles narcissiques, aux addictions, etc... L'époque voit le déclin de la figure du conflit et de la culpabilité, au profit de la recherche de l'épanouissement et de la performance de l'individu : « *chacun peut devenir quelqu'un par lui-même* ». La souffrance ne vient plus d'un désir insatisfait (la névrose) mais d'un besoin d'être (la peur du vide) ; la dépression serait une pathologie de la valeur que l'on s'accorde.

Puisque la valeur de l'autonomie est centrale, l'accent est placé, dans la dépression, sur le ralentissement psychomoteur et sur l'inhibition, très handicapante dans une société qui n'appelle plus l'obéissance, mais l'initiative. La liberté des mœurs, la liberté dans l'action induit un élargissement majeur des frontières de soi, et le déclin de l'irresponsabilité personnelle : chacun doit avoir des capacités d'agir et de décider en permanence. A la question (« *névrotique* ») « *que m'est-il permis de faire ?* » succède la question (« *dépressive* ») « *suis-je capable de faire quelque chose ?* ». Finalement la dépression peut être pensée comme un cadre d'attente qui rassemble des problèmes très divers, entre l'ancien monde de la Psychiatrie et le nouveau monde de la Santé mentale qui accompagne la modernité. Pour traiter de la différence entre pessimisme sain et mélancolie morbide, Anne Fagot-Largeault<sup>(3)</sup> présente l'histoire du meurtre d'un philosophe et logicien célèbre, suivi du suicide de son épouse atteinte, probablement, d'une maladie mania-co-dépressive. De l'erreur du mari qui pensait pouvoir aider sa femme désespérée, elle tire la leçon suivante : l'affection d'un proche ne suffit pas à guérir une maladie psychiatrique.

Anne Fagot-Largeault se réfère ensuite à Sören Kierkegaard (1849) pour illustrer la pente morbide qui peut faire passer de la désespérance d'une situation ou d'une chose, au désespoir de soi, avec le risque de suicide qui s'ensuit. Elle cite, enfin, Arthur Schopenhauer (1817) qui considère que la luci-

dité philosophique implique la conscience douloureuse que la souffrance fait partie de la vie, et que la compassion pour autrui est le fondement de la morale, sans être un remède à la souffrance : « *...cet homme qui ne fait plus de distinction égoïste entre sa personne et celle d'autrui... cet homme qui dans chaque être se reconnaît lui-même, reconnaît ce qui fait le plus intime et le plus vrai de lui-même, ... fait sien la douleur du monde entier. Désormais, nulle souffrance ne lui est étrangère* ». Ainsi, conclut A. Fagot-Largeault, le déprimé s'engloutit en lui-même, tandis que le philosophe ouvre sur les autres, ce qui pourrait le protéger de la dépression.

« *Y a-t-il une économie politique de la dépression* » demande Claude Le Pen<sup>(4)</sup>. La dépression génère une consommation de soins dont le coût est difficile à établir, et à interpréter. En effet, si l'on peut estimer la dépense, en France, à 1,3 milliard d'euros, est-ce un signe d'importance ou une preuve d'irrationalité ? Pour pouvoir apprécier le coût de la pathologie, il conviendrait en effet de savoir quel serait le coût du non-traitement. Or, ce serait un coût « *social* », lié surtout aux arrêts de travail et aux suicides. La confrontation idéale des coûts du traitement et du non-traitement permettrait d'évaluer la rentabilité de la prise en charge... Bien sûr on peut s'interroger sur la consommation des antidépresseurs en France : elle augmente depuis 10 ans de 5% par an (contre 1,5% pour les anxiolytiques et hypnotiques), et elle est le double de celle d'autres pays européens (Italie, Allemagne, Royaume-Uni).

Elle est évaluée à 65 millions de boîtes (156 millions pour les anxiolytiques et les hypnotiques) et à 730 millions d'euros. Il existe, en réalité, peu de travaux incontestables qui permettraient de comprendre ces disparités. Intervient ici tant des différences épidémiologiques (prévalence plus forte en France), que des modalités de prise en charge différentes. Ainsi, avance Claude Le Pen, on peut concevoir que la prise en charge médicale a, en quelque sorte, « *éliminé ses rivales* » grâce à l'existence de la sécurité sociale. Tout se passe comme si, bien ou mal, l'Etat régulait le système en encourageant la consommation des soins (prévention, insistance sur l'égalité des soins), tout en essayant d'éviter les conséquences financières de ses choix...

Il revint à Michel Lejoyeux<sup>(5)</sup> de clore la série d'exposés en revenant sur les aspects cliniques de la dépression. Il rappelle qu'il convient de distinguer la

tristesse passagère ou la morosité transitoire, qui sont des émotions normales, et la dépression elle-même, maladie qu'il faut soigner. Jean Delay, dès 1946, expliquait que la douleur du déprimé est « *aussi élémentaire et aussi instinctive que la douleur physique* ». Il insistait sur le dérèglement de l'humeur qui « *fait vivre nuit et jour dans l'appel de la mort* », sans commune mesure avec le spleen de la mélancolie romantique. Michel Lejoyeux reprend la description clinique classique de la maladie dépressive en insistant sur les différences avec la tristesse banale : enfermement dans la douleur, ralentissement psychique et physique, culpabilité et perte de l'estime de soi... Il insiste sur la notion de rupture avec le fonctionnement habituel et l'expression de la personnalité. Il souligne les risques de désinvestissement de la vie professionnelle et familiale et l'intérêt d'un traitement précoce.

Enfin, Michel Lejoyeux précise que le traitement associe la prise en charge psychothérapeutique (soutien par le généraliste, psychanalyse ou thérapies cognitivo-comportementales si nécessaire) et l'administration d'antidépresseurs, parmi lesquels les inhibiteurs de recapture de la sérotonine sont actuellement le traitement de première intention. Les réactions dépressives simples bénéficient surtout du soutien psychothérapeutique, et le traitement médicamenteux ne se justifie que si la perturbation de l'humeur persiste plus de six mois. Le débat qui suivit permit aux orateurs de préciser certains points de leurs interventions et de répondre aux questions des invités. On retiendra, en particulier, le risque de rechute élevé (80 à 90% de rechutes « *life time* »). On retiendra aussi les réflexions de Claude Le Pen sur les modalités de prise en charge différentes entre pays européens et les difficultés à interpréter les différences de consommation de médicaments : quel lien pourrait exister entre une consommation trois fois plus élevée en France qu'en Grande-Bretagne, et une durée de consultation du généraliste qui est de 19 minutes en moyenne en France, contre 6 minutes en Grande-Bretagne ? On retiendra aussi l'importance d'un traitement précoce, rappelé enfin par Michel Lejoyeux. ■

Dr Ph. Carrière

(1) Professeur de Psychiatrie, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Hôpital Sainte-Anne, Paris.

(2) Sociologue, directeur de recherche au CNRS (Centre d'Etudes Santé Mentale et Psychotropes), INSERM, Université Paris V.

(3) Philosophe et Psychiatre, Professeur au Collège de France (Philosophie des sciences biologiques et médicales).

(4) Professeur d'économie de la santé, Université Paris-Dauphine.

(5) Professeur de Psychiatrie, Hôpital Bichat, Paris.

### LIVRES ET REVUES

#### La psychiatrie en France : quelles voies possibles ?

Mission nationale d'appui en santé mentale  
Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 12 €

Le paysage de la santé mentale en France a connu, ces dix dernières années, une transformation en profondeur sous l'action conjointe de trois phénomènes : l'explosion de la demande, l'entrée en lice irréversible des usagers et de leurs familles, et un changement de paradigme avec le passage de la psychiatrie à la santé mentale. Le tout sur fond de quarante années de désinstitutionnalisation et de sectorisation. Des modifications législatives et réglementaires s'en sont suivies. Le dispositif existant a été ébranlé et, souvent, débordé par les déséquilibres entraînés par ces changements.

Devant cette crise globale, la Mission nationale d'appui en santé mentale a commencé par dresser un état des nouveaux lieux de la santé mentale, avant de s'interroger sur le fonctionnement des structures existantes et leur devenir. Le besoin d'une refondation se faisait jour déjà dans le rapport Cléry-Melin, Pascal, Kovess. Le plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 confirme que le constat a bien été fait d'un nécessaire changement. Ce sont précisément des voies pour le changement que propose cet ouvrage, issu du rapport d'activité de la MNASM. C'est dire qu'il n'a pas la prétention d'imposer un nouveau dogme de la santé mentale, pas plus qu'un dispositif inscrit dans le marbre. Il s'offre à ses lecteurs comme une incitation à la discussion et au débat.

#### Précarité, exclusion, abandon

Cliniques méditerranéennes 2005  
n°72  
Ères

Un certain nombre de questions traversent ce numéro. La précarité et l'exclusion ne sont pas les seuls apapages du domaine social. Mais est exclusion également celui qui confronte, de par sa difformité, à l'inquiétante étrangeté, ou celui qui en vient à éradiquer le sexuel, précarité de l'adolescent qui vit la reviviscence des angoisses dépressives et la réactivation d'un état de précarité psychique, le sien et celui de ses parents, précarité également de celui dont la situation d'abandon court-circuite toute possibilité d'élaboration psychique.

La précarité n'est pas seulement des effets pathogènes sur les personnes dites exclues mais sur un lieu d'élaboration et de construction, lieu où se noue et se joue pour le sujet la dialectique de son désir. Qu'est-ce que la précarité peut apporter à la psychanalyse ? Par quelles transformations psychiques passe le psychothérapeute amené à écouter celui pris dans « *une souffrance qu'on ne peut plus cacher* » lorsqu'il travaille lui-même dans un cadre extrêmement précaire suscitant souvent l'agir psychique ? Cet appel qui a une grammatique visible signifie-t-elle une autre modélisation : regard-écoute ? Il est essentiel de réfléchir sur les incidences de la précarité sur le travail thérapeutique. Quelle torsion fait-elle subir au cadre et à la dynamique transférentielle ? Si elle est, comme le stipule A. Touraine, un symptôme de la modernité, n'induit-elle pas par moments ou souvent des pratiques cliniques symptomatiques ? Tellement symptomatiques que l'on vient à oublier la réalité psychique et le sujet de l'inconscient.

### Les bourses de recherche de l'Institut Lilly

L'Institut Lilly soutient 6 jeunes chercheurs médecins cliniciens et finance en partie une année de recherche dans le cadre d'une thèse de science ou d'une année de post-doctorat.

En 2005, les membres des jurys ont retenu 6 projets :

- *Etude sur la santé mentale des personnes détenues en France*, Dr Mickaël Lukasiewicz, Hôpital Paul Brousse, Service d'addictologie et de psychiatrie
- *Cerveau et vulnérabilité dépressive*, Dr Cédric Lemogne, Hôpital Bichat, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- *Influence des processus cognitifs sur le traitement de l'information émotionnelle : étude de la connectivité cérébrale chez le patient schizophrène en comparaison avec le sujet sain*, Dr Eric Fakra, Hôpital Sainte Marguerite, Service de psychiatrie
- *Comment le sommeil fait disparaître les symptômes de la Maladie de Parkinson*, Dr Valérie Cochen, Hôpital Saint Antoine, Service de Neurologie
- *Etude des activités électro-encéphalographiques normales et épileptiques du cerveau en développement*, Dr Mathieu Milh, Laboratoire Inmed, Inserm U29, Marseille
- *Comment réaliser une trajectoire optimale pour atteindre son but ?*, Dr Eric Burguière, Collège de France, Paris.

Tous s'engagent à mener ces travaux au cours de l'année 2006 et rendront compte de leurs résultats aux membres du jury en 2006 et 2007.

