

NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

MAI 2006 1

ISSN 0988-4068

n°4 - Tome XIX - 05/2006

Tirage : 10 000 exemplaires

Directeur de la Publication et de la

Rédaction : G. Massé

Rédacteur en chef : F. Caroli

Rédaction : Hôpital Sainte-Anne,

1 rue Cabanis - 75014 Paris

Tél. 01 45 65 83 09 - Fax 01 45 65 87 40

Abonnements :

54 bd La Tour Maubourg - 75007 Paris

Tél. 01 45 50 23 08 - Fax 01 45 55 60 80

Prix au numéro : 9,15 €

E-mail : info@nervure-psy.com

www.nervure-psy.com

EDITORIAL

G. Massé

Comment peut-on ne pas anticiper ?

La densité moyenne des psychiatres demeure élevée en France et a encore augmenté en 2004. Par contre, la disparité de répartition (quel que soit le type de pratique : libérale, publique ou associative) dans les régions, les départements et surtout au sein d'espaces infradépartementaux, laisse de façon croissante apparaître de véritables « zones blanches ».

Ne rien imaginer de novateur, de curatif dans les zones blanches constituées (certaines zones rurales et maintenant périurbaines), de préventif dans les zones qui sont amenées à le devenir, équivaut à laisser dépérir, insidieusement la situation avec, à court terme, des conséquences, dans beaucoup d'endroit, douloureusement perceptibles. Il n'existe pas de solution unique. Les réponses possibles concernent l'organisation du dispositif de soins et apparaissent interactives avec les autres données de la politique de santé publique. Elles interrogent, en premier lieu, tous les professionnels de la psychiatrie et peuvent prendre un aspect expérimental devant donner lieu à évaluation. L'espace restreint d'un éditorial ne permet que d'en citer certaines :

- transfert de compétence entre professionnels (tâches transférables et non transférables) selon, notamment l'arrêté du 13 décembre 2004,
 - création de centres de régulation concernant les demandes de prise en charge,
 - adaptation des règles d'affectations des praticiens hospitaliers, notamment au profit de territoires de santé,
 - instauration de réseaux de soins à distance (télépsychiatrie).
- Rappelons que les psychiatres français étaient au nombre de 800 en 1968 et que les pionniers du secteur, dans les années 70, n'osaient espérer à terme 4 000 psychiatres, sans trop y croire. Nous sommes actuellement trois fois plus. ■

FMC F. Gaillot

Démence à corps de Lewy

La démence à corps de Lewy est la deuxième cause de démence (20% des cas) chez le sujet âgé après la maladie d'Alzheimer. Il s'agit d'une maladie neurodégénérative à légère prédominance masculine qui apparaît vers 75-80 ans. Elle évolue progressivement vers une démence avancée avec syndrome parkinsonien en 5 à 7 ans.

L'expression de cette maladie est polymorphe et ces patients peuvent être hospitalisés en neurologie, en psychiatrie, en gériatrie ou en médecine générale. L'importance d'un diagnostic précoce est néanmoins capitale car les implications thérapeutiques peuvent en modifier le pronostic

Physiopathologie

La démence à corps de Lewy (DCL) a été découverte lors d'autopsies de personnes âgées démentes par la mise en évidence de corps de Lewy. Ce sont des agrégats pathologiques d'alpha-synucléine sous forme d'inclusions neuronales intracytoplasmiques sphériques et éosinophiles, situées au niveau du tronc cérébral (locus niger et locus coeruleus), du cortex limbique et paralimbique et du cortex cérébral (temporal, frontal et pariétal).

On peut aussi retrouver des lésions anatomopatho-

logiques de la maladie d'Alzheimer (dépôts de β amyloïde, plaques séniles), une perte neuronale prédominante dans le tronc cérébral, une microvacuolisation et une perte synaptique, des anomalies neurochimiques et un déficit des neurotransmetteurs.

Diagnostic clinique

Le tableau 1 propose les critères du diagnostic clinique de la démence à corps de Lewy.

Le critère indispensable est la détérioration des fonctions cognitives corticales et sous-corticales.

Les troubles mnésiques ne sont pas toujours présents au début de la maladie mais se développent chez la plupart des patients pour conduire à une démence avancée sur plusieurs années.

La détérioration touche principalement la mémoire de rappel à la différence de la maladie d'Alzheimer caractérisée par une amnésie antérograde.

Il existe aussi dans la démence à corps de Lewy un déficit de la capacité d'attention, de concentration, des fonctions exécutives et de la performance visuo-spatiale.

Des tests psychométriques permettent de différencier les deux maladies à un stade précoce.

(suite page 3 ➡)

Le comte Robert de Montesquiou-Fezensac

LITTÉRATURE J.-P. Rondier, M. Ducluzaux, F. de Montleau

Le dandysme, indique Baudelaire dans ses « *Curiosités esthétiques* »⁽¹⁾, est une institution en dehors des lois et qui impose ses lois rigoureuses à des êtres qui n'ont pas d'autre état que de cultiver l'idée du beau dans leur personne. Qu'est-ce donc, s'interroge-t-il, que cette passion qui, devenue doctrine, a formé une caste si hautaine ? C'est avant tout le besoin ardent de se faire une originalité, contenu dans les limites extérieures des convenances. C'est une espèce de culte de soi-même, qui peut survivre à la recherche du bonheur à trouver dans autrui, dans la femme par exemple ; qui peut survivre même à tout ce qu'on appelle les illusions. Cette réponse, comme d'autres, n'épuise pas le mystère du Dandysme. Elle met avec justesse en exergue le repli narcissique du Dandy en réponse à une difficulté de trouver le bonheur dans la sexualité, voire d'une manière plus générale dans les relations objectales. Le dandysme s'aff-

irme en ce sens « invention » destinée à négocier le rapport avec la réalité pour une constitution psychique donnée. Néanmoins, n'en déplaise à Baudelaire, sans doute ne se distingue-t-il en rien des « illusions » dont nous nous soutenons habituellement dans l'existence. C'est dans la métapsychologie freudienne que nous trouvons des éléments théoriques qui nous permettent de prolonger notre réflexion et de jeter une lumière sur la personnalité complexe et ambiguë d'un représentant éminent du dandysme français, Robert de Montesquiou.

Histoire clinique

Le comte Robert de Montesquiou est né à Paris le 19 mars 1855. Sa naissance l'a comblé de beaucoup de dons. Il descend d'une des plus anciennes familles

(suite page 6 ➡)

AU SOMMAIRE

EDITORIAL

Comment peut-on ne pas anticiper ? p.1

FMC

Démence à corps de Lewy p.3

LITTÉRATURE

Le comte Robert de Montesquiou-Fezensac p.6

ENTRETIEN AVEC

Frédéric Paquereau
Les indiscretions du
fauteuil d'un psychiatre p.7

ORGANISATION DES SOINS

Le système de réadaptation
au Québec : naviguer
dans l'ambiguïté ? p.8

PSYCHOTHÉRAPIE

Pour une psychothérapie
enfin démocratique p.10

PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

Notre maison des
adolescents p.13

QUESTIONS À P.-M. LLORCA

L'efficacité, nouveau
critère d'évaluation
des traitements dans
la schizophrénie p.14

PLAN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

p.15

THERAPEUTIQUE

Etude auprès de patients
souffrant de pathologies
schizophréniques p.16

Implication des psychiatres
dans le traitement des
co-infections VIH/VHC p.18

ANNONCES
PROFESSIONNELLES p.19

ANNONCES EN BREF p.22

Les indiscretions du fauteuil d'un psychiatre

Entretien avec Frédéric Paquereau

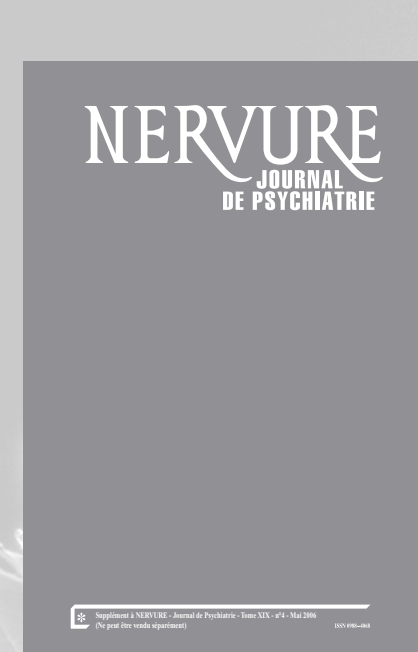
Frédéric Paquereau qui est psychiatre à Nantes vient de publier « *Les indiscretions du fauteuil d'un psychiatre* »*.

Un de ses hobbies est la photographie. On ne s'étonnera donc pas que son livre soit constitué, justement, par une série d'instantanés, des moments de la consultation du psychiatre rendus avec fraîcheur et humour. Ce sont là autant d'« arrêts sur images ».

Voici un livre qui explique à ceux qui ne connaissent pas notre pratique – vos proches ... ou vos administratifs – ce qu'elle est, en la saisissant « sur le vif ». Et pour les professionnels, c'est là un miroir sensible dans lequel on prend plaisir à voir se dérouler nos journées, décrites non sans légèreté et même poésie. « *Je suis fier de ma fonction, trônant sur mon kilim, témoin insoupçonné de la rencontre qui s'opère, de l'alchimie qui se joue et se déjoue, à chaque instant, entre*

mon psychiatre et tous ses patients qui viennent déverser leur flot de paroles. Je suis le témoin des histoires qui se succèdent, d'heure en heure, dramatiques, banales, uniques. Témoin des colères qui s'expriment enfin, des pleurs qui se font jour, des émotions qui submergent, des angoisses qui se réveillent, des silences qui refusent de dire leur sens. Témoin des joies de la révélation, des plaisirs de l'association, des découragements face à l'énormité de la tâche, des abandons liés à la lenteur du travail. Témoin de l'aventure qui se déroule là, dans ce va-et-vient du passé au présent, du conscient à l'inconscient. J'observe l'un, j'observe l'autre. J'écoute l'avalanche des mots de l'un et l'offre parcimonieuse de l'autre. Pour rien au monde je ne laisserais ma place, je ne mettrais un terme à cette expérience, je ne quitterais ce voyage ».

(suite page 7 ➡)



« PSYCHOSE ET GROSSESSE »

Ce dossier interdisciplinaire qui porte un regard exhaustif, est publié dans le numéro de mai 2006 de la Revue, supplément du Journal adressé aux abonnés.

LIVRES**La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression**
Une nouvelle approche pour prévenir la rechute

Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams, John D. Teasdale
Préface de Christophe André et Matthieu Ricard
De Boeck

Dans un contexte mondial, des thérapeutes issus du courant comportemental et cognitiviste soucieux de validité scientifique, utilisent la méditation de type *mindfulness* pour aider leurs patients. *Mindfulness* signifie « pleine conscience ». Il s'agit d'un ensemble de techniques inspirées principalement des pratiques bouddhistes, centrées sur nos mouvements de conscience et leurs rapports automatiques avec un certain nombre d'émotions et de comportements indésirables qui prennent naissance en nous à différents moments de notre vie. Ces approches de type *mindfulness* ont pour objectif de mettre en place des automatismes de pensée et d'attention rendant mieux capables de tenir à distance des réflexes d'inquiétudes et de ruminations. Il s'agit d'un outil psychothérapeutique efficace, auquel sont consacrés un nombre croissant de travaux exploratoires, dans des domaines variés et des troubles aussi sévères et invalidants que les troubles de la personnalité *borderline*.