## LIVRES

**Pédopsychiatrie de liaison  
Vers une collaboration entre  
pédiatres et psychiatres**

Coordinateur D. Bailly  
Progrès en pédiatrie 19, Nouvelle  
série, Doïn

Toutes les études soulignent la fréquence des troubles psycho-pathologiques observés chez les enfants malades, en particulier chez les enfants hospitalisés. Il est clairement établi que la coexistence de problèmes médicaux et psychologiques chez les enfants hospitalisés rend plus difficiles les procédures d'évaluation, augmente les coûts liés aux soins et aggrave le pronostic. Certains pays ont généralisé la pratique de la psychiatrie de liaison, c'est-à-dire l'intégration systématique d'équipes de psychiatre de l'enfant et de l'adolescent au sein des services de pédiatrie. Cette pratique repose sur les données de recherche clinique qui précisent les facteurs de risque susceptibles de favoriser la survenue de troubles psychopathologiques chez les enfants hospitalisés. Certains de ces facteurs peuvent tenir à la maladie, aux modalités de son traitement, à l'enfant lui-même ou à ses parents. Mais d'autres peuvent tenir à l'attitude de l'équipe soignante et à la relation que les soignants nouent avec l'enfant et ses parents. Ainsi, différents modèles d'interventions peuvent être proposés. Certains seront plus spécifiquement dirigés sur l'enfant et ses parents. D'autres viseront à aider l'équipe soignante dans son travail auprès des enfants et des parents. Au vu des données de la littérature, une intervention de la psychiatrie, sous quelque forme que ce soit, se verrait justifiée chez deux tiers environ des enfants hospitalisés. En France, cette pratique reste encore souvent subordonnée à la bonne volonté de chacun. Pourtant, des expériences existent. Le but de cet ouvrage est de présenter ce qu'est la psychiatrie de liaison, ses concepts et ses méthodes, et d'expliquer sa pratique, son intérêt, ses difficultés et ses limites, à partir d'expériences menées par des équipes impliquées dans ce domaine encore méconnu de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Ont contribué à cet ouvrage D. Bailly, T. Baudet, M.-A. Benjelloun, V. Bernard, P. Bizouard, G. Bronsard, L. Brun, R. Caritano, B. Chabrol, M.-B. de Choulyde Lenclave, D. Cohen, H. Desombre, S. Fosse, C. Graindorge, M.-J. Gross, C. Hugonenc, B. Kabuth, N. Le Duigou, M.-F. Le Heuzey, S. Louis, J. Malvy, J. Mancini, P. Mazet, C. Mille, A. Moncla, P. Monin, M.-R. Moro, A. Mutombo, S. Nezeclaf, D. Purper-Ouakil, I. Réal, G. Ropers, N. Rouvière, M. Rufo, M. Schmitt, D. Sibertin-Blanc, V. Sibiril, S. Sigaudy, M. Speranza, C. Vidailhet, S. Vigneron-Cavare, G. Vila, R. de Villard, M. Wiss.

**Etablissements de soins  
publics et privés  
Y a-t-il un avenir au partenariat  
hôpital-clinique ?**

Philippe Rault-Doumax  
L'Harmattan, 19 €

La recomposition de l'offre hospitalière bénéficie depuis plus de trente ans d'un effort législatif cohérent et de plus en plus insistant, surtout depuis les ordonnances du 24 avril 1996 qui créent notamment les Groupements de Coopération Sanitaires (GCS). Les Agences Régionales de l'Hospitalisation, également issues de la réforme de 1996, incitent les établissements de soins à engager des opérations de restructurations. Le GCS apparaît désormais aux pouvoirs publics comme étant la meilleure structure organisationnelle d'accueil : il offre l'opportunité d'organiser un partenariat public-privé innovant dans notre système de santé trop marqué par la césure ville-hôpital depuis les ordonnances de 1968. Si le GCS est problématique par la forte personnalité de ses partenaires, il est aussi prometteur par les apprentissages mutuels et les nouveaux facteurs structurants qu'il apporte.

# « L'abus médicamenteux sthénique » : syndrome comportemental distinct parmi les tentatives de suicide ?

PRIX PREMIERE COMMUNICATION  
BRISTOL-MYERS SQUIBB  
OTSUKA PHARMACEUTICAL FRANCE

La prise en charge des patients admis pour un abus médicamenteux représente une part importante de l'activité psychiatrique aux urgences. A Genève, environ 10% des entrées pour motif psychiatrique correspondent à des abus médicamenteux sévères. La gestion de cette prise en charge est rendue complexe par les considérations institutionnelles (pression de l'urgence, disponibilité des soins d'aval), cliniques (intoxication, psychopathologie) et inter-

subjectives (réactions de rejet, vécu d'échec). Par ailleurs, dans notre pratique, nous retrouvons fréquemment des patients qui présentent, à un moment ou un autre de leur prise en charge, des comportements violents. Ce lien entre comportements violents et actes suicidaires est signalé dans la littérature médicale (Escard E. et coll., 2003).

Différentes hypothèses environnementales sous-tendent le lien entre vio-

lence et tentative de suicide, étayées notamment par des études les corrélant avec les abus ou les négligences de l'enfance (Brodsky BS. et coll., 2001). Sur le plan neurobiologique, il existe par ailleurs des liens entre tentative de suicide, violence et activité sérotoninergique (Oquendo MA. et coll., 2000). Plus spécialement, Rinne a montré, chez des patients borderline, un lien entre l'activité sérotoninergique, l'axe hypothalamohypophysaire et l'existence d'abus ou de négligence dans l'enfance (Rinne T. et coll., 2003).

Au vu de ces éléments, nous formulons l'hypothèse qu'il existe deux formes cliniques distinctes, marquées par des facteurs de vulnérabilité distincts, parmi les patients avec abus médicamenteux, en fonction de l'expression de comportements violents. Ainsi, nous décrivons une tentative de suicide « asthénique » marquée par un plus fort ralentissement, de la tristesse, de l'abattement et une coopération relativement bonne aux soins. Nous l'opposons à une autre forme de tentative de suicide, dite « sthénique », qui s'opposerait point par point à la première, avec un comportement agressif contre les objets ou les personnes, une agitation psychomotrice, de la colère, une forte irritabilité et une faible coopération, voire une franche opposition aux soins.

Pour soutenir notre hypothèse clinique, nous avons donné 3 objectifs à notre étude :

1. Etablir la prévalence des comportements violents dans une population de patients suicidants.
2. En amont de l'admission aux urgences, distinguer les éléments cliniques et socio-démographiques permettant de différencier ces deux sous-populations.
3. En aval de l'admission aux urgences, évaluer les divergences dans les prises en charge concernant ces populations.

**Méthode**

Nous avons réalisé une étude cas-témoin avec un recrutement sur 10

mois, de novembre 2003 à août 2004, aux urgences de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève. Durant cette période 4791 patients ont été accueillis par l'équipe pluridisciplinaire du département des urgences situé au sein de cet hôpital général.

L'équipe psychiatrique est très hiérarchisée : interne, chef de clinique adjoint, chef de clinique, 1° chef de clinique, médecin adjoint et chef de service. L'attribution d'un médecin pour la prise en charge des patients est semi-aléatoire, c'est-à-dire qu'elle dépend principalement des disponibilités des médecins. Le service dispose d'une unité hospitalière de crise (Unité d'orientation et d'évaluation 2-JC) dans l'hôpital général. L'orientation peut aussi se faire en ambulatoire vers des Centres de Thérapie Brève (CTB) ou par retour à domicile ou en hospitalier vers une hospitalisation traditionnelle (Hôpital psychiatrique de Belle Idée).

Pour tous les patients présentant une intoxication médicamenteuse volontaire et sévère, c'est-à-dire pour laquelle une indication de prise en charge somatique initiale a été posée par l'équipe médicale des urgences, nous avons recueilli une fiche anonyme concernant les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients. Cette étude suit les règles éthiques en vigueur à Genève.

Les données ont été traitées sur le logiciel SPSS 12.01. Nous avons utilisé le Khi-2, le t-test pour tester les différences dans les proportions et les moyennes des deux groupes. Une régression linéaire avec un ajustement sur des variables de confusion a permis de tester l'aspect saisonnier. Enfin, nous avons complété ces analyses par des corrélations de Spearman.

**Résultats**

Durant l'étude, nous avons dépisté 478 patients, qui représentent 10% des entrées psychiatriques sur la même période. Sur l'ensemble de ces patients, 59 ont présenté des comportements violents, soit une prévalence de 12,3%, avec un intervalle de confiance à 95% compris dans [11,2-13,4]. L'incidence est supérieure à un cas par semaine.

Dans notre échantillon, majoritairement féminin (sex ratio F/H : 2,5) d'un âge moyen de 37,74 ans (intervalle de confiance à 95% : [36,5-38,9]), aucune caractéristique socio-démographique (Tableau I) ou clinique (Tableau II) n'est significativement différente entre les deux groupes. Nous ne retrouvons pas de différence non plus sur les causes des intoxications (Tableau III). Nous remarquons un effet saisonnier, avec

**Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques des populations admises pour intoxication médicamenteuse volontaire, avec ou sans violence.**

Pas de différence significative

	Sans acte de violence (N=419)	Avec acte de violence (N=59)
<b>Age Moyen (ET) :</b>	37,85 (13,5)	35,89 (11,4)
<b>Sexe N (%) :</b>		
Femme	299 (71,3%)	42 (71,2%)
Homme	120 (28,6%)	17 (28,8%)
<b>Nationalité N (%) :</b>		
Suisse	181 (43,2%)	25 (42,4%)
Non Suisse	124 (29,6%)	17 (28,8%)
Inconnu	114 (27,2%)	17 (28,8%)
<b>Etat civil N (%) :</b>		
Célibataire	114 (27,2%)	18 (30,5%)
Marié	164 (39,1%)	19 (32,2%)
Séparé	89 (21,2%)	10 (16,9%)
Veuf	7 (1,7%)	2 (3,4%)
Inconnu	45 (10,7%)	10 (16,9%)
<b>Niveau socio-économique N (%) :</b>		
En formation	57 (13,6%)	7 (11,9%)
Ouvrier	70 (16,7%)	16 (27,1%)
Cadre moyen	105 (25,1%)	14 (23,7%)
Cadre supérieur	20 (4,8%)	1 (1,7%)
Cadre dirigeant	9 (2,1%)	2 (3,4%)
Inconnu	158 (37,7%)	19 (32,2%)
<b>Occupation à l'entrée N (%) :</b>		
Etudiant	49 (11,7%)	4 (6,8%)
Travail	113 (27%)	15 (25,4%)
Femme au foyer	11 (2,6%)	4 (6,8%)
Retraité	21 (5%)	0
Chômage	129 (30,8%)	19 (32,2%)
Inconnu	96 (22,9%)	17 (28,8%)

**Tableau II : Caractéristiques cliniques des populations admises pour intoxication médicamenteuse volontaire, avec ou sans violence.**

Pas de différence significative

Diagnosics selon les cliniciens		Violence	
		Absente	Présente
Dépendance ou abus d'alcool	Effectif	64	7
	% dans Violence	16,5%	14,3%
Dépendance ou abus de toxique	Effectif	31	7
	% dans Violence	8,0%	14,6%
Trouble de personnalité borderline	Effectif	85	14
	% dans Violence	21,9%	29,2%
Dépression	Effectif	266	33
	% dans Violence	68,2%	68,8%
Trouble de l'adaptation	Effectif	26	3
	% dans Violence	6,7%	6,3%
Trouble bipolaire	Effectif	14	0
	% dans Violence	3,6%	,0%
Trouble psychotique	Effectif	11	3
	% dans Violence	2,8%	6,3%
Total	Effectif	419	59
	% dans Violence	100,0%	100,0%

**Tableau III : Caractéristiques des intoxications des populations admises pour intoxication médicamenteuse volontaire, avec ou sans violence.**

Pas de différence significative

Produit utilisé pour l'intoxication		Violence	
		Absente	Présente
Alcool	Effectif	16	2
	% dans Violence	3,8%	3,3%
Benzodiazépine	Effectif	69	6
	% dans Violence	16,5%	10,0%
Antidépresseur	Effectif	64	6
	% dans Violence	15,3%	10,0%
Neuroleptique	Effectif	24	4
	% dans Violence	5,7%	6,7%
Analgésique et AINS	Effectif	30	3
	% dans Violence	7,2%	5,0%
Thymorégulateur	Effectif	2	0
	% dans Violence	,5%	,0%
Autre	Effectif	67	6
	% dans Violence	16,0%	10,0%
Total	Effectif	419	59
	% dans Violence	100,0%	100,0%

une majoration relative des comportements violents en hiver, indépendamment des variables de confusion représentées par la charge de travail et l'inexpérience relative des médecins au changement de poste universitaire (octobre) (Figure 1).