Ces approches suscitent des réserves, ce qui est parfaitement normal, dans le

monde de la psychothérapie. Elles représentent, sans doute, une étape importante dans l'histoire des psychothérapies, s'inscrivant dans une troisième vague des thérapies comportementales et cognitives. Après la vague comportementale des années 1960, la vague cognitive des années 1980, on assiste à une vague « émotionnelle » où l'on commence à étudier, de manière rigoureuse, les dysrégulations émotionnelles, présentes notamment dans les troubles anxieux et dépressifs. Elle repose, aussi, sur une approche des troubles psychiques, moins stigmatisée,

où l'on ne s'attache pas tant à rechercher des causes, mais où l'on met aussi au point des moyens de ne pas laisser la vulnérabilité abîmer ou empêcher la vie. Une approche où l'on aide le patient à améliorer activement son bien-être global, et pas seulement à faire reculer ses symptômes.

Mentale machine

Daniel Simonnet
L'Harmattan, 12 €

Entre l'essai poétique et le documentaire imaginaire, dans une langue rythmée, musicale, l'auteur propose dans

ce livre sa vision de la psychose comme prétexte à des cascades de sons, des déferlements d'images orchestrés par un fraiseur de mots au service d'un texte à dire ... où le personnage de cette saison d'enfermement, s'adressant à son psychiatre, nous fait plonger dans le flot délirant de sa pensée et nous embarque pour une traversée du miroir où, de maux en mots, tout y passe, à la machine, qui s'emballe en d'étranges contes, en d'intimes contrées, et déaille sur des chemins fantasmagiques : voyage intérieur où chacun pourra à loisir se perdre... ou se trouver.

Soigner les schémas de pensée

Stéphane Rusinek
Dunod, 24 €

L'auteur propose, dans cet ouvrage, la mise en place de *Thérapies Orientées Schémas*, des exercices de restructuration cognitive rapide et directe qui passent par l'identification des schémas pathogènes, la mise en évidence de leurs effets sur le traitement de l'information et l'élaboration d'alternatives de pensée dont l'application est envisageable dans un certain nombre de situations cliniques.

NERVURE
JOURNAL
DE PSYCHIATRIE

Directeur de la rédaction :
Gérard Massé

Rédacteur en chef : François Caroli

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

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

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

Comité francophone : Anseau M. (Belgique), Aubut J. (Canada), Bakiri M.-A. (Algérie), Cassan Ph. (Canada), Douki S. (Tunis), Held T. (Allemagne), Lalonde P. (Canada), Moussaoui D. (Maroc), Romila A. (Roumanie), Simon Y.-F. (Belgique), Stip E. (Canada), Touari M. (Algérie).

Publicité

médical
SUPPORTER
promotion

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

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

Directeur de la Publication :
G. Massé

www.nervure-psy.com

Les critères principaux comprennent la fluctuation des fonctions cognitives, les hallucinations visuelles et le syndrome parkinsonien akinéto-rigide. La présence de deux critères sur trois oriente vers une DCL probable, un seul critère oriente vers une DCL possible.

La présence de fluctuations des fonctions cognitives avec variation de l'attention et de la vigilance constitue le premier critère diagnostique. La fréquence de ces épisodes est variable, de même que leur symptomatologie : somnolence diurne, syndrome confusionnel, épisodes d'« absence », discours désorganisé.

Les hallucinations visuelles sont répétées, décrites avec détails et souvent partiellement critiquées par le patient. Il s'agit le plus souvent d'êtres humains ou d'animaux, parfois d'objets inanimés. Les autres types d'hallucinations, notamment les hallucinations auditives sont moins fréquentes. La présence d'hallucinations visuelles est un facteur prédictif de bonne réponse au traitement par inhibiteur de la cholinestérase. L'existence d'un syndrome parkinsonien akinéto-rigide est le troisième critère diagnostique. Les symptômes extra-pyramidaux les plus fréquents sont la rigidité, l'akinésie et la bradykinésie puis la voix monotone et monotonie, la posture voûtée, l'amimie. Le tremblement de repos est plus rare surtout chez les personnes âgées. L'apparition d'un syndrome parkinsonien sévère est un facteur de mauvais pronostic.

Les critères secondaires associent les troubles du sommeil paradoxal, l'hypersensibilité aux neuroleptiques et l'imagerie fonctionnelle avec DATscan. Si au moins un critère secondaire est associé à un critère principal, une DCL est probable. En l'absence de critère principal, la présence d'au moins un critère secondaire oriente vers une DCL possible.

Les troubles du comportement lors du sommeil paradoxal se manifestent par des cauchemars avec disparition de l'atonie musculaire caractéristique de cette phase de sommeil. Les patients « mettent en scène » leur rêve avec cris, gestes et mouvements dans le lit. Ces manifestations apparaissent le plus souvent quelques années avant le début du syndrome démentiel ou extra-pyramidal. Le diagnostic se fait par l'interro-

Démence à corps de Lewy

gatoire du conjoint et peut être confirmé par un enregistrement polysomnographique.

L'hypersensibilité aux neuroleptiques se traduit par des effets secondaires sévères : syndrome malin des neuroleptiques, confusion, sédation, rigidité,

d'Alzheimer. Le SPECT avec DATscan peut permettre de différencier ces deux maladies.

Les critères associés ne sont pas assez spécifiques pour confirmer le diagnostic de démence à corps de Lewy.

Les chutes répétées peuvent être dues

Tableau 1 : Critères du diagnostic clinique d'une démence à corps de Lewy (DCL) probable et possible

Critère indispensable

Déclin cognitif progressif avec retentissement social et fonctionnel

Critères principaux :

2 critères = DCL probable ; 1 critère = DCL possible

- Fluctuation de l'état cognitif avec variations importantes de l'attention et de la vigilance
- Hallucinations visuelles récurrentes construites
- Syndrome parkinsonien moteur spontané

Critères secondaires

≥ 1 critère secondaire et ≥ 1 critère principal = DCL probable

≥ 1 critère secondaire sans critère principal = DCL possible

- Troubles du comportement pendant le sommeil paradoxal
- Hypersensibilité aux neuroleptiques
- PET/SPECT avec DATscan : hypofixation striatale du transporteur de la dopamine

Critères associés : souvent retrouvés mais peu spécifiques

- Chutes répétées et syncopes
- Pertes de connaissance
- Dysfonction sévère du système neurovégétatif
- Autres types d'hallucination
- Délires systématisés
- Dépression
- IRM : préservation relative du lobe temporal moyen
- SPECT/PET : hypofixation globale avec hypoactivité occipitale
- Scintigraphie myocardique anormale
- EEG : ralentissement généralisé avec salves d'ondes lentes en temporal

troubles de l'équilibre, chutes à répétition, syndrome extrapyramidal sévère avec risque de surmortalité. La prescription de neuroleptiques doit donc être évitée dans la mesure du possible. L'imagerie fonctionnelle avec traceur du transporteur de la dopamine (DATscan) permet d'explorer le système dopaminergique nigrostrié. Dans la démence à corps de Lewy, il existe une hypoactivité striatale dopaminergique à la différence de la maladie

aux troubles de la posture et de l'équilibre associés au syndrome akinéto-rigide.

Une atteinte sévère du système nerveux autonome peut apparaître précocement et se traduit alors par de l'hypotension orthostatique, des troubles du rythme cardiaque, une incontinence urinaire, une constipation et des syncopes.

Symptômes psychiatriques de la démence à corps de Lewy

Les hallucinations visuelles sont un critère essentiel du diagnostic et persistent pendant l'évolution de la maladie. Les hallucinations auditives sont plus fréquentes que les hallucinations olfactives ou célesthésiques.

Il peut exister des syndromes délirants secondaires à une reconstruction à partir des hallucinations visuelles et de fausses reconnaissances. Le plus construit est le syndrome délirant de Capgras : le patient est persuadé que une ou plusieurs personnes de son entourage a été remplacée par un imposteur ou un double. Les idées délirantes de persécution sont moins fréquentes que dans la maladie d'Alzheimer et assez pauvres. L'introduction d'un traitement neuroleptique peut se justifier après évaluation entre le bénéfice de traiter le syndrome hallucinatoire et le risque d'hypersensibilité aux neuroleptiques.

Une dépression peut être retrouvée comme dans tout syndrome démentiel. Une prise en charge avec thérapie de soutien est nécessaire et un traitement par antidépresseur peut se justifier.

Diagnostiques différentiels

Le diagnostic ne peut être porté qu'après exclusion de toute autre maladie neurologique ou générale.

Les explorations doivent être pratiquées si possible lors des épisodes confusionnels ou délirants pour éliminer une étiologie infectieuse, inflammatoire, toxique ou métabolique.

La maladie d'Alzheimer reste très proche de la démence à corps de Lewy car un syndrome délirant ou un syndrome akinéto-rigide peut apparaître dans la maladie d'Alzheimer. De plus il existe des formes de chevauchement entre ces deux maladies. Les hallucinations visuelles sont néanmoins assez spécifiques de la démence à corps de Lewy.

La maladie de Parkinson peut aussi se compliquer d'un syndrome démentiel le plus souvent dix ans après l'apparition du syndrome extra-pyramidal. Si la démence apparaît moins de 12 mois après le syndrome extra-pyramidal, une démence à corps de Lewy est probable surtout si il existe d'autres critères associés. Si, au contraire, le syndrome démentiel apparaît plus de 12 mois après, on conclura à une maladie de Parkinson avec démence.

L'apparition de myoclonies associées à une forme rapidement progressive de DCL doit faire suspecter une maladie de Creutzfeldt-Jakob. Le traitement médicamenteux doit être étudié notamment chez les patients âgés polymédicamentés avec risque d'interaction médicamenteuse. Les médicaments avec effet anticholinergique ou les catécholamines peuvent donner des tableaux cliniques similaires.

Examens complémentaires

Il n'existe pour l'instant aucun examen complémentaire pour confirmer le diagnostic de démence à corps de Lewy. L'IRM cérébrale met en évidence une préservation de volume du lobe temporal moyen et de l'hippocampe avec atrophie du putamen.

L'imagerie fonctionnelle peut montrer, en PET ou en SPECT, une hypoperfusion et un hypométabolisme au niveau occipital sans atrophie retrouvée à l'IRM.

L'électroencéphalogramme réalisé précocement retrouve un ralentissement généralisé avec salves d'ondes lentes dans les territoires temporaux.

La scintigraphie myocardique au MIBG montre une diminution de l'innervation cardiaque des neurones postsynaptiques sympathiques.

Traitements de la démence à corps de Lewy

La prise en charge des patients atteints de démence à corps de Lewy débute dès le diagnostic avec la recherche de troubles cognitifs, psychiatriques, moteurs et neurovégétatifs. Il n'existe, à l'heure actuelle, aucun traitement curatif.

Les traitements médicamenteux de la DCL sont résumés dans le tableau 2 mais il faut rappeler qu'aucun médicament n'a d'autorisation de mise sur le marché dans cette indication.

Les inhibiteurs de la cholinestérase ont montré dans différentes études leur efficacité sur l'amélioration des fonctions cognitives et sur la diminution des symptômes psychotiques (hallucinations visuelles).

Les antipsychotiques atypiques permettent une amélioration des symptômes psychotiques résistants mais leur prescription doit être prudente compte tenu du risque d'hypersensibilité aux neuroleptiques.

De plus l'AFSSAPS déconseille l'utilisation de l'Olanzapine et de la Risperidone chez les patients âgés déments car il existe une incidence plus élevée

(suite page 5)

LIVRES ET REVUES

Les mouvements anormaux

Neuropsy News

Mars-avril 2006 n°2

Dans son éditorial, J.-P. Luauté relève que si spécialisation oblige, il n'est plus possible de tout connaître des affections qui entraînent des mouvements anormaux. Le psychiatre, comme le neurologue, se doit d'être capable d'effectuer le premier tri, celui qui va distinguer les mouvements anormaux psychogènes des mouvements anormaux organiques. La distinction psychogène versus organique doit s'appuyer, comme le souligne J.-P. Azulay, sur des critères cliniques, ceux du diagnostic positif - on ne procède pas par élimination de l'organicités - et la place des examens complémentaires est habituellement réduite. Longtemps considérée comme une curiosité psychiatrique, la maladie des tics, ou plutôt le syndrome de Gilles de la Tourette, est actuellement, comme l'écrit M. Goncè, le prototype d'un désordre neuropsychiatrique. Les raisons de cette réévaluation se lisent, en filigrane, dans son texte. La question des dyskinésies tardives méritait de faire l'objet d'une actualisation, ne serait-ce qu'en raison de l'utilisation grandissante des neuroleptiques atypiques et de leur intérêt supplémentaire à ce sujet.