Dans leur quasi-totalité les patients s'adressent eux même ou via leur entourage aux urgences et 1/3 d'entre eux sont connus du service, sans différences entre les deux groupes. Seuls les patients violents sont transférés en chambre d'isolement (62,7% de ceux-ci).

Les taux d'hospitalisations sont significativement différents entre sujets violents ou non, avec des taux respectifs de 83,1% et 70,6% (Khi-deux = 3,965, ddl=1, p=0,046), le plus fréquemment en Entrée Non Volontaire. Une minorité des sujets présentant des comportements violents sera prise en charge en ambulatoire (Tableau IV). Enfin, ils sont plus fréquemment orientés vers une hospitalisation de longue durée plutôt qu'une hospitalisation de crise (Tableau V).

**Discussion**

Cette étude met en évidence la forte prévalence des conduites agressives chez les patients admis pour intoxication médicamenteuse volontaire (12,3%), marquée notamment par la variabilité saisonnière (majoration hivernale). Par ailleurs, nous n'avons pas mis en évidence de différence clinique ou socio-démographique entre les deux groupes. Enfin, nous avons constaté des taux d'hospitalisation plus importants pour le groupe avec violence, notamment en Entrée Non Volontaire et plus souvent vers une unité psychiatrique traditionnelle que de crise.

Plusieurs études ont montré que les comportements violents, tout comme l'impulsivité, prédisent les tentatives de suicide à venir (Shaughnessy L. et coll., 2004 ; Soloff PH. et coll., 2000 ; Escard E. et coll., 2003). Dans cette étude, en particulier à travers l'importante prévalence retrouvée, nous mettons en évidence une violence spécifique et paradoxale au moment de la prise en charge d'une tentative de suicide.

Parmi les caractéristiques des patients violents dans notre étude, l'existence d'une variabilité saisonnière soutient l'hypothèse d'une co-occurrence avec les troubles affectifs saisonniers, impliquant, eux aussi, l'activité sérotoninergique (Partonen T. et coll., 1998). Ce lien est retrouvé dans d'autres comportements comme l'alcoolisme (Sher L., 2004).

Les médicaments utilisés pour l'intoxication jouent, probablement, aussi un rôle majeur dans l'apparition de comportements violents au cours de la prise en charge. En particulier, la prise d'alcool concomitante ou l'utilisation de benzodiazépines. Ces dernières ont pu être expérimentalement mises en cause

dans la survenue de conduites auto agressives (Bermann ME. et coll., 2005) et ont des propriétés désinhibitrices, particulièrement chez les patients avec troubles de la personnalité. Dans notre échantillon il n'existe aucune différence pour ces variables cliniques et d'intoxication entre les patients avec et sans comportements violents.

Enfin, l'orientation préférentiellement hospitalière et non volontaire de ce groupe de patient est probablement due aux difficultés de mise en place d'une alliance thérapeutique, ce que soutient la fréquente mise en chambre d'isolement. Nos données ne nous permettent pas d'expliquer le recours privilégié à une hospitalisation psychiatrique traditionnelle. Cependant, nous soulignons que les comportements violents favorisent les contre attitudes négatives des équipes soignantes vis-à-vis des patients.

Cette étude comporte plusieurs limites méthodologiques. Principalement, le recueil des données est effectué par les cliniciens qui sont sous la contrainte de l'urgence. A cette qualité relative des données, il faut ajouter l'absence de critères qualitatifs (moment de survenue dans la prise en charge) ou quantitatifs (intensité) concernant la violence.

**Conclusion**

Cette étude soutient notre hypothèse principale concernant l'existence d'un sous-groupe de patients sthéniques parmi les patients admis aux urgences pour un abus médicamenteux. Dans notre étude, cette population est caractérisée par une prévalence importante, une prédominance hivernale et une prise en charge différente. Cette forme clinique nécessite une attention particulière, outre sur la dimension psychopharmacologique, mais aussi sur le risque de rupture de prise en charge. Enfin, en terme de recherche clinique, cette forme clinique interroge sur son étiologie, en particulier son rapport avec les troubles affectifs saisonniers.

**Remerciements**

Nous tenons à remercier l'ensemble de l'équipe du Service d'Accueil, d'Urgences et de Liaison Psychiatrique pour sa participation dans le recueil de données de cette étude. En particulier, nous remercions les Drs Lazignac Coralie, Pirrotta Roberto, Perrin Nicolas ainsi que Mme Burnand Yvonne. ■

**Cailhol Lionel<sup>(1)</sup>, Damsa Cristian<sup>(2)</sup>, Andreoli Antonio<sup>(2)</sup>**

(1) Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, Centre Hospitalier Universitaire de Purpan-Casselardit, 170, avenue de Casselardit, 31059, Toulouse Cedex, France. lcaihol@infonie.fr

(2) Service d'Accueil, d'Urgences et de Liaison Psychiatrique, Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, rue Micheli du Crest 24, 1211 Genève 14, Suisse.

Texte de la communication présentée à la 103ème session du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française à Nice, du 20 au 23 juin 2005, dans le cadre du Prix Première Communication de Bristol-Myers Squibb - Otsuka Pharmaceutical France.

**Bibliographie**

ESCARD E, HASS H, KILLIAS M, Parasuicide et violence: aspects criminologiques d'une étude de 21 314 recrues militaires masculine en Suisse, Encéphale 2003 ; 29(1): 1-10.  
BERMAN ME, JONES GD, MC CLOSKEY MS, The effects of diazepam on human self-aggressive behavior, Psychopharmacology (Berl) 2005 ; 178(1):100-6.  
BRODSKY BS, OQUENDO M, ELLIS SP, HAAS GL, MALONE KM, MANN JJ, The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression, Am J Psychiatry 2001 ; 158(11):1871-7.  
OLDHAM JM, GABBARD GO, GOIN MK, GUNDERSON J, SOLOFF P, SPIEGEL D, STONE M, PHILLIPS KA, Practice

guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder, practice guideline for the treatment of psychiatric disorders, Compendium 2004, American Psychiatric Association, Arlington, Virginia, 745-834.

OQUENDO MA, MANN JJ, The biology of impulsivity and suicidality, Psychiatr Clin North Am 2000 ; 23(1):11-25.

PARTONEN T, LONNQVIST J, Seasonal affective disorder, Lancet 1998 ; 24, 352(9137):1369-74.

SHAUGHNESSY L, DOSHI SR, JONES SE. Attempted suicide and associated health risk behaviors among Native American high school students, J Sch Health 2004 ; 74(5):177-82.

RINNE T, DE KLOET ER, WOUTERS L, GOEKOOP JG, DE RIJK RH, VAN DEN BRINK W, Fluvoxamine reduces responsiveness of HPA axis in adult female BPD patients with a history of sustained childhood abuse, Neuropsychopharmacology 2003 ; 28(1):126-32.

SHER L, Alcoholism and seasonal affective disorder, Compr Psychiatry 2004, Jan; 45(1):51-6.

SOLOFF PH, LYNCH KG, KELLY TM, MALONE KM, MANN JJ, Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study, Am J Psychiatry 2000 ; 157(4):601-8.

**Tableau V : Orientation des patients admis pour un abus médicamenteux sur les différentes structures de prise en charge, en fonction de la présence ou non de comportements violents.**

Les patients violents sont plus fréquemment orientés vers l'hospitalisation traditionnelle (Hôpital psychiatrique de Belle Idée), plutôt que vers l'hospitalisation de crise (Unité d'observation et d'évaluation 2-JC) (Khi-deux=15,089, ddl=4, p=0,005).

Prise en charge au décours des urgences	Acte de violence durant l'hospitalisation	Acte de violence durant l'hospitalisation		Total
		Absence	Présence	
Hôpital psychiatrique de Belle Idée	Effectif	88	24	112
	% dans Acte de violence durant l'hospitalisation	21,0%	40,7%	23,4%
Unité d'observation et d'évaluation	Effectif	169	24	193
	% dans Acte de violence durant l'hospitalisation	40,3%	40,7%	40,4%
Centre de Thérapie Brève (CTB)	Effectif	50	4	54
	% dans Acte de violence durant l'hospitalisation	11,9%	6,8%	11,3%
Retour à domicile	Effectif	71	6	77
	% dans Acte de violence durant l'hospitalisation	16,9%	10,2%	16,1%
Autre	Effectif	41	1	42
	% dans Acte de violence durant l'hospitalisation	9,8%	1,7%	8,8%
Total	Effectif	419	59	478
	% dans Acte de violence durant l'hospitalisation	100,0%	100,0%	100,0%

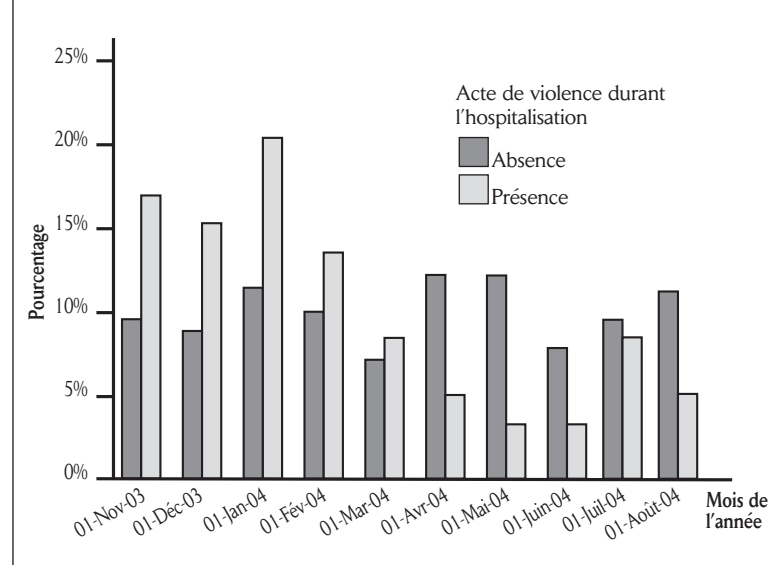
**Tableau IV : Modalités de prise en charge des patients admis pour un abus médicamenteux, en fonction de la présence ou non de comportements violents**

Les patients violents sont plus fréquemment hospitalisés en Entrée Non volontaire (Khi-deux : 14,512, ddl=4, p=0,006).

Modalité de prise en charge		Violence		Total
		Absente	Présente	
Entrée Non Volontaire	Effectif	223	46	269
	% dans Violence	53,2%	78,0%	56,3%
Entrée Volontaire	Effectif	55	1	56
	% dans Violence	13,1%	1,7%	11,7%
Ambulatoire	Effectif	124	10	134
	% dans Violence	29,6%	16,9%	28,0%
Autre	Effectif	1	0	1
	% dans Violence	,2%	,0%	,2%
Inconnu	Effectif	16	2	18
	% dans Violence	3,8%	3,4%	3,8%
Total	Effectif	419	59	478
	% dans Violence	100,0%	100,0%	100,0%

**Figure 1 : Comparaison des nombres de patients admis pour abus médicamenteux sévères en fonction de la présence ou non de comportements violents, au cours de l'année.**

L'effet saisonnier (p<0,01) persiste lorsque nous corrigeons par régression linéaire avec le nombre d'entrée par jour, le nombre de patients admis pour abus médicamenteux par jour et le niveau hiérarchique du médecin ayant pris en charge le patient (Régression 1,237, ddl=4, F=2,902, p=0,022).



**LIVRES**

**Traiter les traumatismes psychiques Clinique et prise en charge**

Françoise Lebigot Dunod, 29 €

Cet ouvrage comporte une partie clinique et une partie thérapeutique. La partie clinique est une sorte de plaidoyer contre le stress envahissant et s'inspire de Freud et même de Lacan, mais de façon simplifiée et aménagée, en particulier en ce qui concerne le « refoulement originare ». Puis vient un chapitre sur l'effroi, concept introduit par Kraepelin et explicité par Freud. Sont intégrés à la clinique traditionnelle les « états dissociatifs » qui, autrefois, se répartissaient en différents secteurs de la pathologie aiguë (angoisse, états prépusculaires ou confusionnels, phénomènes de la répétition).