L'article de C. Meyniel et Ph. Damier, avec l'arbre décisionnel qu'ils proposent, constitue un « état de la question ». Quand on connaît l'existence au cours de la maladie de Huntington de formes schizophréniques (10 % des cas) et le fait que les neuroleptiques classiques ont été nécessairement utilisés chez ces malades, on conçoit la difficulté de qualification des mouvements anormaux quand existent des troubles psychotiques et une maladie de Huntington authentifiée.

L'utilisation de la biologie moléculaire (cf article de J.-P. Luauté et Jean-Claude Turpin) qui a confirmé la diversité phénotypique des mouvements anormaux de la maladie, n'a pas résolu toutes les questions et elle en fait surgir de nouvelles. Les neuroleptiques ne sont pas responsables des signes neurologiques mineurs (soft signs) que l'on peut découvrir à l'examen des patients schizophrènes, ou de certains d'entre eux. Ils n'ont pas, à la différence des signes neurologiques « durs », de valeur localisatrice mais, comme le souligne David Gourion, ils témoignent d'une vulnérabilité de l'encéphale à la maladie et, puisqu'ils sont retrouvés chez des apparentés sains, ils sont un indice de son support génétique.

La proximité Construction politique et expérience sociale

Sous la direction de Alain Bourdin, Marie-Pierre Lefeuve et Annick Germain
L'Harmattan, 27 €

La proximité fait l'objet de toutes les attentions : gestion de proximité, démocratie de proximité, exaltation des « élus de proximité ». En France, le monde politique et celui des médias usent et abusent du terme. Au Québec sa fortune est moindre, mais, au chapitre des politiques urbaines, le quartier est partout présent. Avec la montée en puissance de l'idée de proximité c'est la redéfinition du politique qui est en cause. Pour éclairer ce débat, la sociologie et la science politique tentent, dans ce livre, de dire comment, dans le contexte de la modernité réflexive, s'institue et s'organise la régulation sociale.

L'incidence des démences homogène à travers l'Angleterre et le Pays-de-Galles

L'incidence des démences semble homogène à travers l'Angleterre et le Pays-de-Galles, sans différence entre les sexes ni ralentissement avec le grand âge, à l'opposé de ce qui a été observé dans d'autres études épidémiologiques selon la première étude multicentrique évaluant les différences d'incidence des démences au sein d'un pays en utilisant la même méthode*.

Les résultats de cette étude, qui a commencé au début des années 1990 auprès des plus de 65 ans, suggèrent que l'incidence des démences est homogène, avec environ 180 000 nouveaux cas chaque année. Ces nouvelles données sont « robustes », estiment les auteurs car ils ont appliqué la même méthode sur plus de 13.000 personnes dans cinq centres représentant des populations avec des profils de risque de démence différents, plutôt riche et en bonne santé comme à Cambridge dans l'est de l'Angleterre ou démunie comme à Newcastle dans le nord.

L'absence de variation dans les nouveaux cas de démence observée à travers l'Angleterre et le Pays-de-Galles suggère que la santé et les revenus n'ont pas d'impact sur l'incidence dans ces régions, en sachant que de nombreux facteurs de risque, notamment cardiovasculaires, ont pourtant été décrits pour la maladie d'Alzheimer et d'autres démences.

Cette situation pourrait s'expliquer par de faibles différences dans le mode de vie et la mortalité à travers l'Angleterre et le Pays-de-Galles qui ne sont pas suffisantes pour influencer le développement de nouveaux cas de démence alors que les différences entre les pays sont suffisamment importantes pour être détectées facilement.

Contrairement à d'autres travaux, cette étude ne met pas en évidence de ralentissement de l'incidence avec le grand âge. Le taux est de 7,4 cas pour 1.000 personnes entre 65 et 69 ans et de 84,9 cas pour 1.000 après 85 ans alors que de précédentes études suggéraient une incidence plus faible après 90 ans.

Enfin, l'incidence apparaît globalement similaire entre les sexes alors que, dans d'autres études, la démence touche davantage les femmes. ■

B.L.

*PLoS Medicine, vol.2, n°8, 11 pages, www.plosmedicine.org

LIVRES ET REVUES

Rapports du physique et du moral de l'homme

Volumes 1 et 2

Pierre-Jean-Georges Cabanis
L'Harmattan, 45 € et 21 €

Pierre-Jean-Georges Cabanis (1757-1808) a eu le mérite de constituer avec la publication de son livre sur les *Rapports du physique et du moral de l'homme* (1802) la science des rapports de l'âme avec le corps. On connaît la solution matérialiste qu'il a apportée à ce problème. Prenant ses distances vis-à-vis de la psychologie de Condillac en soulignant l'existence d'une sensibilité interne, liée aux organes et véhiculée par les nerfs, il sépare la sensibilité de la pensée en rattachant la première au corps et la seconde au cerveau. Le moyen, outre celui de la physiologie nerveuse, que Cabanis va utiliser pour cerner cette sensibilité interne est la pathologie mentale. Il soulèvera ainsi le problème de l'organogenèse ou de la psychogenèse de la folie. Cabanis va prétendre que la folie n'est que la traduction apparente des désordres occasionnés par la sensibilité interne corporelle. Si l'on n'observe pas d'anomalie patente dans le cerveau, c'est qu'il faut invoquer l'interférence avec la pensée de la sensibilité d'autres organes. Cabanis exclut la pensée elle-même, en tant que production cérébrale, de toute responsabilité dans l'origine de l'alléation et considérera la folie comme la conséquence du chaos des impressions internes comme externes. Cependant, Cabanis ne va pas rejeter totalement l'hypothèse psychogénique puisqu'il concevra d'appliquer aux fous le traitement moral inauguré par son ami

Philippe Pinel à la même époque. Dans le premier volume, après des considérations générales sur l'étude de l'homme et sur les rapports de son organisation physique avec ses facultés intellectuelles et morales, Cabanis présente une histoire physiologique des sensations et une analyse du fondement physiologique de nos facultés intellectuelles et morales avec, notamment, l'étude de l'influence de l'âge, du sexe et des tempéraments. Dans le second volume, Cabanis continue son analyse du fondement physiologique de nos facultés intellectuelles et morales avec notamment l'étude de l'influence des maladies, du régime et des climats sur nos idées. Il termine son livre par des considérations sur la vie animale, par les premières déterminations de la sensibilité, l'étude de l'instinct, de la sympathie, du sommeil et du délire avant de conclure sur l'influence du moral sur le physique.

Les conduites de consommation à l'adolescence

Psychotropes 2005 n°3-4
De boeck*

Ce double numéro débute par un dossier consacré aux conduites de consommation à l'adolescence, constitué pour partie de communications faites lors d'un colloque co-organisé sur ce thème par le Derpad et le Centre Médical Marmottan.

Philippe Jeammet dresse, tout d'abord, un tableau de ce que l'on peut dire de la dépendance en général dans le contexte particulier de l'adolescence et part de son expérience pour élaborer des stratégies permettant à la fois d'entrer en dialogue avec ces jeunes et de

répondre à leurs demandes. François Beck et coll., proposent des indications et des tendances fiables sur ce phénomène parfois dramatisé ou, à l'inverse, banalisé de l'usage de produits psychoactifs chez les jeunes en s'attachant plus particulièrement à l'étude de la consommation chez les étudiants.

Olivier Phan parle de son expérience, au centre Émergence (IMM), de prise en charge des adolescents consommateurs de cannabis et Dan Véléa, de celle acquise dans le cadre des consultations du Centre médical Marmottan vis-à-vis des demandes concernant de nouveaux types d'addiction qui touchent particulièrement les jeunes : cyberdépendance, dépendance aux jeux vidéo, drogues de synthèse, etc.

Michel Joubert termine cette thématique en traitant du rôle que peuvent jouer les sciences sociales dans l'établissement des politiques de prévention, prenant pour exemple le travail réalisé en Seine-Saint-Denis.

Est ajouté, en addendum à ce dossier, un texte venu du Royaume-Uni et écrit par Harry Shapiro, journaliste, rédacteur en chef de la revue *Drug-Link* éditée par le centre d'information et de documentation DrugScope.

Harry Shapiro est aussi l'auteur d'articles scientifiques et de plusieurs livres sur l'histoire de la consommation des drogues et sur leurs relations avec le monde de la musique et du cinéma. Son témoignage concerne l'articulation drogues, musique et jeunesse britannique.

La suite de ce numéro concerne des pathologies ou des problématiques transversales.

La recherche de sensation telle que définie par Marvin Zuckermann est abor-

d'accidents vasculaires cérébraux dans cette population (AFFSAPS mars 2004).

La L-Dopa reste le traitement de référence des symptômes extrapyramidaux, les anticholinergiques étant contre-indiqués et les agonistes dopaminergiques déconseillés (mauvaise tolérance : confusion, sédation, hallucinations). Une évaluation est nécessaire entre le bénéfice de traiter les troubles moteurs et le risque d'induire des effets secondaires (confusion, sédation). L'introduction de la L-Dopa doit être progressive pour atteindre la posologie minimale efficace.

Les traitements non pharmacologiques sont multidisciplinaires : pour les troubles cognitifs travail de l'attention et des fonctions exécutives en orthophonie, pour les troubles psychiatriques thérapie de soutien, pour les troubles moteurs orthophonie et kinésithérapie.

Conclusion

La démence à corps de Lewy, maladie neurodégénérative proche de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Parkinson est une cause fréquente de démence. Son diagnostic clinique nécessite la présence d'un déclin cognitif associé à des fluctuations de l'état cognitif, des hallucinations visuelles et un syndrome parkinsonien. Aucun examen complémentaire ne permet de confirmer ce diagnostic.

Les symptômes psychiatriques peuvent être au premier plan (hallucinations visuelles ou auditives, syndrome délirant,

troubles du sommeil et syndrome dépressif) d'où l'importance d'un interrogatoire et d'un examen attentifs à la recherche des différents critères cliniques associés à cette maladie. Les implications thérapeutiques d'un dépistage et d'un diagnostic précoce de la démence à corps de Lewy sont en effet capitales : l'hypersensibilité aux neuroleptiques peut provoquer un risque de surmortalité et le traitement par inhibiteurs de la cholinestérase induire des phases de rémission. ■

Florence Gaillot

Service du Dr. CAROLI, C.H. Sainte-Anne, 75014 Paris.

Bibliographie

- (1) MCKEITH IG, GALASKO D, KOSAKA K et al., *Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies*, Neurology 1996, 47, 1113-1124.
- (2) MCKEITH IG, DICKSON DW, LOWE J et al., *Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium*, Neurology 2005, 65, 1863-1872.
- (3) BALLARD CG, O'BRIEN JT, SWANN AG et al., *The Natural History of Psychosis and Depression in Dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease: persistence and new cases over 1 year of follow-up*, J Clin Psychiatry 2001, 62, 46-49.
- (4) LEBERT F, LE RHUM E, *Prise en charge thérapeutique de la démence à corps de Lewy*, Rev Neurol 2006, 162, 131-136.

L'Inpes présentera début 2007 de nouvelles données sur la prise en charge des personnes dépressives

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) présente au premier semestre 2007 les résultats d'une nouvelle étude sur la prise en charge des personnes dépressives.

Son dernier baromètre santé 2005 rendu public le 9 mars dernier a montré qu'une minorité (38,3%) de personnes dépressives a consulté au cours de l'année 2005. Face à ces données, l'Inpes a mené entre novembre 2005 et février 2006 une nouvelle enquête afin d'étudier les variables sociodémographiques, cliniques et représentationnelles associées au non recours aux soins chez les personnes dépressives. Cette enquête a porté sur 4 000 personnes de la population générale dont 2 000 présentent un symptôme dépressif.