La partie thérapeutique commence par un rappel sur la catharsis. Aujourd'hui encore ce concept-méthode est vivace dans le champ de la psychotraumatologie. Les soins immédiats commencent, en pays francophones, à faire l'objet d'un véritable savoir. Les soins post-immédiats sont très importants, pas seulement à cause de la notoriété qu'a acquise le débriefing, en mal ou en bien. François Lebigot pense que cette technique est irremplaçable. Ce chapitre se termine sur les psychothérapies psychodynamiques, qui ne sont pas des psychanalyses. Les autres formes spécifiques de psychothérapie ne sont pas abordées, l'auteur qui n'en ayant pas la pratique, a préféré ne pas paraphraser ceux qui les utilisent et font part de leur expérience. Le livre se termine par le compte rendu de quatre psychothérapies, déjà parues dans des revues de psychiatrie.

**Le Guide Pratique du Thésard**

Hervé Maisonneuve 4ème édition Editions Scientifiques L&C, Sanofi Aventis

Ce Guide pratique du thésard est découpé en trois sections : avant, pendant et après la thèse. Chaque chapitre est précédé des notions essentielles à retenir et illustré d'exemples concrets. Cette quatrième édition, avec une mise en page actualisée, est complétée par une proposition de plan sous format d'un document word, téléchargeable sur le site www.aventispharma.fr. Ce document permet aux étudiants de commencer à organiser une présentation logique des idées principales.

**L'école et les sciences**

Études réunies et présentées par Jean Lombard L'Harmattan, 17,50 €

L'indifférence au savoir et aux exigences de la raison, marque d'une certaine modernité, soulève plus que jamais la question des devoirs de l'École envers la cité savante et envers la cité tout court. Six études de Bruno Barthélemy, Charles Coutel, Bernard Jolibert, Jean Lechat, Yves Lorvellec et Bernard Vandewalle réexaminent, à partir des pratiques pédagogiques actuelles et des idéaux qui les fondent, les conditions et les enjeux de l'accès scolaire au savoir scientifique, les apports de la philosophie à ce débat fondateur, la « contre-révolution épistémologique » qui fait de la science elle-même un obstacle, l'idée, essentielle mais souvent malmenée, de culture scientifique. Si l'enseignement des sciences pose, avec plus d'acuité, les problèmes actuels de l'action éducative, c'est qu'il a dans l'éveil à la vérité une responsabilité et un pouvoir propres.

## LIVRES

**Le Couple ou le dialogue inconscient**Danielle Bastien  
Imago, 20 €

Danielle Bastien est psychanalyste, responsable de l'Unité clinique du couple dans un service de santé mentale à Bruxelles, et chargée de cours à la faculté de psychologie de Louvain. Elle a publié, aux Éditions Imago, *Le Plaisir et les Mères* en 1997. Dans ce livre, elle expose, de façon vivante, la rencontre initiale, la vie partagée, le poids du passé et des familles, la naissance des enfants et les modifications qui en résultent pour chaque conjoint. Ces aspects sont resitués, au-delà du discours manifeste, dans la dynamique d'un dialogue des profondeurs. Ainsi prend place, dans un cadre théorique, une réalité dont chacun pressent la justesse et la portée, celle de l'« *inconscient du couple* ».

**100 mots pour comprendre la voyance**

Bertrand Méheust

*Les Empêcheurs de penser en rond*  
15 €

La voyance : un sujet sulfureux qui diviserait irrémédiablement rationalistes et illuminés ? Dans cette enquête sérieuse, Bertrand Méheust montre que la question est loin d'être aussi tranchée. Si la plupart des scientifiques refusent, a priori, de se pencher sur ces phénomènes inexplicables, certains, expériences à l'appui, considèrent qu'il existe certains pouvoirs de l'esprit que la science doit tenter d'expliquer.

**Le management des compétences en action sociale et médico-sociale**Pierre Bechler avec la collaboration de Bernard Pouprix  
Dunod, 45 €

Les auteurs abordent les enjeux relatifs à la gestion des compétences dans les organisations sociales pour tenter de construire, parfois non sans humour, et avec l'aide de situations et d'exemples, une sociologie politique de ce champ. Les démarches et méthodes proposées considèrent les organisations d'action sociale comme le nouveau centre de gravité de l'intervention sociale en France. Les processus de management participatifs sont présentés comme un facteur clé de réussite de projets, au service d'usagers regardés comme des acteurs responsables de leur avenir.

# L'adaptation et ses limites : le trouble de l'adaptation avec anxiété

Dans le cadre du Congrès PSY&SNC 2005, Frédéric Rouillon (Hôpital Sainte Anne, Paris) a animé la conférence sur le thème « *L'adaptation et ses limites : le trouble de l'adaptation avec anxiété* » organisée avec le soutien du laboratoire BIOCDEX, il a rappelé les critères diagnostiques du trouble de l'adaptation avec anxiété (TAA) :

A. Développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiables, au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci ou ceux-ci.

B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :

- soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress,

- soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel.

C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un trouble spécifique de l'Axe I et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

D. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un deuil.

E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

On distingue deux formes de TAA : une forme aiguë (si la perturbation persiste moins de 6 mois) et une forme chronique (si elle dure 6 mois ou plus). La fréquence de ce trouble atteint 10% parmi les patients consultant en médecine générale pour un motif d'ordre psychologique. Isabelle Ferrand (Hôpital Cochin, Paris) a présenté un observatoire du TAA réalisé dans des conditions proches de la réalité. Cette étude naturaliste a concerné 947 médecins généralistes qui ont inclus 2 826 patients. Il s'agit, le plus souvent, de femmes (68%), l'âge moyen est de 43 ans. Ce trouble touche en premier lieu des sujets actifs (77% exercent une activité professionnelle). Cet observatoire précise que parmi les événements de vie récents susceptibles selon les patients d'avoir provoqué un TAA, les événements familiaux (conflits conjugaux, divorce, séparation, maladie du partenaire) sont au premier plan (37%), suivis des événements professionnels (conflits et restructuration professionnelle 28%) et personnels (17%). De plus, il permet pour la première fois

en médecine générale d'établir un lien entre la nature de l'événement déclenchant et la sévérité de l'anxiété ressentie, les événements familiaux ou personnels étant associés à un niveau d'anxiété très élevé. La sévérité de l'anxiété ressentie augmente avec le nombre d'événements stressants vécus par le patient. Enfin, cet observatoire du TAA précise que, quelle que soit la nature de l'événement déclenchant, le handicap ressenti est important, très important ou intense pour les deux tiers des patients. Il montre, par ailleurs, que plus l'anxiété est grande, plus le handicap ressenti dans tous les domaines est important.

Pour Christophe André (Hôpital Sainte-Anne, Paris) la compréhension psychopathologique du TAA repose sur la notion d'une rupture d'homéostasie entre la personne et les demandes environnementales. Les stratégies de contrôle (copings) habituellement utilisées s'avèrent, alors, inadaptées face à l'augmentation des facteurs stressants. Les patients anxieux ont tendance à focaliser leur attention. L'anxiété a pour fonction de mobiliser les ressources de la personne, de détecter les menaces mais peut détériorer la qualité de vie. On doit expliquer aux patients anxieux qu'on ne peut pas complètement supprimer l'anxiété, mais qu'on peut en faire un meilleur usage.

Différentes études montrent que les animaux qui n'ont pas de contrôle sur le stress subi (par ex. décharge électrique) sont plus atteints que ceux qui peuvent contrôler la survenue des événements désagréables. Un des objectifs du traitement est d'augmenter le sentiment de contrôle.

Les patients anxieux perçoivent les problèmes comme des menaces. L'existence de problèmes est considérée comme anormale. Les émotions éveillent des schémas cognitifs (croyances profondes) et, par la suite, des pensées automatiques. L'induction émotionnelle est plus intense chez les anxieux que chez les témoins. Il s'agit d'un problème de régulation de l'humeur. Les ruminations et les soucis jouent, probablement, le rôle de symptôme-écran par rapport à l'irruption d'images et de scénarios anxiogènes. Les ruminations empêchent l'émergence d'images angoissantes. Ce phénomène représente alors un évitement cognitif qui mène à la chronicisation. D'autres études constatent que les angoissés ne différencient pas les menaces minimales des menaces importantes. Leurs réactions sont similaires dans ces deux situations.

Afin d'éviter une récurrence du TAA le clinicien dispose de différents moyens :

- identification et remise en question des évaluations anxiogènes automatiques (approche cognitive classique) ;

- exposition aux scénarios catastrophe (désensibilisation à l'émotion anxieuse) ;

- utilisation de la relaxation et de la méditation de type « *Mindfulness* » (la personne est en état de relaxation, constate juste ses pensées et ce qui se passe sans activer les schémas cognitifs, les pensées automatiques et les réactions). Elle ne doit pas chasser les pensées provoquées par un événement et doit prendre conscience de ses schémas cognitifs, de ses pensées, sans essayer de les chasser, mais en même temps sans s'y soumettre ;

- prescription médicamenteuse. Aujourd'hui, il n'existe aucune recommandation précise pour le traitement médicamenteux du TAA. Les benzodiazépines sont largement utilisées, malgré leurs inconvénients. Olivier Blin (Hôpital de la Timone, Marseille) a présenté l'étude ETILOR qui porte sur le traitement pharmacologique du TAA. L'objectif de cette étude était de com-

parer l'activité anxiolytique de l'éti-foxine et du lorazépam dans le traitement du TAA en médecine générale par une recherche de non-infériorité de l'éti-foxine.

L'éti-foxine est une molécule non benzodiazépine, prescrite en France depuis 1979. Son mécanisme d'action passe par une inhibition de la transmission GABA-ergique à travers deux mécanismes : la fixation sur le canal GABA-canal Chlore sur un site différent de celui des benzodiazépines ; la stimulation de récepteurs benzodiazépine mitochondriaux qui contrôlent la synthèse de neurostéroïdes impliqués dans le comportement, comme l'alloprenolone.

Les patients inclus souffraient de TAA (DSM-IV). Ils ont reçu les posologies usuelles de éti-foxine (50 mg x 3/i) ou de lorazépam (0,5-0,5-1 mg) pendant 28 jours. Ils ont été évalués à J0, J7 et J28, puis 7 jours après l'arrêt du traitement J35. Le critère principal d'efficacité était le score d'anxiété Hamilton (HAM-A) à J28 ajusté sur J0. Les autres critères étaient le score HAM-A à J7 et à J35, l'impression clinique globale (CGI), le handicap de Sheenan et l'adaptation sociale SAS-SR.

Sur 191 patients inclus et randomisés,

189 ont été pris en compte dans l'analyse de la tolérance, 185 en intention de traitement (ITT) et 143 dans la cohorte « *Valid for Efficacy* » (VFE). Les populations étaient comparables à JO. L'activité anxiolytique de l'éti-foxine n'était pas inférieure à celle du lorazépam. En ITT les deux traitements avaient une activité équivalente, mais on a observé plus de répondeurs (baisse du score HAM-A 50%) sous éti-foxine. La CGI, le handicap de Sheenan, et le SAS-SR étaient améliorés dans les deux groupes de traitement à J28, mais avec plus de patients nettement améliorés dans le groupe de l'éti-foxine, (ITT, éti-foxine = 73,3% ; lorazépam = 57,1 %, p = 0,022). L'index thérapeutique moyen à J28 était meilleur dans le groupe E, et le nombre de patients rapportant une efficacité importante sans effet secondaire y était significativement plus élevé (ITT, éti-foxine = 78,9 %, lorazépam = 62,6%, p = 0,038). A J35, l'effet anxiolytique (score HAM-A) et la CGI, étaient globalement inchangés par rapport à J28. Conclusion : dans cette étude, l'éti-foxine a été au moins aussi efficace que le lorazépam dans la prise en charge du TAA, avec plus de patients répondeurs sous éti-foxine.

Le traitement pharmacologique diminue la réaction émotionnelle, permet l'utilisation des méthodes psychothérapeutiques et réduit les risques de chronicisation. ■

Vesselin Petkov

**Petits Complexes et Grosses Déprimés**Christophe André et Muzo  
Éditions du Seuil, 19,50 €

Si le cogito cartésien et la formule du « *je doute donc je suis* » ont ouvert, au 17<sup>ème</sup> siècle, l'ère de la science moderne, à en croire le psychiatre Christophe André l'époque actuelle serait plutôt au : « *Je doute (trop) donc je souffre* ».

Le doute sur soi fait pourtant partie intégrante du fonctionnement psychologique de l'homme et trouve son point d'origine dans deux grandes aptitudes qui caractérisent l'être humain : la conscience de soi et l'aptitude à se représenter les pensées de l'autre. Si le doute participe positivement à la capacité de se remettre en question, il peut également devenir un handicap, notamment lorsqu'il aboutit à l'autocritique.

Christophe André distingue, du plus visible au plus intime, trois niveaux du doute personnel : le déficit d'affirmation de soi, le manque de confiance en soi et la mésestime de soi.

Si l'estime de soi traduit le rapport intime, souvent inconscient, à soi-même, la confiance en soi correspond à l'assurance dans ses capacités alors que l'affirmation de soi marque l'aptitude à exprimer et extérioriser ses pensées et désirs. Ces trois niveaux sont interdépendants. De ce fait, agir sur un des aspects du rapport à soi aura des conséquences sur les autres niveaux, y compris sur l'estime de soi.

Cette question générale du manque de confiance en soi ouvre le livre de Christophe André et de l'illustrateur Muzo. Ceci n'est pas un hasard si l'on considère que les autres « *complexes et grosses déprimés* » développés dans les pages qui suivent intègrent, d'une façon ou d'une autre, les conséquences psychopathologiques d'une mauvaise estime de soi. Pour prendre l'exemple développé au troisième chapitre, l'apparence physique fait partie intégrante, selon Christophe André, de l'estime de soi. Accepter son apparence physique, ou ce qu'elle suppose être, permet d'établir un rapport pacifié avec soi-même.

Les effets de la mésestime de soi sont également impliqués dans la dépression ou au sein de troubles anxieux comme l'hypochondrie.

Doutes sur soi, peur de la maladie, complexes physiques, dépression, pour chacune de ces difficultés, Christophe André organise son propos de la façon suivante : après avoir proposé une grille de questions permettant au lecteur de se situer face au problème évoqué, l'auteur présente le problème sous ses différents aspects, du normal au pathologique, en donnant, à chaque étape de sa présentation, des repères sémiologiques, des tentatives d'explication intégrant l'influence de notre société et des ébauches d'actions thérapeutiques. C'est ainsi que la question du moral est abordée au sein d'un parcours allant de la simple tristesse à la maladie bipolaire, en passant par la dépression et la dysthymie.

Christophe André, tout en présentant pour chaque trouble de l'humeur les principaux symptômes, discute notamment des liens entre pensée et humeur et des traitements proposés dans le cadre de la dépression. L'auteur fait alors valoir tout autant l'efficacité d'un traitement biologique (antidépresseurs, sismothérapie) que celle des psychothérapies comportementales et cognitives. Cette forme de psychothérapie, parfois associée à un traitement médicamenteux, est également indiquée, selon l'auteur, dans le cadre des troubles anxieux, et semble procurer un certain soulagement dans les cas de dysmorphophobie.

*Petits complexes et grosses déprimés* apparaît comme un livre traitant de l'équilibre, et pas seulement de l'équilibre psychologique : Christophe André nous montre, en effet, comment « *se sentir bien* » se situe toujours dans un délicat juste milieu et équilibre entre le « *trop* » et le « *pas assez* ». De ce fait, si l'hypochondrie et les obsessions concernant les maladies parasitent la vie quotidienne, la position inverse, que l'on retrouve notamment chez les hyperactifs et les sujets anxieux, c'est-à-dire ne pas du tout être attentif à sa santé, peut également être source de difficultés. Si ce livre tente de donner des conseils et informations sur les petits complexes et graves handicaps psychiques, les propos du psychiatre et la précision et l'humour souvent noir des dessins de l'illustrateur sont avant tout une invitation à s'interroger sur soi-même.

E. Bertrand

**PRIX MICHEL SAPIR 2006**  
sous l'égide de la Fondation de France

RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ  
Ce prix de 3 000 euros est destiné à l'auteur du meilleur travail inédit sur :

**LES INCIDENCES INCONSCIENTES DANS LA RELATION SOIGNANT SOIGNÉ ET LEUR EFFET SUR LE SOIN**

Les manuscrits seront soumis au jury du prix présidé par le Professeur Jean Jacques KRESS

et composé de :

Madame le Docteur Simone COHEN-LÉON, Docteur Guy EVEN,  
Professeur Jean GUYOTAT, Docteur Simon Daniel KIPMAN,  
Docteur Daniel OPPENHEIM,  
Madame Marie Odile SUPLIGEAU et Docteur Arthur TRENKEL

Les manuscrits sur un travail clinique et son soubassement théorique, en langue française (de 30 à 100 pages) doivent être adressés en 5 exemplaires dactylographiés avant le 30 juin 2006

à Madame le Docteur Cohen-Léon (AREFFS)  
11 square de Clignancourt - 75018 Paris  
Fax : 01 42 64 54 56

Le Prix sera décerné en décembre 2006

# Etat de stress post-traumatique

## Epidémiologie

(Pr Frédéric ROUILLON,  
Hôpital Sainte-Anne, Paris)

L'état de stress post-traumatique représente un problème de santé publique dont l'importance est considérable ; le handicap est souvent sévère. De plus, le champ des conséquences psychopathologiques consécutif à un événement potentiellement traumatique ne se résume pas au seul PTSD (Etat de stress post-traumatique), mais embrasse d'autres troubles : troubles de l'humeur, troubles anxieux, abus de substances, troubles psychosomatiques. Les taux de prévalence de l'état de stress post-traumatique varient selon les critères de diagnostic retenus et, surtout, selon la population concernée. Ils se situent, en population générale nord américaine, entre 1 et 10% et autour de 2% en Europe. Leur prévalence est, bien entendu, beaucoup plus élevée dans les populations exposées à des événements psycho-traumatiques : - 15 à 20% chez les vétérans de guerre, - 25 à 85% chez les réfugiés de guerres civiles ou de génocides, - 10 à 30% chez les pompiers ou sauveteurs intervenants de catastrophe, - 10 à 45% chez des victimes d'agression ou de catastrophe, - 65 à 80% chez des victimes de viols. Les facteurs de risque indépendants de l'événement traumatique sont : - sexe féminin, - faible niveau socio-éducatif, - antécédents psychiatriques, - absence de soutien social, - antécédents d'événement comparable ou de blessure grave, - intensité du traumatisme. Les facteurs de risque plus directement liés à l'événement traumatique sont : - la perte d'un proche ou le fait d'avoir été témoin d'une mort (Bryant et al, 1995 ; Ursano et al, 1995), - le fait d'avoir fortement risqué sa vie (Selle et al, 1997) ou d'avoir été grièvement blessé physiquement (Resnick et al, 1992 ; Abenham et al, 1992 ; Jehel et al, 1999), - le fait d'avoir des tâches mortuaires comme des manipulations de cadavres (De Montleau et al, 1998).

## Critères diagnostiques et clinique

(Dr Nathalie PRIETO, Hôpital  
Edouard Herriot, C.U.M.P., Lyon)

L'événement traumatique est générateur d'un vécu de mort. Le sujet a le sentiment de ne plus maîtriser sa vie. La perte de contrôle est traumatique. La personne peut développer un sentiment de culpabilité, culpabilité qui représente une recherche de sens (« J'aurais pu faire ceci pour éviter cela », « Si je n'avais pas... »). La culpabilité est douloureuse mais permet de se réapproprier le contrôle. Dans les 24 heures après l'événement, la clinique se réfère à la notion de stress c'est-à-dire à la mobilisation d'une réaction biologique (décharge adrénérge), physiologique et psychologique intense qui va, lors d'un stress adapté, aider le sujet à faire face au danger (incitation à l'action, mobilisation, rapidité de l'action). En stress dépassé, la réaction déborde les capacités de défense psychique entraînant : - un état dissociatif, - une sidération avec incapacité de se mettre à l'abri, - une agitation qui empêche les secours, - une fuite qui peut mettre en danger (suicide, défenestration lors d'un incendie). Dans les jours qui suivent l'événement et avant un mois, la clinique est surtout marquée par des troubles anxieux

(appréhension, troubles de la mémoire et de l'attention, inhibition), une tristesse de l'humeur, des ruminations incessantes autour de l'événement avec la possible apparition de troubles traumatiques spécifiques tels que définis dans l'état de stress post-traumatique. Ce stade est très improprement appelé « *Etat de Stress Aigu* ». Les personnes souffrant de cet état de stress ont, souvent, le sentiment d'être exclues de leur groupe d'appartenance.

Suite à la guerre au Vietnam les psychiatres américains ont inclus l'état de stress post-traumatique dans le DSM. L'état de stress post-traumatique diffère de la plupart des autres catégories diagnostiques psychiatriques car il inclut, dans sa définition, la cause présumée, le DSM-IV exigeant la présence d'un stress traumatique extrême, menaçant la vie ou l'intégrité physique du sujet ou d'autrui. Les événements traumatiques comprennent, notamment, le combat militaire, les agressions personnelles violentes (agression sexuelle, attaque physique), la prise d'otages, le kidnapping, les attaques terroristes, l'incarcération en tant que prisonnier de guerre ou dans un camp de concentration, les catastrophes naturelles, les accidents de voiture graves etc.

De plus, la réaction du sujet a dû se traduire par « *une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur* ». Par ailleurs, l'établissement du diagnostic exige la présence pendant au moins un mois, des trois types de symptômes suivants :

- reviviscence de l'événement traumatique (diurne avec des flashbacks ou nocturne avec des cauchemars et une insomnie tenace),
- évitement persistant des stimuli associés au traumatisme,
- symptômes persistants traduisant une activation neuro-végétative (des sueurs, une tachycardie, des réactions de sursaut, état d'alerte constante etc.).

Ces symptômes doivent entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. On peut observer un détachement et un désintéressement. Les personnes souffrant de ce trouble divorcent plus souvent.

Le traumatisme psychique peut être à l'origine de modifications profondes de la personnalité : existence centrée sur l'événement (notion d'avant et d'après), impression d'incommunicabilité des sentiments vécus, repli affectif, désinvestissement des objets antérieurs de plaisir, professionnels voire conjugaux et familiaux. Les proches, souvent, ne comprennent pas que les patients n'oublient pas le traumatisme. Les personnes atteintes d'un PTSD deviennent irritables et caractérielles. Elles attendent une réparation, la rancoeur contre l'agresseur se transforme en rancoeur contre la société.

Au PTSD peuvent s'associer d'autres troubles tels que les troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des abus de substance (alcool, médicaments), des somatisations...

Le PTSD est un diagnostic qui est souvent méconnu par les patients mais aussi par les médecins. Il peut être masqué par la présence d'autres troubles (dépressions, troubles anxieux etc.). Souvent, les personnes atteintes de PTSD ne savent pas qu'ils peuvent se faire soigner ou craignent la stigmatisation. A été donné l'exemple d'un épisode dépressif majeur. Après la disparition du syndrome dépressif le patient continue à se plaindre de cauchemars. En explorant le contenu de ses cauchemars on s'aperçoit qu'il s'agit non pas d'un symptôme résiduel de la dépression mais d'une reviviscence des images traumatisantes. Tel patient était brancardier. Il ramassait des corps mutilés de soldats. Dans ses rêves il voyait

leurs visages défigurés. En recherchant activement d'autres symptômes de PTSD on a retrouvé des flashbacks déclenchés par des bruits dans la rue, une réaction de sursaut et une réaction neurovégétative. Il s'inquiétait souvent « *pour rien* » et était vite en sueur devant des situations potentiellement menaçantes. Ses collègues se moquaient de lui quand il évitait ces situations. Ce patient a subi ce trouble pendant plus de trente ans...