Les questions posées sur la dépression portent sur la vie entière de la personne interrogée, et non plus sur les 12 derniers mois. La co-morbidité de la dépression est étudiée, en questionnant, notamment, sur l'anxiété généralisée et sur la consommation d'alcool des personnes interrogées.

Par rapport au baromètre 2005, le questionnaire sur les troubles dépressifs sera également plus précis afin de connaître dans le détail les médicaments consommés et les professionnels de santé sollicités. Cette nouvelle enquête permettra, également, de préciser les données du baromètre santé qui faisait état, dans plus de 30% des cas de personnes dépressives, d'un traitement non adapté à la dépression, comme les anxiolytiques (46,7%) et le soutien psychologiques (26,4%). ■

P.C.

dée par Solange Carton comme élément important de l'investigation clinique, car elle constitue un facteur de risque commun au développement des conduites de dépendance et de prises de risque divers, dont celle de la consommation de substances psychoactives. Jusqu'en 2001, lorsque la consommation d'un produit illicite par un mineur était portée à la connaissance d'un juge, ce dernier n'avait d'autre recours que le simple rappel à la loi ou le saisissement du juge des enfants. Une mesure, nouvelle depuis 2001, appelée *Min Risk Addiction*, présentée par Eric Chagnard permet d'apporter « une réponse mesurée et significative » à ce type de situation.

Anne Biadi-Imhof explore la dimension de contrainte dans la relation thérapeutique. Jean-Bernard Wojciechowski tente de montrer comment, au fil de l'histoire, se sont constituées les réponses de notre société au problème de la toxicomanie, que ce soit, par exemple, par le développement de la substitution ou par la réduction des risques. A travers les enseignements issus d'ateliers d'écriture menés auprès de patients alcoolodépendants, Sylvie Petit démontre que si la « question miracle » n'est pas thérapeutique en soi, elle constitue un élément de « changement pour les patients et les thérapeutes ». Enfin, ce numéro se termine par la troisième étape du tour du monde des sites de prévention en Europe, de la Grèce à la Suisse, en passant par le Royaume-Uni.

E-mail : commande@deboeckservices.com

Une autre place pour les usagers ? Intervenir dans le secteur social et médico-social

Laurent Barbe
La Découverte, 17 €

Le secteur social et médico-social, qui concerne différents domaines (protection de l'enfance, handicap, personnes en difficulté sociale, personnes âgées), connaît depuis des années une évolution législative et réglementaire constante affirmant le droit des usagers. Ce phénomène s'inscrit au cœur d'évolutions sociales liées à l'émergence d'un individu contemporain plus exigeant dans son rapport aux institutions. Récemment, la loi 2002-2, ayant vocation à unifier le système réglementaire des établissements sociaux et médico-sociaux, a fait des usagers un thème central, en imposant aux structures diffé-

rents outils d'information et de concertation. Donner une place plus importante aux personnes au sein de l'action menée suppose de développer une éthique et des savoir-faire collectifs, dans une relation mettant en avant l'alliance avec l'usager autant que la technicité des structures. Encourager ce mouvement constitue, potentiellement, un levier de renouvellement des pratiques et des motivations. Nourri de nombreux exemples, ce livre propose une réflexion sur les enjeux de cette évolution.

Anthropologie historique du corps

Abdelhakim Charif et Frédéric Duhart avec la collaboration de Yannick Le Pape (Ed.)
L'Harmattan, 27,50 €

Cet ouvrage qui est né d'un séminaire organisé dans le cadre de la formation *Histoire et civilisations* de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales rassemble seize regards sur le corps, proposés par des chercheurs venus de divers pays et aux rattachements disciplinaires différents : anthropologie biologique, anthropologie, ethnologie, histoire de l'art, histoire culturelle et sociale, histoire des sciences et philosophie*.

En nous entraînant de l'Egypte ancienne à la France d'aujourd'hui, de la Grèce à l'Amérique latine en passant par l'Afrique, les auteurs tracent les contours d'une anthropologie historique du corps. Certains, qui traitent de ses représentations, donnent à penser les masques funéraires égyptiens, les descriptions de l'Autre établies par des missionnaires du XIII^e siècle ou les observateurs militaires d'avant la Grande Guerre, les fantasmes sur le cannibale nés de la découverte d'un Nouveau Monde, les superhéros de bandes dessinées ou les femmes de papier collées sur les murs des ateliers d'aujourd'hui. D'autres insistent sur les mises en discours du corps, qu'elles s'opèrent dans le cadre du propos médical grec ancien, de l'idéologie nazie ou au cœur des débats philosophiques et psychanalytiques. Des études consacrées à des mangeurs néolithiques ou contemporains, aux femmes enceintes de la Renaissance, aux corps contrôlés de la fin du Moyen Age occidental ou à ceux des Constantinopolitains du XIX^e siècle, amènent à réfléchir sur le corps au quotidien.

*B. Andrieu, E. Barra, Y. Boudjaja, J. Chapoutot, A. Charif O. Cosson, N. Dobрева, F. Duhart, G. Goude, F. Haddad, Y. Le Pape, A. Monjaret, L. Prospéri, J. Schiel, J. Thomas, L. Thyss et P. Vignolo.

Tableau 2 : Traitements médicamenteux de la démence à corps de Lewy

Classe médicamenteuse	Mécanismes d'action	Effets secondaires
Inhibiteurs de la cholinestérase - Rivastigmine (Exelon) - Donepezil (Aricept) - Galantamine (Reminyl) - Tacrine	- amélioration des performances cognitives - diminution des symptômes psychotiques	- troubles digestifs - somnolence
Antipsychotiques atypiques - Olanzapine (Zyprexa) - Risperidone (Risperdal) - Clozapine (Leponex)	- diminution de symptômes psychotiques résistants	- syndrome malin des neuroleptiques - troubles de la vigilance - troubles de l'équilibre - aggravation du syndrome extra-pyramidal - aggravation du déclin cognitif
Traitement antiparkinsonien - L-Dopa	- diminution du syndrome extra-pyramidal	- confusion - hypotension - dystonies focales aiguës

LIVRES

Le vocabulaire de Girard

Charles Ramond
Ellipses

Le vocabulaire de René Girard présente, comme ses thèses, l'alliance paradoxale de l'originalité et de l'évidence. Écrivant et publiant depuis plus de quarante ans, traduit dans plus de vingt langues, étudié et discuté universellement, Girard a popularisé et fait entrer dans le langage courant des expressions maintenant bien établies, comme « *désir mimétique* », « *mécanisme de bouc émissaire* », « *sacralisation de la violence* », « *textes de persécution* », ou « *lynchage fondateur* » - pour ne prendre que les plus célèbres. « *Parabole* » désigne ce qu'on « *jette en pâture* » à une meute pour la calmer. « *Mythe* » signifie d'abord, dans l'usage courant, « *mensonge* » « *martyr* », « *victime* » plutôt que « *témoin* », et « *bouc émissaire* », « *victime innocente et persécutée* » plutôt que « *rite* ».

Connaître est agir

Miguel Benasayag

avec la collaboration d'Angélique del Rey

La Découverte, 18,50 €

Miguel Benasayag s'efforce de comprendre les mécanismes de construction de notre perception du monde, de la réalité. Et d'étudier, au-delà de toute morale, les dispositifs par lesquels nous « *mettons à distance* » la réalité, en nous condamnant souvent à subir ses effets sans pouvoir agir. La querelle entre déterminisme et libre-arbitre apparaît ainsi comme un faux débat. Le défi est de penser la liberté réconciliée avec le destin. Jadis, l'agir dépendait de Dieu. Puis on l'a confié à l'homme, lieu de la séparation entre la connaissance, l'agir et le monde. C'est ainsi que l'agir et ses possibilités deviennent une question : depuis où agit-on ? Si Dieu nous condamne à une trop grosse focale, l'individu nous condamne à un zoom trop prononcé. Le paysage, qui n'est pas un simple décor où l'on déambule, pourrait être cette bonne distance pour renouer avec une connaissance qui redevient agir. Il s'agit donc de comprendre les liens des hommes entre eux, les liens qui les tissent comme éléments d'un paysage. L'auteur continue dans ce livre sa déconstruction du mythe de l'individu, ainsi que son travail sur l'éthique en tant que fragilité. Son objectif reste clair : une philosophie de la situation et de l'action.

Levinas et la psychanalyse

Enquête sur une aversion

Paul Bercherie, Marieluise Neuhaus

L'Harmattan, 12 €

La pensée d'Emmanuel Lévinas a donné lieu à un certain nombre de rapprochements avec quelques-uns des plus grands noms de la psychanalyse post-freudienne - Jacques Lacan, Nicolas Abraham ou, comme il est soutenu dans ce livre, Donald Meltzer. On s'est moins penché sur les rares, mais très critiques appréciations de Lévinas du judaïsme sur Freud et la psychanalyse. Ce livre est issu d'une note énigmatique, à laquelle Emmanuel Lévinas tenait suffisamment pour la reproduire, à l'identique, dans deux textes publiés à plusieurs années d'intervalle : il y rapproche la théorie freudienne de l'Œdipe du paganisme et de l'antisémitisme. Après avoir fait l'inventaire des références de Lévinas à Freud et la psychanalyse, les auteurs proposent une analyse de sa posture critique en fonction de son projet philosophique envisagé dans sa globalité, soit une transcription du contenu du judaïsme dans la langue de l'universel.

de l'aristocratie du faubourg Saint-Germain. Robert est le dernier des enfants du comte Thierry. On prête à celui-ci ces quelques mots : « *Les enfants... ces étrangers que nous introduisons si imprudemment dans notre existence* ». La comtesse, sa mère, physiquement éprouvée, n'est pas en mesure de s'occuper de ce dernier-né. Imprégnée de la rigueur morale et intellectuelle de la religion protestante, les mémorialistes tracent le portrait d'une femme sévère, le front barré par quelque idée fixe. L'éducation de Robert est confiée à sa grand-mère. Celle-ci l'amuse avec des éventails, des boîtes à secret et les poupées de son enfance. Elle emmène Robert en visite. Les yeux de l'enfant s'ouvrent sur des salons, ses oreilles à des mondanités, aussi est-il décontenancé quand, un peu plus grand il doit jouer avec ses cousins, courir après un ballon, pousser un cerceau. Ces exercices lui paraissent oiseux. Les mois passés à la campagne dans les châteaux l'habituent à la solitude. Robert se souvient d'une bonne qui, les jours de chaleur, prend le frais, jupons relevés et cuisses écartées. Sa première curiosité satisfaite il sent une horreur insurmontable pour cette fille, « *une sottie - dit-il - qui le menace du loup* ». Robert attend avec impatience le voyage de septembre : alors le grand-père réunit toute la famille au château de Courtanvaux dans le Maine. Là, il se perd dans le dédale d'escaliers et de couloirs. La magnificence et le mystère du lieu nourrissent l'imagination de l'enfant de mille images accumulées par les siècles et orientent son goût, un goût exquis et susceptible qui craindra autant les élans du cœur que le laisser-aller du plaisir.

Au collège de jésuites, ses camarades trouvent Robert poseur. Quand ils lui reprochent de leur dire vous, il leur signifie qu'il ne tient pas à être tutoyé. Un trait sauve Robert de l'antipathie : il est amusant. Il imite cruellement les professeurs, dessine leurs caricatures. Il est aussi courageux, répond aux maîtres avec une ironie si polie qu'elle ne donne point prise aux punitions. Il est, par ailleurs, un des plus brillants élèves même s'il goûte peu l'ambiance du collège. « *J'aurais du passer mon enfance dans un bain-marie de jupons - confie-t-il - au lieu d'être entouré de sales soutanes* ». Les femmes prendront dans la vie de cet homme chaste plus de place que dans la vie d'un Don Juan. Il en sera toujours entouré. D'abord flattées d'être considérées comme des objets d'art, il vient toujours un moment où elles attendent que Robert joue un rôle dans leur vie. Les premières mondanités du jeune Montesquiou sont les bals. Il ne danse pas. La seule idée de serrer sur son cœur des demoiselles échauffées par dix polkas le met au bord de la nausée. Il s'ennuie très vite, cela se voit et passe pour de l'affectation.