## Données thérapeutiques

Pour le Dr Prieto la temporalité conditionne la prise en charge du PTSD. L'abord thérapeutique diffère en fonction de la phase à laquelle se trouve le patient. Pendant la crise, le rôle du thérapeute est de contenir les émotions, de mettre de l'ordre, d'introduire la pensée et d'aider la personne à retrouver le sentiment de contrôle. Le débriefing à ce stade serait très intrusif et peut faire revivre le traumatisme. Une intervention spécialisée s'impose si on observe des symptômes spécifiques deux semaines après le traumatisme. Les soins post-immédiats comprennent :

- le débriefing,
- la Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC) qui privilégiera l'information sur la maladie, l'auto-surveillance des symptômes, l'exposé des situations évitées, la remémoration des images traumatiques pour les intégrer dans l'ensemble de l'expérience du patient et la restructuration cognitive, la lutte contre la culpabilité et les perceptions fausses,
- la psychothérapie psychanalytique qui a pour but de modifier les conflits inconscients réactivés par les événements traumatiques,
- l'hypnose,
- le soutien psychosocial,
- le traitement médicamenteux. Les ISRS qui ont démontré leur efficacité par rapport au placebo, ainsi que d'autres psychotropes, ce qui n'est pas le cas des IMAO ou des tricycliques.

Les bêta-bloquants et la clonidine peuvent être utilisés ponctuellement contre l'hyperadrénérge.

A ce jour, en France seul le Deroxat® possède une AMM officielle dans le traitement de l'état de stress post-traumatique.

Deux études cliniques ont permis de démontrer une amélioration significative des symptômes sous Deroxat® (chlorhydrate de paroxétine hémi-hydraté) des patients souffrant d'Etat de Stress Post-Traumatique. Il s'agit de deux études menées en double aveugle, randomisées, multicentriques en groupes parallèles :

- l'étude Tucker (Tucker P et al. *Paroxetine in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: results of a placebocontrolled, flexible-dosage trial*, J Clin Psychiatry 2001, 62, 860-8.) qui inclut 307 patients âgés d'au moins 18 ans (156 sous placebo et 151 sous Deroxat® à doses flexibles comprises entre 20 mg/j et 50 mg/j) ;
- et l'étude Marshall (Marshall RD et al. *Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo controlled study*, Am J Psychiatry 2001, 158, 1982-8) qui inclut 551 patients âgés d'au moins 18 ans (186 sous placebo, 183 sous Deroxat® 20 mg/j, 182 sous Deroxat® 40 mg/j).

Chez ces patients diagnostiqués comme ayant un état de stress post-traumatique chronique (durée des symptômes  $\geq 3$  mois : critères DSMIV satisfaits et score CAPS -2 (Clinician-Administered PTSD Scale)  $\geq 50$ ), l'efficacité et la tolérance de Deroxat® 20-50 mg/j et 20-40 mg/j respectivement pour Tucker et Marshall ont été comparées au placebo pendant 12 semaines. Il a été noté à S12 par rapport à la valeur d'inclusion une amélioration significative de la souffrance clinique avec une diminution nette des scores CAPS-2 ( $p < 0,001$ ) et une amélioration du fonctionnement aussi bien social que professionnel et familial sur l'échelle SDS (Sheehan Disability Scale) versus placebo ( $p < 0,01$ ). ■

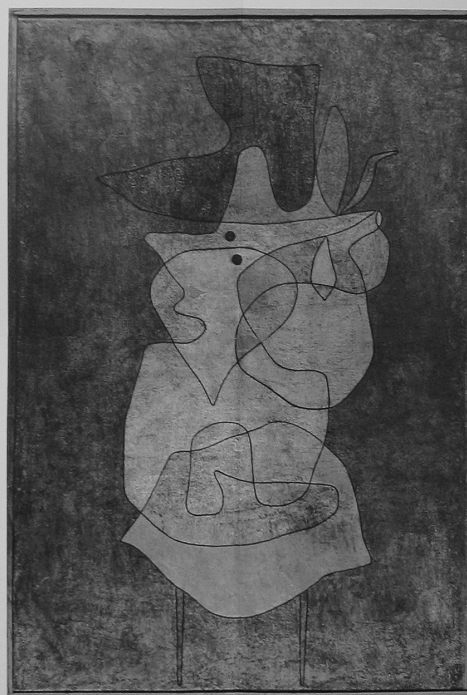
Vesselin PETKOV

Conférence de presse GlaxoSmithKline du 6 décembre 2005 à Paris.

## Unité & diversité des pratiques du psychanalyste

Colloque ouvert de la Société Psychanalytique de Paris

Samedi 14 et Dimanche 15 Janvier 2006



Colloque organisé par André GREEN

en collaboration avec Bernard CHERVET - Michel ODY

Josiane CHAMBRIER-SLAMA - Sylvie DREYFUS-ASSEO - Marianne PERSINE - Alain RAUX

Présidé par Gérard BAYLE, Président de la SPP

MAISON DE LA CHIMIE 28, RUE SAINT DOMINIQUE 75007 PARIS  
www.spp.asso.fr

## LIVRES

### Organisation du temps de travail des médecins, retours d'expériences

MeaH

Berger-Levrault, 31,50 €

La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) a publié un guide sur l'organisation du temps de travail des médecins et l'organisation de la permanence des soins. Ce guide est destiné aux professionnels des établissements publics de santé en charge de l'organisation et de la gestion du temps de travail des praticiens, c'est-à-dire les chefs de service, les directeurs et responsables des affaires médicales et les représentants de la commission d'organisation de la permanence des soins (Cops) et de la commission médicale d'établissement. La MeaH a mené un audit auprès de 14 établissements (dix centres hospitaliers et quatre centres hospitaliers universitaires) ayant mis en œuvre des dispositifs innovants et répondant concrètement aux difficultés rencontrées lors de l'application du protocole d'accord sur la réduction du temps de travail (RTT) d'octobre 2001. Ce guide vise à donner des exemples précis et à présenter des outils de travail opérationnels. La première partie est consacrée à l'implantation d'un outil informatisé de gestion du temps médical et la seconde détaille l'organisation médicale des services.

### Mieux vivre avec la maladie d'Alzheimer

Françoise Forette

Hachette pratique, 9,90 €

Les femmes sont-elles davantage concernées? Quel est l'avantage d'un diagnostic précoce? La maladie d'Alzheimer est-elle héréditaire? Quelle prévention peut-on proposer? Françoise Forette répond de façon claire aux questions les plus courantes sur cette maladie qui touche 650 000 personnes et qui peut se manifester dès 40 ans. Sont détaillés les traitements, mais aussi le placement en institution, les aides financières, 15 points pour faciliter le quotidien et des adresses utiles.

### Au risque de vieillir... Pour une prévention de l'avancée en âge

Ouvrage coordonné par Louis Bisson

L'Harmattan, 19,50 €

Les actions actuelles en matière d'avancée en âge s'orientent vers l'organisation de mesures de prévention et de formation centrées autour de l'un des incidents biographiques majeurs de cette période de la vie : le passage à la retraite.

Les auteurs montrent comment la transformation progressive de l'image de la vieillesse est un des éléments de toute démarche d'intervention, inscrivant dans une approche éthique son rapport à l'individu et au groupe. Initié par le service d'action sociale des Institutions de retraite complémentaire du groupe Humanis, cet ouvrage aborde les enjeux du vieillissement, les liens entre l'action sociale et les mesures de prévention, l'importance d'aider à la mise en œuvre d'un projet de vie, le développement de réseaux de solidarité dans la formation et l'accompagnement des personnes.

Les auteurs sont Akl Marie-Françoise, Bisson Louis, Dorange Martine, Gousset Martine, Lambey Jacques, Lapostolle-Dangreux Chantal, Moriel Elodie, Rouyer Claude.

## LIVRES

**Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique**Séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE  
Les éditions de la DIV\*, 12 €

Ce rapport qui est issu d'un séminaire de recherche-action DIV-ONSMP-ORSPERE (2003-2004) sur le thème «*Les maires et les élus locaux dans la nouvelle donne de la santé mentale*» explore une dimension encore mal connue de l'action des élus et met en lumière les rapports entre système politique et santé mentale. Les élus locaux sont confrontés aux effets de la modernité sur la santé mentale directement ou indirectement : au sein de leurs permanences, dans la gestion de l'espace et des services publics, dans leurs interventions publiques et dans la définition de leurs stratégies et choix politiques. Situés à l'interface des dispositifs de gestion sociale, l'élu local se heurte fréquemment aux conséquences concrètes d'une société de plus en plus marquée par la crise des systèmes de représentation politique ainsi que par les défaillances des mécanismes d'affiliation sociale. Les travaux visant une meilleure appréhension de la «*nouvelle pauvreté*» et de la précarité, engagés depuis les années quatre-vingt, appellent à clarifier voire à redéfinir la place des acteurs engagés dans la prise en compte de la souffrance psychosociale, et notamment celle des élus locaux. L'ambition est de mieux situer leurs interventions, tant au niveau des politiques municipales qu'au niveau personnel.

Délégation interministérielle à la ville, 194 avenue du Président Wilson, 93217 Saint-Denis La Plaine. Tél : 01 49 17 46 46. www.ville.gouv.fr

**Le Souci de sécurité en psychiatrie****Un droit des patients, un droit des soignants, un droit des citoyens**

Editions d'Orbestier, 18 €

La violence et la délinquance sont aujourd'hui entrées dans ces sanctuaires que devraient être l'école ou l'hôpital et y posent, dès lors, des questions de sécurité.

Existe-t-il une particularité de cette problématique en psychiatrie ?

C'est sur ce thème que s'est tenue, le 6 avril 2005, à Paris, une journée qui a réuni des professionnels du soin, de la justice et de la sécurité intérieure, des usagers et des élus, journée dont les travaux sont retranscrits dans cet ouvrage.

La conférence nationale des présidents de CME de CHS, l'association nationale des psychiatres présidents ou vice-présidents des CME de centres hospitaliers, et le centre international de sciences criminelles et pénales mènent, depuis deux ans, une réflexion sur ce sujet sensible.

S'il est important de rappeler que l'immense majorité des patients ne présente pas de dangerosité particulière, il ne faut pas banaliser la violence inhérente à la maladie mentale en oubliant que la folie (surtout lorsqu'elle ne bénéficie pas de soins adaptés) peut porter la violence, la plupart du temps pour le patient lui-même mais parfois pour son entourage.

Cette spécificité clinique se traduit par certaines modalités d'hospitalisation sous contrainte, et si les drames restent exceptionnels, c'est encore toujours trop.

Dès lors, s'efforcer de sortir des fantasmes, des passions, voire des idéologies s'impose pour articuler au mieux ces trois partenaires de première ligne que sont la psychiatrie, la Justice et la sécurité intérieure, et développer une approche pragmatique intégrant la qualité des soins et un légitime souci de sécurité.



**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**

Fondation Santé  
des Etudiants  
de France**FONDATION SANTE DES  
ETUDIANTS DE FRANCE**CENTRE MEDICAL POUR  
ADOLESCENTS DE  
NEUFMOUTIERS EN BRIE (77)*Recherche***UN MEDECIN SPECIALISE EN  
PSYCHIATRIE**  
**Temps plein**

Cet établissement pluridisciplinaire de 203 lits et places d'hospitalisation prend en charge des adolescents 13 à 20 ans, malades ou opérés récents, dans le cadre d'un projet individualisé Soins-Etudes.

Médecine Physique et Réadaptation : 80 lits dont 11 pour patients associant des troubles psychiques graves, Soins de Suite Médicalisés : 48 lits dont 20 pour patients associant des troubles psychiques graves, Psychiatrie : 75 lits.

Le médecin recherché justifiant d'une expérience confirmée auprès d'enfants et d'adolescents, complètera l'équipe médicale existante et participera à l'ouverture d'unités prévue dans le projet médical d'établissement : unité MPR-Psychiatrie de 11 lits, unité de psychiatrie de 20 lits pour patients 13-15 ans.