Robert souhaite plaire, mais reste-t-il seul avec un garçon, il semble inquiet. Un jour il note dans ses papiers intimes avec la mention « *Très important* ». ces mots de Gobineau « *la présence gène* ». Dans le tête-à-tête cette impression s'exaspère, il éloigne pour un motif futile les amis les plus dévoués, ceux qui pourraient être les plus tendres, car il beau. Robert aime moins les corps que de ravissantes apparences. Un tempérament froid joint au souci de la perfection permet à Robert d'être un des rares dandies qu'ait la France ; il y a bien alors des hommes élégants comme le prince de Sagan, et Boni de Castellane fait ses premières armes, mais hommes à femmes et même hommes d'affaires, ils manquent du détachement qu'exige le dandysme. La poésie est le moindre mal dans cette recherche dont Barbey d'Aurevilly vient d'établir les règles avec son Brummell⁽²⁾ : « *Le dandy est un oiseau mais un oiseau qui a du tact, qui l'arrête à temps et trouve entre l'originalité et l'excentricité le fameux point d'intersection de Pas-*

Le comte Robert de Montesquiou-Fezensac

Du dandysme et de l'« invention » du fétiche

cal ». Les Goncourt dans leur Journal, au sujet de Montesquiou, portent témoignage de « *sa conversation pleine d'observations aiguës, de remarques délicates, d'aperçus originaux, de trouvailles, de jolies phrases et que souvent il achève par des sourires de l'oeil, par des gestes nerveux du bout des doigts* ». Il fut une figure du dandysme, qui inspira à Proust le personnage du baron de Charlus, qui servit de modèle à Huysmans pour dresser le portrait de Des Esseintes dans *A rebours*.

Montesquiou a, par ailleurs, poursuivi sa « *folle* » ambition : devenir un poète. Toute sa vie, il a recherché désespérément une reconnaissance qui ne viendra pas. Sa poésie fut raillée par la critique de son temps. De fait elle reflétait mal les qualités d'une pensée complexe qui se perdait volontiers dans les préciosités et les ornements symbolistes. Montesquiou est le poète des collectionneurs, il est conduit par les mots comme par les objets et rarement par la pensée ou du moins pas une pensée assez réfléchie pour opérer la cristallisation quasi algébrique du poème, idéal mallarméen auquel parfois il prétend. Chez cet esthète la pensée a moins de sûreté que la vision. L'oeil de Montesquiou distingue toutes les nuances, tous les détails. Il se montre un critique d'art particulièrement avisé, notamment au service des peintres Moreau et Whistler. Lorsque l'éclat mondain de Montesquiou se porte sur son déclin les fêtes qu'il organise se trouvent désertées. Il s'interroge dans ses mémoires : « *Est-ce que je recevais bien ? Sans doute un peu despotiquement. C'est que j'aimais mieux mes réceptions que mes invités* ». Il en vient à ce jugement douloureux : « *J'ai beaucoup aimé d'être vu mais je ne l'aime plus du tout. On n'aime que ce qu'on fait bien et se montrer n'est pas de tous les âges...* ».

Alors que le cercle des proches se restreint, que le sentiment d'isolement se fait plus oppressant, l'« *angoisse d'être oublié* » qui hante les dernières années du poète est, pour son biographe⁽³⁾, celle d'un homme qui n'a pas vécu mais qui a donné une belle représentation.

Réflexion

De ce raccourci de l'histoire de la vie de Montesquiou se dégagent deux tendances que l'on peut placer dans une relation d'opposition. La reconnaissance, le succès mondain s'affichent en contraste avec un défaut de réalisation dans le domaine des relations intimes, de la sexualité.

Dans « *Malaise dans la culture* »⁽⁴⁾ Freud nous rappelle que le programme que nous impose le principe de plaisir, devenir heureux, ne peut être accompli, et pourtant il n'est pas possible d'abandonner nos efforts pour le rapprocher, d'une façon ou d'une autre, de son accomplissement. On peut pour y parvenir s'engager dans des voies très diverses... L'homme principalement érotique privilégiera les relations de sentiment à d'autres personnes, le narcissique qui incline plutôt à se suffire à lui-même cherchera dans ses processus animiques internes les satisfactions essentielles, l'homme d'action ne lâchera pas le monde extérieur sur lequel il peut éprouver sa force.

Si le dandy, assurément, prend place dans la deuxième catégorie déclinée par Freud, cela n'indique en rien pourquoi il voue un véritable culte, une sorte de religion vivante, à l'apparence, au vêtement, à l'« *exercice de la beauté* ». Une observation de Freud communiquée à la Société psychanalytique de

Vienne⁽⁵⁾ nous indique : « *Dès le premier instant, le patient laissa voir clairement qu'il était un fétichiste des vêtements : il ajustait ostensiblement les plis de son pantalon, geste que plus tard il répéta chaque fois inmanquablement. Il était psychologiquement impuissant et malgré ses nombreuses liaisons, il n'avait jamais mené à bien un coït. Chez lui, tout l'intérêt pour les femmes était déplacé sur les vêtements* ».

Freud note, dans cette même observation, le déplacement de ce fétichisme vers « *l'intérêt pour la philosophie* » : « *Il se consacra à la spéculation philosophique et il attachait une grande importance aux noms des choses. Chez ce patient, quelque chose de similaire à ce qui s'était passé dans le domaine érotique arriva donc dans le domaine intellectuel : il détourna son intérêt des choses vers les mots, qui en quelque sorte habillent les idées* ». Cette réflexion jette une lumière sur le style ornemental, ciselé de la poésie de Montesquiou qui a pâti de son goût de collectionner les mots rares et précieux, dans l'agencement desquels il se montre peu avisé, au point qu'un critique a pu écrire que « *ses alexandrins résonnent comme la hallebarde d'un suisse dans une galerie déserte* ».

Le mécanisme pour Freud est le suivant : il s'agit d'une pulsion visuelle qui pousse à regarder et dont le déshabillage est la satisfaction. Si le refoulement de cette pulsion intervient, ce qui était au centre des scènes de déshabillage émerge soudain magnifié de ce refoulement. Désormais, le sujet ne veut plus voir - le corps de la femme et son manque de pénis -, ni qu'on le lui rappelle - ledit manque -, mais par contre il vénère les vêtements. Il adore ce qui auparavant l'empêchait de voir : il devient fétichiste du vêtement par refoulement du plaisir de regarder.

Par là même, apparaît une figure originale : position intermédiaire entre le refoulement complet et la sublimation. Freud estime avoir trouvé « *la solution du fétichisme* », soit : « *répression de la pulsion* », refoulement partiel, et « *idéation d'un fragment de complexe refoulé* ». D'où cette « *idéation de la pulsion* » qui donne à la perversion son style idéaliste, d'où l'aspect d'institution, de culte, du dandysme qui impose à ses sectateurs l'intransigeance de ses règles. Ainsi, pour Baudelaire la règle monastique la plus rigoureuse n'est

pas plus despotique que cette doctrine de l'élégance et de l'originalité.

Conclusion

Baudelaire toujours : « *Le dandysme est un soleil couchant; comme l'astre qui décline, il est superbe et sans chaleur et plein de mélancolie* »⁽⁶⁾. Désabusé dans sa jeunesse, Montesquiou se montra morose et agressif en vieillissant. L'invention fétichiste, l'aménagement subjectif par le dandysme, marque ses limites dans sa fonction de réguler l'économie pulsionnelle. Le dandy s'affirme donc comme cet être paradoxal qui cultive avec soin le ferment de son mal moral. Le fétiche, nous dit Freud, dans son acception générale n'est pas reconnu par le sujet comme un symptôme, avec ce que le terme comporte de souffrance psychique. Et pour cause : le fétichiste est en règle générale « *tout à fait satisfait* » de son fétiche et « *loue même les soulagements qu'il offre à sa vie amoureuse* ». Loué soit l'objet, faut-il comprendre, qui me garantit une telle jouissance - ce qui suggère que le fétiche est « *adoré* » à la façon d'un objet divin ! Aussi le fétichisme organise-t-il une véritable « *religion privée* » avec sa liturgie, ses objets sacrés et ses rituels. Ainsi s'éclaire une part des mystères que recèle le dandysme, qui constitue, pour Baudelaire, le dernier éclat d'héroïsme dans les décadences. ■

J.-P. Rondier*, M. Ducluzaux**, F. de Montleau***

*Assistant des hôpitaux des armées, Service de psychiatrie, H.I.A. du Val-de-Grâce, Paris.

**Psychologue clinicien, H.I.A. Percy.

***Spécialiste des hôpitaux des armées Service de psychiatrie H.I.A. du Val-de-Grâce.

Notes

(1) BAUDELAIRE C., *Le peintre de la vie moderne*, in *Curiosités esthétiques*, 1868, Paris, Gallimard, 1945.(2) BARBEY D'AUREVILLY, *Du dandysme et de Georges Brummel*, 1845, Paris, Editions Mermoud, 1945.(3) JULLIAN P., *Robert de Montesquiou, un prince 1900*, Paris, Librairie Académique Perrin, 1965.(4) FREUD S., *Le malaise dans la culture*, Paris, PUF Quadrige, 1995.(5) FREUD S., *Minute n° 70*, communication à la Société psychanalytique de Vienne, séance du 24 février 1909, in la Revue internationale d'histoire de la psychanalyse, n° 2, PUF, p. 421-439.(6) BAUDELAIRE C., *Le peintre de la vie moderne*, in *Curiosités esthétiques*, op. cit.

Jean Cocteau ou l'énigme du désir

Ce que le poète apprend au psychanalyste

Marie Jemma-Jejcic

Préface de Charles Melman

Erès, 25 €

Cocteau disait : *Mon œuvre est un objet difficile à ramasser*. De fait, la critique littéraire a échoué à le lire. Pourtant, il résiste volontiers auprès du public et des poètes, en dépit d'une déconsidération jamais précisée de l'intelligentsia. Confusément, Cocteau savait que son œuvre présentait un écueil pour la littérature, lui qui pensait qu'un psychiatre serait plus à même de le lire et de repérer le fil rouge de son œuvre.

L'auteur montre que par le travail de l'écrit, Cocteau soutient un désir de vie mis à mal par un deuil traumatique qui déstabilisa la mise en place de sa structure psychique. Marie Jemma-Jejcic repère la position d'objet de l'écrit, le questionne dans ses rapports avec le deuil, la mélancolie et le masochisme.

A procéder de l'énigme, le « *dit poétique* » concerne le psychanalyste et sa pratique de l'interprétation, en même temps qu'il interroge ce qu'il en serait d'un acte poétique de Cocteau. De la sorte, il est possible que ce poète méconnu pour sa poésie, et qui agaça par sa façon savante d'utiliser les médias, ait ranimé ce qu'il était autrefois de l'aède. Du coup, de façon inattendue, lire Jean Cocteau se propose comme un retour à Lacan.

Le dossier Freud

L'Histoire Mai 2006 n°309

On célèbre les 150 ans de la naissance de Freud dans un contexte de remise en cause de la psychanalyse et de son inventeur. Depuis quelques décennies, la recherche sur les débuts de la psychanalyse a fait des progrès considérables : elle a démonté quelques légendes et complètement remanié l'histoire officielle. Ce dossier associe des entretiens avec Mikkel Borch-Jacobsen, Elisabeth Roudinesco, Ian Hacking.