## Activité :

- Intervention dans le service de médecine Physique et Réadaptation,
- Participation à l'ouverture de l'unité de psychiatrie 13-15,
- Participation au travail de l'équipe multidisciplinaire : rééducateurs, psychiatres, paramédicaux, éducateurs, et enseignants (collaboration indispensable au projet soins-études).

Rémunération : Convention Collective d'octobre 1951.  
Recrutement possible par détachement.

Renseignements auprès de la Direction du CMPA  
Téléphone : 01 64 42 46 46

Courriel : cmpa.neufmoutiers@fsef.net

**Candidatures à adresser au plus tard le 16 février 2006 à**

Direction générale de la Fondation SEF  
8, rue Emile Deutsch-de-la-Meurthe, BP 147  
75664 Paris Cedex 14

Téléphone : 01 45 89 43 39 - Courriel : dg.fsef@fsef.net

**L'ASSOCIATION SOCIALE ET SANITAIRE DE GESTION  
(A.S.SA.GE.)**

Association gestionnaire du Centre Médico-Psycho-Pédagogique  
de l'Aube (22 000 actes par an)

**recrute son futur Médecin Directeur**  
(poste à pourvoir courant 2007)

Le candidat retenu assurera la direction générale,  
médicale et administrative de l'institution.

Il sera cadre de direction de l'A.S.SA.GE. et bénéficiera  
des dispositions de la convention collective nationale  
des médecins spécialisés du 1er mars 1979.

## Il justifiera :

- d'une qualification de base en psychiatrie et/ou en pédiatrie,
- d'une formation psychanalytique,
- d'une pratique de la pédopsychiatrie institutionnelle ou hospitalière,
- d'une connaissance parfaite du secteur médico-social.

\*\*\*

Fiche de poste détaillée à demander  
et dossier de candidature à adresser au Président de l'A.S.SA.GE,  
3 rue de la Tour - 10000 TROYES avant le 31 janvier 2006.

**L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ  
MAISON BLANCHE**

recrute

**Psychiatre (h/f)**

Praticien Hospitalier à temps partiel

Pour l'Equipe de Liaison Psychiatrique (ELP) rattachée et articulée  
à l'intersecteur "addictions et psychiatrie"

Service intersectoriel d'accueil et de soins LA TERRASSE  
220, rue Marcadet - 75018 PARIS

**Mission du poste :**

Evaluation clinique, échange avec les partenaires du XVIII<sup>ème</sup> arrondissement,  
orientation, travail d'équipe, formation et information.

## L'Equipe sera constituée de :

- 2 Psychiatres temps partiel,
- 2 Infirmiers temps plein,
- 1 Assistante temps plein,
- 1 Secrétaire temps partiel

Contacteur : M. le Docteur Jacques JUNGMAN  
Chef de Service - Tél. : 01.42.26.36.51

TRAIT D'UNION

Femme Médecin Généraliste bulgare

en cours DIU Psychiatrie générale

**cherche poste pour valider sa formation**

Régions Rhône-Alpes ou Bouches-du-Rhône

Tél. 06 67 25 85 58

**LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE  
DE NANTES (44)***Recherche***Psychiatre Temps Plein**

pour Unité médico-psychologique  
du service des Urgences

**Poste à pourvoir immédiatement**

.....  
Pour tous renseignements s'adresser à :

Madame le Dr Muriel Bossard  
tél. : 02 40 84 63 15

Monsieur le Directeur des Affaires Médicales  
tél. : 02 40 08 72 45

Adresser CV et candidature à :

Monsieur le Directeur des Affaires Médicales  
Centre Hospitalier Universitaire de Nantes  
Immeuble Deurbroucq  
5, allée de l'Île Gloriette  
44093 Nantes Cédex 01

## LIVRES ET REVUES

## Les espaces de la causalité en psychanalyse

« *Entre subjectivité et hérédité* »Alejandro Bilbao  
L'Harmattan, 23 €

Dans le modèle de causalité proposé par Freud, se croisent plusieurs considérations sur les fondements étiopathologiques des différentes altérations mentales. Elles peuvent être appréhendées, dans leur évolution et leur complexité, à la lumière du développement progressif du concept de subjectivité dont ce modèle sera le catalyseur.

Confrontant ces idées aux discussions actuelles sur la détermination des maladies mentales dans leurs aspects psychiques et génétiques, on peut apprécier combien la métapsychologie freudienne peut fournir des pistes dans la quête d'un « degré zéro du subjectif ». Cet ouvrage aborde le concept de subjectivité en tant que modèle facilitant les relations entre causalité psychique et génétique, en tentant de fournir des clefs pour une lecture de la construction de l'anémique.

La première partie de ce livre précise le contexte de la production psychopathologique de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et l'influence que ces conceptions exercèrent sur la pensée de Freud, tant dans la formulation de ses premières théories que lorsque, dans sa volonté de se démarquer de ces « discours ».

La deuxième partie montre la pertinence du thème de la subjectivité pour les dialogues actuels sur les conceptions génétiques de la maladie mentale, voyant dans la production théorique de Freud, au-delà d'une philosophie du sujet, une approche des relations entre liberté, déterminisme et subjectivité.

## Les conditions de détention en France

Observatoire International des Prisons

La Découverte, 20 €

Restituant l'ensemble des faits constatés par l'OIP sur la période 2004/2005, ce nouveau rapport dresse un état des lieux des conditions de vie et de travail derrière les murs des prisons françaises. Après un rappel et une mise en perspective des politiques pénale et pénitentiaire en vigueur, l'OIP s'attache à décrire toutes les dimensions de cet univers opaque : intimité et liens familiaux, accès aux soins, mortalité et suicides, régimes disciplinaire et d'isolement, travail et formation professionnelle, activités éducatives et culturelles, argent et coût de la vie, libération conditionnelle, permissions de sortir et semi-liberté, préparation à la sortie... Sur tous ces aspects du quotidien carcéral, pèse finalement le choix des pouvoirs publics de gérer la surpopulation carcérale et l'allongement des peines en renforçant les mesures de sécurité. Cette orientation contamine le système pénitentiaire, nourrit les violences derrière les murs et annihile tout effort de préparation au retour dans la vie libre.

## Les directions des sens Phénoménologie et psychopathologie de l'espace vécu

Sous la direction de Jeanine Chamond

Préface de Philippe Cabestan  
Association Le Cercle Herméneutique  
Collection Phéno 18,30 €

La notion de directions de sens (*Beutungsrichtung*) a été proposée par Ludwig Binswanger pour rendre compte des structures ontologiques de l'expérience de spatialité. Autant que nous vivons, autant que nous sommes, nous

*allons vers* : nous habitons et traversons le monde en un mouvement, une allure, une posture, un geste directionnel qui nous sont propres. Cela se nomme le sens anthropologique. Il apparaît dans une analyse de la présence humaine, une *Daseinsanalyse*, celle d'un destin vécu ou d'une création artistique.

Cette analyse de la présence découvre un espace-temps d'émblée orienté, signifiant, pathique, tendu entre les dimensions antagoniques du haut et du bas, de la gauche et de la droite, de l'avant et de l'arrière, du proche et du lointain, de l'ici et du là, etc. Elle nous dit aussi le pesant ou l'aérien du monde, sa lourdeur ou sa légèreté, sa contrainte ou sa liberté, son resserrement ou son ampleur.

L. Binswanger aborde la question des directions de sens en privilégiant la hauteur par quoi l'homme s'extrait de son bas, de son enlèvement en lui-même. Le privilège anthropologique du haut et du bas, de l'ascension et de la chute, s'impose à l'homme en charge de son accomplissement dans la conquête de sa hauteur propre. Il lui appartient alors de maintenir la juste proportion anthropologique entre chacune des directions contraires de l'existence, menacées d'autonomisation, de distorsion, d'enkystement ; car la présence risque de s'égarer dans la hauteur, comme dans la *Présomption* binswangérienne, de s'abolir dans la chute, de se perdre dans l'ici, de s'immobiliser dans l'excess du *trop-près* ou l'énigme du *devant-quoi* de l'angoisse, ou encore de s'infléchir trop *en avant*, *en arrière*, *au-delà* ou *en-deçà-de-soi*, etc. Ces directions de sens, lorsqu'elles ne sont pas reprises par ce travail de mise en proportions anthropologiques, constituent autant de drames inhérents à la condition humaine. L'analyse des directions de sens contribue à dessiner une véritable topographie des positions de vie, des impasses et des fourvolements humains, qui éclaire nombres de souffrances et pathologies psychiatriques.

Pour les auteurs ici rassemblés, la notion de *direction de sens* et la phénoménologie de l'espace vécu qu'elle assume, permettent de réinterroger à nouveaux frais les grandes expériences de vie et le champ des expressions et créations humaines.

Avec les contributions de Jeanine Chamond, Georges Charbonneau, Jean-Marc Chavarot, Mi-reille Coulomb, Laurence Kimmel, Jean-Marie Legrand, Federico Leoni, Franca Madioni, Florence Nicolas, Bruno Verrecchia.

Diffusion Distribution. VRIN 6 place (le la Sorbonne 75017 Paris. www.vrin.fr

## ANNONCES EN BREF

**2 et 3 décembre 2005.** Bonneval. Les Colloques de Bonneval. *Schizophrénie 2007. Quels concepts ? Quels traitements ? Quel hôpital ?* Renseignements et inscriptions : Centre Hospitalier Henri Ey, Direction de la qualité, de la Communication et du Patrimoine Culturel, 32 rue de la Grève, 28800 Bonneval. Tél. : 02 37 44 78 09 (secrétariat). Fax : 02 37 44 78 06. E-mail : communication@ch-henriey.fr. Site : www.ch-henriey.fr

**14 décembre 2005.** Paris. Colloque sur le thème : *Les personnes âgées dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de 3e génération*, organisé par le Réseau Idéal avec le club PA-PH et Orpéa. Inscriptions : Réseau IDEAL, 84 ter avenue de Fontainebleau, 94276 Le Kremlin-Bicêtre Cedex.

**16 et 17 décembre 2005.** Paris. 33<sup>èmes</sup> Journées Scientifiques de thérapie comportementale et cognitive organisées par l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive. Renseignements et inscriptions : AFTCC, 100 rue de la Santé, 75674 Paris Cedex 14. Tél. : 01 45 88 35 28. Fax : 01 45 89 55 66. E-mail : aftcc@wanadoo.fr

**13 et 14 janvier 2006.** Grenoble. 5<sup>e</sup> Séminaire annuel de « *Regards sur la Petite Enfance* » sur le thème : *Parentalité en souffrance, bébé exposé. Intérêts de l'observation, éclairée par la psychanalyse.* Renseignements : Tél./Fax : 04 76 59 00 43. E-mail : rspe@wanadoo.fr

**13 au 15 janvier 2006.** Paris. 1<sup>er</sup> Colloque de psychanalyse et de gynécologie « *Au regard de la littérature* » sur le thème : *Intimité. Féminité. Vies de femmes.* Informations : Prime Time Media Medical, 126 rue du 8 mai 1945, 92000 Nanterre. Tél. : 01 55 17 22 22. Fax : 01 55 17 22 23. E-mail : primetime@wanadoo.fr

**14 et 15 janvier 2006.** Paris. 8<sup>e</sup> Colloque de médecine et Psychanalyse sur le thème : *Devenir de l'annonce : par delà le bien et le mal.* Inscriptions : Tél. : 01 53 34 90 76. E-mail : medpsych@paris7.jussieu.fr

**20 janvier 2006.** Paris. Journée organisée avec le soutien de l'ASM 13, ERP, l'Association Insight et Le Carnet Psy sur le thème : *Adolescentes, adolescents. La responsabilité de soi.* Renseignements du lundi au vendredi. Tél. : 01 40 77 44 52. Fax : 01 45 83 28 77. E-mail : Catherine.Lefevre@asm13.org