Michel Sanchez-Cardenas : Comme le montre cet extrait, ce récit romanesque a pour narrateur le fauteuil d'un cabinet de psychiatre, celui sur lequel les patients prennent place. Ce fauteuil nous livre les indiscretions que chacun a, un jour, voulu connaître de ce lieu si confidentiel et qui suscite tant de curiosité. Pourquoi avoir choisi cette figure littéraire qu'est la narration de l'intimité par un objet ?

Frédéric Paquereau : Choisir le fauteuil comme narrateur, me permettait une position distanciée. Ce fauteuil porte un regard et une écoute tant du côté du patient que de celui du psychiatre. Il dévoile des indiscretions concernant les deux protagonistes. Lui, le fauteuil n'est pas lié par le secret ou la neutralité, il est beaucoup plus libre dans ses propos, quitte à choquer. Enfin, à l'interface du patient et du psychiatre, il peut aussi apporter un éclairage sur ce qui se noue et se joue entre eux deux, sur cette fameuse relation patient-thérapeute, si riche et si unique.

M S-C : Le fauteuil nous fait partager une journée de Pierre, le psychiatre. Défilé des patients qui se succèdent de demi-heure en demi-heure. Séance de psychothérapie, première rencontre, prescription d'un antidépresseur, prise d'un rendez-vous par téléphone, séance de relaxation, séance manquée... Quel était votre projet en écrivant ce livre ?

F P : Plusieurs choses ont guidé mon écriture. Nous faisons un métier extraordinaire, un métier qui suscite peur et curiosité. Combien de fois sommes-nous questionnés par des non-psychiatres sur ce qui se passe dans l'intimité d'un cabinet de psy ! Je voulais en montrer la richesse au plus près de la réalité, comme si vous étiez, vous, une petite souris, là, à observer et écouter. C'est pourquoi j'ai choisi une narration au présent, la séquence d'une journée et le cabinet comme unité de lieu pour donner une dimension presque documentaire et réelle. J'ai aussi voulu montrer la diversité des gens qui viennent nous voir. Je suis toujours fasciné par cette grande variété des patients qui, tous, s'assoient là, sur ce même fauteuil. Hommes, femmes, jeunes ou plus âgés, de tous horizons, de tout milieux sociaux et professionnels. Chacun avec sa peine, sa douleur, sa souffrance, son histoire. Tous différents, tous uniques.

M S-C : Le lecteur se laisse porter de patients en patients, de séances en séances. Une succession d'instant d'une vie, d'étapes d'un parcours. On ne sait rien de ce qui précède, ni de ce qui suivra cette rencontre. C'est pour attiser notre curiosité et notre imagination ?

F P : Une lectrice, non psychiatre, me disait avoir été frustrée à la lecture du livre, elle voulait en savoir davantage sur ces patients qui viennent nous voir, sur leurs histoires. En même temps, elle me disait avoir été presque choquée par le titre, Les indiscretions..., alors que rien ne devrait filtrer d'un cabinet de psychiatre tant la confidentialité de ce qui est dit est importante. Et pourtant c'est ce titre qui lui a fait acheter le livre ! Notre perversion n'est jamais très loin !

Les indiscretions du fauteuil d'un psychiatre

Entretien avec Frédéric Paquereau

M S-C : Les séances se suivent... C'est parfois triste, terrible et même bouleversant, mais l'humour est souvent présent et c'est fréquemment drôle et amusant...

F P : C'est aussi une réalité de notre métier. On y entend des choses terribles, mais on y rit aussi... et le fauteuil n'a pas vis à vis des patients, la même implication que Pierre. Il peut se permettre, lui, de plaisanter !

M S-C : Au-delà des patients et de leurs histoires, dont nous devenons le témoin indiscret, le fauteuil nous décrit leur comportement. Leur façon de sonner, d'entrer, d'attendre, de se rendre de la salle d'attente au bureau, de s'asseoir, de commencer la séance, d'être en séance, de la terminer ou de ne jamais la terminer, de régler... Il nous dévoile leurs pleurs, leurs angoisses, leurs silences, leurs surprises. Il nous décrit aussi le cabinet de Pierre, nous fait part de ses comportements, de ses habitudes, pour ne pas dire de ses manies, comme sa pause café, son déjeuner, ses angoisses autour de l'utilisation des toilettes ou de l'odeur laissée par une cigarette. Pierre ne serait-il pas légèrement obsessionnel ?

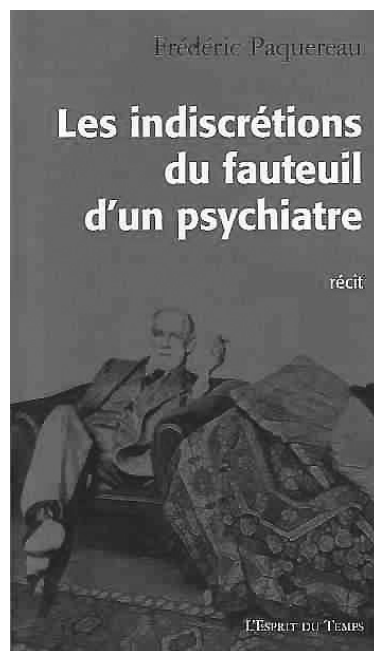
F P : Mais tout psychiatre ne l'est-il pas un peu ! Nous savons combien chaque détail est important autant chez le patient que chez le psychiatre. Un changement du décor, une attitude, une mimique, un mot, un silence, un retard, une absence. Nous savons aussi que beaucoup de choses se passent, se disent et se jouent dans les moments informels : de la salle d'attente au bureau, du bureau à la porte d'entrée ou lors du paiement... En donnant ces détails, le fauteuil insiste, sans le dire, sur l'importance du cadre dans toute psychothérapie. C'était aussi un des objectifs du livre que de permettre à tout lecteur d'approcher, sans entrer dans des explications théoriques dont ce n'était pas le propos, les mécanismes d'une psychothérapie, les rouages de la relation entre le patient et le thérapeute : « le comment ça marche ». Sont ainsi éclairés l'association libre, l'empathie, le transfert, le contre-transfert... Par ailleurs, en décrivant des scènes réputées moins nobles que l'écoute et l'interprétation, et plus lubriques comme manger, fumer, prendre un café ou aller aux toilettes, le fauteuil nous donne une image plus humaine et moins feutrée du cabinet de psychiatre. C'est aussi un lieu où l'on vit !

M S-C : A ce propos, le fauteuil nous dévoile les pensées de Pierre, ses émotions et même certains éléments de son histoire. Il est vrai qu'il le connaît bien puisqu'on apprend qu'il était le fauteuil de son père ! Au-delà du contre-transfert que vous évoquiez, ne souhaitiez-vous pas faire de Pierre le portrait d'un homme loin de toutes les caricatures habituelles

alors qu'il pouvait se considérer, à juste titre, comme un intime de Freud et un pilier du mouvement psychanalytique. Cette correspondance, en plus de dévoiler les dessous des relations entre Freud et Jung et les diverses tractations ayant trait à la régie interne du mouvement psychanalytique, contient plusieurs passages où les deux hommes discutent de points théoriques ou cliniques. Cette édition de la *Correspondance* en constitue l'édition définitive. La traduction, la présentation et les notices sont entièrement nouvelles. Toutes les lettres et les passages non reproduits dans la première édition de 1969 ont été intégralement rétablis.

du psychiatre : froid, distant, silencieux, et ce parfois trop ?

F P : Le fauteuil est aussi le témoin de Pierre, qu'il connaît bien, il était en effet le fauteuil de son père alors que Pierre n'était encore qu'un enfant. Il dévoile ses ressentis et ses pensées. Ses peurs, ses angoisses, ses fantasmes, ses joies, ses peines. Pierre, comme tout psychiatre, peut être ému, agacé, passionné, bouleversé par un patient. Il peut s'attacher, il peut s'ennuyer. C'est aussi la réalité. Je voulais montrer que malgré sa neutralité nécessaire à sa pratique, malgré ses silences, il est un homme qui pense et qui ressent, un homme qui, bien qu'il la taise, a aussi une histoire. Ses émotions, ses états d'âme, son vécu interfèrent dans cette rencontre si spécifique. Je voulais montrer toute l'humanité de notre métier.



M S-C : Le rebondissement inattendu à la fin du récit où Pierre, à son tour, prend place sur le fauteuil, et je n'en dirais pas plus pour ne pas tout dévoiler, est un signe de l'humanité nécessaire à tout psychiatre ?

F P : Il est le signe que lui aussi a besoin d'un fauteuil pour parler, se poser, penser, se questionner. Il peut avoir besoin d'un autre. Il est, lui aussi, faillible, fragile, sensible. Une fois encore, il est humain.

M S-C : Le fauteuil nous fait partager les questionnements, les limites et les doutes de Pierre. Il est humain, mais il doit aussi être humble ?

F P : Au cours du récit, le fauteuil nous livre que Pierre a beaucoup lu, beaucoup appris et aussi beaucoup oublié. Son savoir lui est indispensable, mais il doit le laisser en toile de fond et ne doit pas l'imposer comme une vérité. J'espère que le livre montre que chaque séance est une rencontre, une aventure à deux qui s'écrit lentement, par touches. Le fauteuil nous fait part des interrogations de Pierre. Pierre parfois perdu face à un patient, Pierre qui ne comprend pas pourquoi celui-ci va mieux ou pourquoi celui-là revient. Pierre qui doute et reste humble. C'est la certitude qui est dangereuse, pas le doute. On comprend que ce doute est une des clés de ce métier. Grâce à lui et face à chaque patient, Pierre se questionne, construit des scénarii, émet des hypothèses. Grâce à lui, il pense et aide son patient à penser.

M S-C : Dans ce livre, bien que Pierre puisse être décrit comme un psychiatre « généraliste », vous ne lui cachez pas un intérêt pour la psychothérapie d'ins-

piration analytique ?

F P : C'est, on le comprend, son orientation. Il privilégie la parole, l'écoute, la rencontre, le sens. Il prend le temps et c'est aussi une des choses fondamentales que je voulais montrer dans ce livre : le rapport au temps et comment le psychisme ne peut pas fonctionner dans l'urgence. Je suis persuadé que ceux qui ne connaissent pas l'aventure de la psychothérapie se diront à la lecture de certaines séances du livre : mais ce n'est donc ça ? Et c'est déjà tellement ! Le fauteuil ne nous le dit pas, mais Pierre est certainement inquiet par cette re-médicalisation actuelle de la psychiatrie, par sa mise en protocole, en techniques applicables à tel symptôme et valable pour tous. Il est sans doute inquiet de l'évolution de cette psychiatrie soumise au laminage du tout tout de suite, du rentable, du comptable.

M S-C : Mais en même temps, Pierre peut prescrire, peut proposer une séance de relaxation...

F P : Il s'adapte à chaque patient, à chaque demande. Il n'est pas toujours silencieux, parfois il parle pour deux, comme le fauteuil le dit, il injecte de la pensée ! Il prescrit quand il le faut, il soutient activement, si cela est nécessaire. Il contient, protège, encourage, aide. Il s'avoue ne pas être le bon thérapeute pour tel patient et peut le diriger ailleurs. Mais quoiqu'il fasse, quoiqu'il dise, son écoute est analytique et c'est toute la différence.

M S-C : Ne prenez-vous pas un risque en écrivant ce livre, celui d'être lu par certains de vos patients ?

F P : J'y ai pensé, bien sûr. Mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un roman, que chaque histoire de patient est remaniée, transformée, et que personne ne saura ce qui est vrai chez celle de Pierre ! Quelques patients l'ont lu, évidemment, mais c'est eux qui ont choisi de le faire. D'autres, au contraire, bien qu'ils aient appris l'existence de ce livre, ne se sont pas précipités pour l'acheter ! Quant à ce qu'ils en disent, c'est et ce sera toujours dans le cadre de nos rencontres et donc toujours une parole à écouter et à comprendre. Certains s'y sont bien sûr cherchés, d'autres ont couru après les indices qui leur révéleraient des choses sur leur psy, mais tous ont été surpris de découvrir l'homme derrière le psychiatre. J'ai aussi appris que de futurs prétendants à l'aventure psychiatrique avaient pu franchir enfin le pas après la lecture du livre et, cela, c'est une grande satisfaction. Mais il y avait un autre risque : celui d'être lu par des confrères, par mes pairs. Le fauteuil dévoile la pratique de Pierre... et peut être celle de l'auteur... et ce n'est pas facile de donner à voir l'intimité de sa pratique et de prendre ainsi le risque d'être jugé !