**20 au 21 janvier 2006.** Poitiers. 1<sup>er</sup> Colloque International de Médecine et Psychanalyse sur le thème : *Passages à l'acte.* Renseignements : lundi matin au 05 49 45 42 54 ou 05 49 45 52 10. Site : http://www.univ-poitiers.fr/rubrique/actu/breves.asp.codeSousCat=41. E-mail : colloque.acte2006@ml.univ-poitiers.fr

**27 et 28 janvier 2006.** Paris. 24<sup>èmes</sup> Journées Nationales de l'Association Française de Psychiatrie sur le thème : *Clinique des limites, limites de la clinique.* Inscriptions : AFP, 147 rue Saint-Martin, 75003 Paris. Tél. : 001 42 71 41 11. Fax : 01 42 71 36 60. E-mail : psy-sp-fafp@wandoofr. Site : www.psychiatrie.francaise.com

**28 au 29 janvier 2006.** Paris. 9<sup>e</sup> Colloque de la Société de Thérapie Familiale Psychanalytique d'Ile-de-France sur le thème : *Familles, je vous hais !* Inscriptions : Tél. : 01 45 40 08 10. E-mail : stfp.if@laposte.net

**2 février 2006.** Paris. Séminaire sur le thème : *Aventure de vue, aventure de vie.* Inscriptions : CTNERHI, à l'attention de Régine Martinez, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. Tél. : 01 45 65 59 40. Fax : 01 45 65 44 94. E-mail : r.martinez@ctnerhi.com.fr. Site : www.ctnerhi.com.fr

**3 février 2006.** Tunis. Colloque organisé par l'URPC (Unité de Recherche en Psychopathologie Clinique) sur le thème : *La référence.* Renseignements : Pr Riadh Ben Rejeb. E-mail : urpctunisie@yahoo.fr

**13 mars 2006.** Besançon. Colloque organisé par l'association Antigone, *Enfances & Psy*, et le service de psychiatrie infanto-juvénile du CHU de Besançon, avec le parrainage de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des Disciplines Associées (SFPEADA) sur le thème : *De bébé à l'adolescent. Quand consulter un psy ?* Renseignements : Anne Gérard, association @ntigone, 24 place Nationale, 39100 Dole. Tél. : 03 84 72 53 18. E-mail : anne.gerard-antigone@wanadoo.fr

**16 et 17 mars 2006.** Caen. Journée nationale de l'Association Nationale des Equipes contribuant à l'action Médico-sociale (ANECAMSP) sur le thème : *Le bébé à risques.* Renseignements : Association Nationale Et Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (ANECAMSP), 10 rue Erard, 75013 Paris. Tél. : 01 43 42 09 10. Fax : 01 43 44 73 11. E-mail : anecamsp@wanadoo.fr

**16 au 18 mars 2006.** Strasbourg. 1<sup>er</sup> Colloque International de Psychopathologie et psychanalyse du lien social sur le thème : *Actualités de la psychopathologie. Le sujet résiste-t-il à la nouvelle société de marché ?* Inscriptions : Sandrine Amé. Tél. : 03 90 24 19 38.

**17 mars 2006.** Colloque organisé par la Clinique Médico-Universitaire Georges Heuyer et l'annexe du Lycée Claude Monet sur le thème : *L'absentéisme scolaire. Phénomène, transgression, symptôme...?* Renseignements et inscriptions : Mme Levavasseur. Tél. : 01 45 85 25 17. E-mail : michelle.levavasseur@fsef.net

**24 et 25 mars 2006.** Paris. 24<sup>èmes</sup> Journées d'Etudes du GRAP sur le thème : *Communiquer avec les enfants autistes ou qui se développent autrement.* Inscriptions. Tél. : 01 45 04 63 26.

**25 mars 2006.** Boulogne-Billancourt. Colloque organisé par l'Association Clinique des Apprentissages et l'Institut de Psychologie de l'Université Paris V - René Descartes sur le thème : *Les troubles dépressifs chez l'enfant et l'adolescent.* Renseignements. Tél. : 01 55 20 58 22. E-mail : simon.rebuffic@univ-paris5.fr

**25 et 26 mars 2006.** Fort-de-France. Colloque organisé par l'Association Psychanalytique « *Forum* » sur le thème : *La psychanalyse aux Antilles : pour quoi faire ?* Renseignements : Tél. : 05 96 60 28 41. E-mail : Guillaume.surena@wanadoo.fr

**26 au 28 mars 2006.** Paris. 3<sup>e</sup> Congrès National des Médecins coordonnateurs d'Établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Renseignements : Michel Bia, MF Congrès, 8 rue Tronchet, 75008 Paris. Tél. : 01 40 07 11 21. Fax : 01 40 07 10 94. E-mail : mbia@mfcongres.com

**5 au 7 avril 2006.** Roubaix. Colloque International organisé par la revue *Spirale*, l'UFR Sciences de l'Éducation de l'Université de Lille 3, sur le thème : *Adolescence entre défiance et confiance.* Renseignements : colloque.adolescences@univ-lille3.fr

**13 mai 2006.** Fontevraud. 21<sup>e</sup> Journée Psychiatrique du Val de Loire sur le thème : *Architecture et psychiatrie.* Renseignements : Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME), Secteur 7 de psychiatrie générale, Sainte Gemme sur Loire, BP 50089, 49137 Les Ponts de Cé Cédex. Tél. : 02 41 80 78 54. Fax : 02 41 80 78 55. E-mail : s7.secretariat@ch-sesame-angers.fr

**10 juin 2006.** Paris. XXXIV<sup>e</sup> Journée scientifique de Michel Soulé, Macel Rufo, Bernard Golse sur le thème : *La dynamique du virtuel chez l'enfant. Bons plans pour les nuls.* Inscriptions : Tél. : 01 53 68 93 43. Fax : 01 53 68 93 45. E-mail : jscientifique@wanadoo.fr

**17 juin 2006.** Paris. Colloque International du Centre International de Psychosomatique (CIPS) sur le thème : *Entre l'âme et le corps : les pathologies humaines.* Renseignements : Tél./Fax : 01 45 20 28 75. E-mail : c.i.p.s@free.fr

**23 et 24 juin 2006.** Reims. X<sup>èmes</sup> Rencontres de la CRIEE sur le thème : *Entre deux rives exil et transmission.* Renseignements et inscriptions : Gérard Rodriguez, Centre de Jour A. Artaud, 40 rue de Talleyrand, 51100 Reims. Tél. : 03 26 40 01 23.

**3 au 6 août 2006.** Montréal. 2<sup>e</sup> Congrès International de Thérapie Familiale Psychanalytique sur le thème : *La part des ancêtres. Le transgénérationnel dans les thérapies psychanalytiques du couple et de la famille.* Inscriptions : CITFP 2005 Secrétariat, Bureau des Congrès Universitaires, 6600, ch. Cote-des-Neiges, Suite 510, Montréal, Québec (Canada) H3S 2A9. Tél. : +1 (514) 340 3215. Fax : +1 (514) 340 4440. info@citfp2006.com

**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****L'enfant, acteur et/ou sujet au sein de la famille**

Coordonné par Geneviève Bergonnier-Dupuy  
Erès, 23 €

Cet ouvrage est issu des journées de rencontre du réseau pluridisciplinaire d'équipes de recherche, « *L'éducation des enfants : entre familles et autres institutions éducatives* » (REEFI), qui se sont déroulées les 28 et 29 juin 2004 à l'université de Paris X-Nanterre. C'est au travers d'échanges entre chercheurs ve-

nant de disciplines différentes (sciences de l'éducation, sociologie et psychologie) que se sont, peu à peu, dessinées les pistes de réflexion présentées dans cet ouvrage.

La famille contemporaine tend à devenir une démocratie, basée sur des relations paritaires, dans laquelle les intérêts de chaque membre (mère, père et enfant) doivent être respectés sans empiéter sur les droits des autres. Conséquemment, l'éducation donnée à un enfant et à un adolescent n'est plus seulement centrée sur la transmission morale mais doit aider à la révélation d'un sujet en devenir. C'est à partir de ces

constats que les chercheurs, réunis au sein du réseau REEFI (réseau travaillant sur l'éducation des enfants, entre familles et autres institutions éducatives), a souhaité reconsidérer la place accordée à l'enfant dans les travaux sur la socialisation et l'éducation familiales.

Avec la participation de Ania Beaumatin, Michel Boutanquoi, Ève Chanié, Myriam de Léonardis, Huguette Desmet, Sylvie Esparbes-Pistre, Géraldine Espiau, Hélène Féchant, Alain Guillotte, Carl Lacharité, Serge Lacoste, Willy Lahaye, Marie-France Leheut, Odette Lescarret, Marie-Claude Mietkiewicz, Sarra Mougel-Cojocar, Gérard Neyrand, Aude Poitevin, Jean-Pierre Pourtois, Yves Prêteur, Benoît Schneider, Régine Sirota, Lenka Sulova, Bernadette Tillard, Olivia Troupel

**Evaluations en placement familial****Démarches normatives ?****Valorisation des pratiques ?**

Association nationale des placements familiaux  
L'Harmattan, 13,20 €

L'association nationale des placements familiaux propose de mieux cerner l'évaluation telle qu'elle se présente aujourd'hui et d'en comprendre les tenants et les aboutissants.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale impose aux établissements et services une éva-

luation des activités et de la qualité des prestations, ceci sous deux formes :  
- interne, par les équipes elles-mêmes ;  
- externe, par des organismes accrédités.

S'il ne s'agissait que d'évaluer les techniques et les procédures mises en œuvre par les équipes professionnelles, on peut supposer que la question serait réglée depuis longtemps par des grilles normatives faisant plus ou moins accord entre tous. Ce qui rend les choses plus délicates, c'est que l'évaluation en travail social porte sur des aspects sensibles de la vie sociale (le handicap, la maltraitance, la délinquance,...), voire sociétale (l'exclusion, la citoyenneté...) ou politique et culturelle (projet de société, valeurs, références communautaires...).

L'évaluation est une « *construction sociale* » : elle se structure et se conduit en fonction de différentes représentations, en fonction de l'idée que les uns et les autres se font de ce qu'il faudrait évaluer et des objectifs visés.

Les normes construites par le secteur de la production marchande peuvent-elles être transposées aux activités de service social, et plus particulièrement au placement familial d'enfants à protéger ou handicapés ?

Le champ de l'action sociale et médico-sociale peut-il se soustraire à cette tendance actuelle qui consiste à soumettre les pratiques au regard public et à l'envahissement de référentiels et de règles concurrentielles ? La diversité des actions, la complexité des interventions permettent-elles de parler d'évaluation au singulier ? Elles incitent à s'ouvrir sur des démarches exigeantes qui prennent le parti de la diversité des approches.

## NERVURE

JOURNAL  
DE PSYCHIATRIE

**Directeur de la rédaction :**  
Gérard Massé

**Rédacteur en chef :** François Caroli

**Comité de rédaction :** Centre Hospitalier Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris.  
Tél. 01 45 65 83 09.

Botbol M., Carrière Ph., Dalle B., Goutal M., Guedj M.-J., Jonas C., Lascar Ph., Martin A., Paradas Ch., Sarfati Y., Spadone C., Tribolet S., Weill M.

**Comité scientifique :** Bailly-Salin P. (Paris), Besançon G. (Nantes), Bourgeois M. (Bordeaux), Buisson G. (Paris), Caillard V. (Caen), Chabannes J.-P. (Grenoble), Chaigneau H. (Paris), Christoforov B. (Paris), Colonna L. (Rouen), Cornillot P. (Paris), Dufour H. (Genève), Dugas M. (Paris), Féline A. (Paris), Ginestet D. (Paris), Guelfi J.-D. (Paris), Guyotat J. (Lyon), Hochmann J. (Lyon), Koupernik C. (Paris), Lambert P. (Chambéry), Loo H. (Paris), Marcelli D. (Poitiers), Marie-Cardine M. (Lyon), Mises R. (Paris), Pequignot H. (Paris), Plantade A. (Paris), Ropert R. (Paris), Samuel-Lajeunesse B. (Paris), Scotto J.-C. (Marseille), Sechter D. (Lille), Singer L. (Strasbourg), 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**

médical  
**SUPPORTER**  
promotion

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

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

**Directeur de la Publication :**  
G. Massé

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