M S-C : Et alors, quel retour avez-vous eu de vos collègues psychiatres ?

F P : Je ne vous parlerai que de retours de ceux qui ont aimé, les autres m'ont en effet épargné ! Le psychiatre est un être bien élevé ! Et ceux qui ont aimé ont ri, ont été émus, et surtout se sont tellement retrouvés chez Pierre ! Certains l'ont même fait lire à toute leur famille pour que leurs proches comprennent enfin leur métier ! Là, je me suis dit que j'avais atteint mon but !

M S-C : Je vous remercie Frédéric Paquereau, et comme le dit Pierre, nous allons en rester là... ■

*L'Esprit du Temps, 205 p, 15 €.

REVUES

La médecine générale à corps et à cris

Rhizome Mars 2006 n°22

Ce numéro traite de pratiques de premier recours, celles des médecins généralistes exerçant auprès des personnes et familles en situation de précarité. On doit, historiquement, reconnaître à la poignée de médecins généralistes qui, en 1974, a fondé le Syndicat de la Médecine Générale, le mérite d'avoir défendu et développé une médecine de qualité auprès des publics vulnérables. Dix ans plus tard, ils créeront les premiers réseaux de santé.

On lira des pratiques nouvelles... depuis 30 ans, comme le modèle institutionnel du Centre de Santé de Grenoble, exemplaire notamment dans son financement à 40% par les collectivités territoriales. On y trouvera le développement d'actions de prévention et de recherche trop rarement articulées avec les pratiques thérapeutiques.

On y lira un aperçu sur la politique de santé publique menée en Grande-Bretagne, à propos de laquelle des représentations tenaces et une désinformation évidente méritent d'être étudiées de plus près.

On lira l'engagement souvent difficile du médecin libéral avec les plus fragiles de ses concitoyens : comment prendre le temps nécessaire avec des personnes présentant « un retard et un renoncement aux soins » si l'on travaille seul et vite ? Le rapprochement, non exceptionnel, des généralistes et des psychiatres, rappelle leur volonté d'un travail commun et sa difficulté. Il plaide pour la mise en œuvre du paradigme bio-psycho-social, celui-là même que les psychiatres de secteur ont toujours cru spécifique de leur pratique, mais qui gagnerait à devenir une référence pluridisciplinaire.

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

Quand la psychanalyse oriente la psychiatrie

Sous la direction de Patrick Chemla, Guy Dana et Alain Deniau
Che vuoi ? Hors série 2005
L'Harmattan, 16 €

Les IV^e rencontres de Corbeil qui se sont déroulées le 8 mars 2005 au Centre de Conférences d'Evry, entre des équipes proches, avait pour but de montrer que la psychanalyse peut soutenir l'action des soignants du service public. En se constituant comme adresse pour ceux dont la parole est déstructurée, l'objectif de l'équipe pluridisciplinaire de secteur est de permettre un point de stabilité : certains sont reconnus comme tels (le CMP, l'hospitalisation), d'autres, qui le deviennent apportent un appui d'existence pour réussir à mieux vivre dans la société. Il s'agit de construire un temps de stabilité, le plus durable possible, condition nécessaire à l'établissement d'un lien fondé sur la parole.

Cette stabilité dans la durée est nécessaire pour que des changements significatifs dans l'existence des patients se produisent. L'action s'appuie sur des besoins sociaux (le logement, le travail, l'expression collective) auxquels les personnes ne pourraient accéder sans soutien spécifique.

L'absence de lien transférentiel contribue à l'aggravation des processus d'enfermement psychiques, à la répétition de crises d'angoisse. Faute d'avoir une adresse où être entendue, l'angoisse ne trouve à s'exprimer que par un excès d'appels, adressés, par défaut, aux urgences et à l'hospitalisation.

Correspondance complète (1907-1926)

Nouvelle édition revue et complétée
Sigmund Freud
Karl Abraham
traduite de l'allemand, présentée et annotée par Fernand Cambon
Gallimard

La correspondance entre Freud et Abraham s'étend sur près de vingt ans et comporte près de cinq cents lettres. Elle témoigne du parcours d'une relation chaleureuse que ces deux hommes ont pu nouer, depuis l'époque où Abraham était assistant de Jung au Burghölzli jusqu'à son décès prématuré en décembre 1925

LIVRES

Protection sociale : le défi

Arnaud Parienty
Folio série « Le Monde Actuel »
Gallimard, 6,40 €

Il serait excessif de parler d'éclatement ou de destruction de la Sécurité sociale, que ce soit en France, en Europe ou même aux Etats-Unis. Ce qui frappe dans les réformes françaises des dernières années est, en fait, surtout leur confusion. D'où l'intérêt de ce livre.

Le premier chapitre présente un état des lieux : la dégradation de la situation financière de la sécurité sociale et les réponses insuffisantes apportées par les pouvoirs publics ces dernières années. Le second chapitre évalue le poids de la contrainte démographique qui modifie indiscutablement la donne, surtout dans le domaine des retraites et de la dépendance. Est ensuite abordée la question clé des inégalités. Les adversaires des réformes récentes ont souvent été accusés de défendre des « privilèges ». Ils dénoncent le risque d'une protection sociale « à deux vitesses ». Compte tenu de la complexité des régimes et de la diversité des mécanismes, il n'est pas facile de démêler la part des choses. Mais il faut souligner le rôle déterminant de la protection sociale dans la réduction des inégalités.

Le chapitre quatre est consacré à la place respective du secteur public et de l'assurance privée dans la protection sociale. Le chapitre cinq plaide pour une transformation du travail pour une transformation du travail des seniors en vue de régler le problème des retraites, une plus grande attention à la santé au travail pour réduire les dépenses de santé, une redéfinition des objectifs de la protection sociale en matière d'emploi. Ce qui conduit, dans le chapitre suivant, à étudier les politiques de lutte contre la pauvreté qui touche désormais largement les actifs, ce qui conduit à se demander comment lutter contre la pauvreté tout en favorisant l'emploi des moins qualifiés. L'auteur oppose au projet de libéralisation de la protection sociale un projet solidaire renouvelé, s'inscrivant dans le contexte économique, démographique, social d'aujourd'hui tout en respectant les principes fondateurs de la sécurité sociale. Restent à trouver les forces sociales capables de le porter. Les divisions syndicales et politiques ont, jusqu'ici, conduit à privilégier la défense de l'existant, plus susceptible d'un large accord, plutôt que les propositions de réforme.

Le métier de conseiller(ère) en économie sociale familiale

Professionalité et enjeux
Isabelle Benjamin et François Ménard
Nouvelle édition
La Découverte, 16 €

La profession de conseiller en économie sociale familiale (CESF) fait partie des professions du travail social. On rencontre les conseillers et conseillères « en ESF », à côté des assistantes sociales, dans les services sociaux des départements, dans les structures d'accueil pour handicapés, dans les structures d'hébergement et d'insertion, dans les centres communaux d'action sociale (CCAS), dans les centres sociaux, dans les organismes HLM... Ce livre aborde leur histoire et développement, leurs pratiques, valeurs et compétences. Cette nouvelle édition propose une postface actualisée qui analyse les évolutions, enjeux et perspectives de la profession, dont le rôle stratégique a été encore renforcé par les récentes mesures prises dans le cadre de la lutte contre l'exclusion.

Expériences novatrices

Comme nous l'avons dit précédemment, le champ de la réadaptation est traversé par diverses tendances, diverses valeurs et concepts théoriques sous-jacents aux interventions. Nous avons choisi deux expériences ou approches novatrices qui vont illustrer ces tendances. La première concerne l'information sur la médication et comment cette information peut aider à l'appropriation du pouvoir. Ce projet se nomme la gestion autonome de la médication. Enfin l'autre expérience est un projet initié et réalisé par des professionnels qui est centré autour de la cure analytique pour des personnes souffrant de psychose. Cette expérience, nommée « Le 388 », touche autant l'appropriation du pouvoir que l'intégration du bio-psycho-social dont nous avons parlé précédemment.

La gestion autonome de la médication (GAM)

La médication est le traitement privilégié dans le milieu institutionnel au point que les usagers en viennent à dire qu'il est de fait le seul qui leur soit souvent offert. Comment le conçoit-on dans le milieu psychiatrique, de la réadaptation, de la protection des droits et des ressources alternatives ? Un débat sur la Gestion autonome de la médication (GAM) a eu lieu l'an passé entre des psychiatres et des intervenants des ressources alternatives dans un centre hospitalier de Montréal. Il permet de dégager les positions psychiatriques institutionnelles à cet égard. Ainsi, en s'appuyant sur les données probantes provenant des études évaluatives, le milieu psychiatrique soutient que pour les personnes souffrant de troubles graves, la médication neuroleptique est essentielle car, autrement, les personnes connaîtront une détérioration de leurs symptômes, de leurs déficits cognitifs, une dégénérescence cérébrale plus sévère, une perte plus accentuée de la matière grise, de plus nombreuses rechutes. D'autre part, la médication peut entraîner une réversibilité des atteintes neuronales et réduire le nombre de suicides, et offrir de meilleures possibilités de réadaptation et de réinsertion au travail. Enfin, la qualité de vie objective et subjective est améliorée. Le milieu psychiatrique se révèle très réticent à l'égard de la gestion autonome de la médication à cause du risque très présent de rechute, et de la détérioration progressive de l'état psychiatrique de la personne. Selon ce milieu, la gestion autonome de la médication est une position idéologique et non clinique. Enfin, comme il est actuellement impossible de distinguer les personnes qui pourraient éventuellement évoluer positivement sans la médication, il vaut mieux leur en prescrire une. Et si jamais une personne veut en discuter, cette discussion se fait avec son médecin. Comment est abordée le thème de la médication à l'AQRP?

Dans *Le Partenaire*, édité par l'AQRP, Daniel Gélinas y résumait en 1999 ainsi les opinions sur la médication dans le milieu de la réadaptation : « La médication est généralement perçue comme l'ingrédient de base qui permet d'entrevoir et d'élaborer avec succès des interventions de réadaptation et d'intégration sociale... un centre de réadaptation psychosociale doit nécessairement inclure un programme d'assiduité et d'éducation à la prise de médication pour atteindre le premier objectif poursuivi par le club, celui de prévenir les rechutes et les hospitalisations... la maladie mentale a d'abord une base biologique... le développement d'une relation de confiance entre les membres et le personnel est le facteur crucial qui permet de maintenir l'assiduité à la prise de médication dont la gestion repose sur une pratique sensible au vécu des membres... la médication est envisagée comme la première

Le système de réadaptation au Québec : naviguer dans l'ambiguïté ?⁽¹⁾ 2ème partie

modalité de traitement pour réduire les symptômes... » (1-2).

Sur la base de ces valeurs et croyances, l'auteur montre que, par exemple, les programmes de suivi communautaire ont développé des interventions de gestion de la médication. La médication est donc centrale et n'est pas questionnée. Toutefois, en accord avec d'autres objectifs de ces programmes comme la résolution des problèmes de la vie quotidienne ou l'épanouissement dans la communauté, les équipes PACT continueront à soutenir les personnes même en cas de refus de médication de leur part. On retrouve la même tendance dans certaines ressources communautaires au Québec. Mais comment l'AGIDD et le RRASMQ envisagent-ils cette question ? Ils l'abordent sous l'angle de l'appropriation du pouvoir.

Deux projets ont été menés en parallèle par rapport à cette question. Dans un premier projet, l'AGIDD a voulu mieux informer ses membres sur la médication et, ainsi, les outiller pour donner un consentement libre et éclairé à leur traitement médicamenteux. L'objectif étant d'outiller les personnes pour « lancer un dialogue avec le médecin sur les avantages et les inconvénients de ces substances médicamenteuses » (p.6). Un volume intitulé *Guide critique des médicaments de l'âme* a été publié pour fournir l'information pertinente adaptée aux personnes usagères, et une formation nommée *De l'autre côté de la pilule* fut élaborée. D'autre part, au constat que des personnes décidaient d'elles-mêmes d'arrêter leur médication avec les conséquences négatives que cela pouvait entraîner chez certaines d'entre elles, un programme de gestion autonome de la médication fut aussi élaboré. Ce programme était en fait un programme de sevrage pouvant mener, selon le désir des personnes, à un arrêt complet de la médication mais avec un encadrement afin de diminuer les risques associés.

De son côté, le RRASMQ a abordé cette question aussi sous l'angle de l'appropriation du pouvoir. Même si ce programme se nomme également Gestion autonome de la médication (GAM), il ne ressemble pas au programme précédent. Il a, de plus, une position épistémologique différente de celle du réseau public. Aux études statistiques sur les bénéfices de la médication, il propose le point de vue des personnes sur ses effets sur celles-ci, et valorise leur implication dans le choix du dosage qui leur convient. Autrement dit, la GAM valorise comme principe de base le respect des rapports pluriels des usagers à la médication psychotrope, et l'importance de tenir compte des significations symboliques de la médication (signifier la santé ou être malade pour la vie). Également, la GAM reconnaît que la médication a changé l'expérience de vie des personnes et qu'elle est au cœur de leur cheminement personnel et de leur vie quotidienne. Etant si importante, elle doit être au centre de la démarche d'appropriation de pouvoir de ces dernières. Il s'agit alors d'accéder à une position de sujet à part entière dans le processus de traitement, de prendre en main sa démarche personnelle et sa médication, d'évaluer l'impact de celle-ci sur son cheminement et sa qualité de vie. Il faut que la personne se fasse entendre et reconnaisse une expertise spécifique liée au fait que c'est elle qui prend des médicaments. Envisagé différemment, ce programme vise à faciliter la communication

avec le thérapeute. Heinz Lehman, psychiatre qui a introduit les neuroleptiques au Canada, disait ceci : alors que la médication devait, à l'origine, faciliter la communication avec le thérapeute, elle est maintenant devenue un frein à cette communication. Il faut revenir à cet objectif premier.

Ce programme, reconnu par le ministère de la Santé et des services sociaux comme une démarche d'appropriation du pouvoir, veut offrir un espace de discussion aux personnes sur la prise de médication qui est centrale dans leur vie, et donner sens à leur expérience. Un questionnaire s'en suit sur l'impact positif et négatif de la médication sur la qualité de vie de la personne et sur ses rapports avec soi et les autres, sur les solutions alternatives à ses difficultés et sur son rôle dans sa destinée. Toutes les possibilités sont ouvertes et aucune n'est privilégiée si ce n'est celle choisie par la personne. Après examen de sa situation, cette dernière peut décider de maintenir la médication à la dose actuelle, de l'augmenter ou de la diminuer jusqu'à la discontinuer s'il le faut, l'objectif étant qu'elle se sente bien avec son dosage. « C'est trouver une zone où je suis confortable, où je suis bien » dit l'une d'entre elles. Si elle désire modifier le dosage, elle est invitée à en parler à son médecin ou à en trouver un prêt à la soutenir dans cette démarche. Évidemment, ses choix sont fonction de son cheminement personnel et des étapes de son évolution. En somme, l'objectif est d'amener la personne à prendre en main sa démarche personnelle dont fait partie la médication.

Voici les différentes pratiques et activités qui ont été développées dans le projet GAM jusqu'à maintenant :

- information sur les médicaments concernant d'une part, les effets secondaires, et d'autre part, les droits des usagers à un consentement libre et éclairé au traitement ;
- ateliers et groupes de discussion permettant aux usagers de partager leurs expériences plurielles concernant la prise de médicaments ;
- écoute et suivi individuel dans lequel les rapports à la médication sont explorés dans le cadre d'une démarche personnelle orientée vers le changement de la personne ;
- accompagnement à la négociation de la médication avec le médecin.

Une étude exploratoire a démontré

que la GAM ne s'est pas révélée un ticket à une cessation débridée de la médication. Au contraire, ce fut une occasion pour les participants de faire le point sur leur cheminement personnel et d'examiner comment la médication y contribuait. Ainsi, les participants ont noté un plus grand accès à l'information sur les médicaments, information qui leur a permis de discuter plus adéquatement avec leur médecin et de se doter d'une médication qui leur convenait plus. Parfois cette information leur a dévoilé les effets négatifs à long terme de leur médication, et a suscité une certaine anxiété de leur part. Mieux outillées, elles ont pu négocier avec leur médecin, entraînant la plupart du temps une réaction positive de ce dernier afin de satisfaire aux demandes de la personne. Et lorsque le médecin n'était pas d'accord, elles ont pu trouver un soutien adéquat dans leurs ressources ou réseau d'aide.

Le « 388 » ou l'intégration des services

Nous avons vu que le modèle théorique de la réadaptation repose sur la triade bio-psycho-social. Certes très utile, cette triade risque toutefois de fragmenter la conception de la personne en divers services posant alors le problème de leur intégration, de leur continuité ou de leur cohésion. À cet égard, la proposition du Plan d'action de 2005 est double, soit la création de deux nouveaux types d'intervenants : 1) un agent de liaison dont les fonctions sont « de créer un lien avec la personne concernée et son entourage, celle d'épauler l'ensemble du personnel travaillant auprès de la personne, celle de créer des ponts entre les ressources du milieu » (p.71) ; 2) l'intervenant pivot (case manager) « est la personne avec laquelle l'utilisateur de services crée les liens les plus étroits au cours de son traitement. Il effectue lui-même certaines activités de soutien dont le choix a été déterminé avec la personne et coordonne plusieurs autres activités. L'intervenant pivot est au fait des besoins de la personne, et il a une vue d'ensemble des services qu'elle reçoit ou pourrait recevoir » (p.71). Donc deux entités sont proposées pour assurer l'intégration et la continuité des services à un niveau individuel ou à un niveau systémique. Curieusement, il n'est jamais fait men-

Centre georges
devereux

La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers

Colloque d'ethnopsychiatrie
12 et 13 octobre 2006

Organisé par Tobie Nathan, Isabelle Stengers, Lucien Hounkpatin et Philippe Pignarre

Avec la participation de cliniciens, chercheurs et associations d'usagers (AFTOC, Autisme France, Mediagora, REEV...)

Lieu : Institut Océanographique, Paris

Renseignements et inscriptions : www.ethnopsychiatrie.net

Tél. : 01 49 40 68 51

Courriel : emiliehermant@hotmail.com

tion d'un axe intégrateur qui serait le traitement psychologique au sens large. Cette question de traitement est une question certes mentionnée dans les documents mais n'est jamais précisée. Et lorsqu'elle est mentionnée, il semble bien que l'on fasse référence à un traitement psychiatrique et biologique. Certaines ressources communautaires abordent le traitement d'une manière différente. Elles mettent la cure de la personne au centre du processus thérapeutique, alors que les services soutiennent cette démarche personnelle hautement significative et associée à l'appropriation du pouvoir qu'est la démarche de comprendre et de donner un sens à ses voix ou à un délire par exemple. Le 388 est l'expérience la plus novatrice à cet égard.

Depuis 1982 est expérimenté dans la ville de Québec un projet novateur auprès des jeunes adultes souffrant de psychose. Ce projet a été initié par des professionnels du réseau public qui gèrent cette ressource communautaire et autonome. Nommé le 388, ce projet est un centre psychanalytique pour jeunes psychotiques dont l'objectif est « de favoriser un travail de réarticulation sociale » c'est-à-dire avoir un mode de vie satisfaisant dans la coexistence avec autrui. Pour ce faire, un programme a été développé qui vise à :

- « offrir un traitement global, individualisé et à long terme (suivi psychiatrique, service social, cure individuelle, activités quotidiennes de création et socio-culturelles, travail avec les familles et traitement de la crise sur place ;
- offrir des soins basés sur une approche psychanalytique d'orientation lacanienne, et psychopharmacologique avec une équipe multidisciplinaire » (Bergeron et Cantin, 1986, 153).

Le programme comprend diverses activités comme des ateliers de création sous la responsabilité d'artistes externes, des activités socio-culturelles, sportives, des ateliers d'informatique, de création d'emploi, des activités communautaires, la participation aux tâches quotidiennes du Centre, etc. Il y a aussi un travail fait auprès de la famille qui vise à solliciter son support et sa collaboration quand nécessaire.

Outre ces activités, il y a une cure individuelle pour ceux qui le désirent. Cette cure est assurée par un clinicien analyste, autre que le psychiatre responsable du traitement de l'utilisateur, afin d'avoir un espace différent de celui du soin et de l'intervention dans la réalité. Elle « vise à mettre en place les conditions pour que surgisse chez l'utilisateur une parole de sujet et que soient interpellées en lui une liberté et une créativité qui lui permettent non pas de comprendre les raisons de son mal-à-vivre mais plutôt de gérer ses angoisses, sa folie, en créant un mode de vie satisfaisant pour lui et viable avec autrui » (p.157).

Chaque usager participe à un minimum d'activités définies selon un horaire individuel établi de concert avec son animateur. Sa fréquentation tient donc compte de son cheminement à l'intérieur du programme, de l'évolution de son état mental, de sa progression dans un processus de réarticulation sociale qui l'amène, petit à petit, à investir dans des activités extérieures au 388, comme les loisirs, les études, etc.

En plus de l'analyste, du psychiatre traitant, une autre personne centrale dans le quotidien de la personne est l'animateur. Ce dernier intervient autant au 388 que dans le milieu où vit l'utilisateur. « Il est le point de repère stable. En plus de participer activement aux rencontres de l'équipe de soins où se prennent les décisions concernant les orientations de traitement, l'animateur suivra l'utilisateur dans son cheminement quotidien, l'accompagnera dans la période de crise en ayant des interventions d'encadrement de façon intensive et continue, ira chercher un usager chez lui si nécessaire, participera à des activités de groupe avec les usagers, etc. » (p.157).

Dans le programme, on compte aussi

une permanence de soir et de nuit pour répondre aux patients en crise y résidant temporairement, ainsi qu'aux patients externes en panique ou qui nécessitent du support, soit sur place ou par téléphone. Enfin un psychiatre assure un service de garde 24 heures.

L'approche psychanalytique donne un style et une efficacité clinique. « Elle marque et oriente une façon de faire, un mode d'être avec les usagers tout en donnant une cohésion à l'ensemble des interventions qui sont faites auprès de lui » (p.160). Elle rend cohérente toute l'organisation du programme. En plus de donner un style, cette approche clinique (conceptions et théories) commune à tous les intervenants permet de résoudre les problèmes de coordination observés dans les différents traitements.

Les enjeux de la réadaptation

Au terme de cette présentation, j'aimerais vous faire part de quelques réflexions sur l'avenir de la réadaptation au Québec qui, bien qu'elle soit maintenant reconnue politiquement, n'en demeure pas moins à la merci de facteurs qui pourraient rapidement la fragiliser si on n'y prend garde. Regardons d'abord l'avenir en termes de services de réadaptation.

Le Québec consacre à la santé mentale 1 456 milliards soit 8,5% de l'enveloppe globale de la santé, pourcentage qui demeure constant depuis quelques années (Vérificateur général du Québec, 2003), et qui devrait se maintenir durant les prochaines années. Comme le Québec doit corriger les inégalités régionales dans l'attribution des ressources financières, « le coût pondéré est près de 3 fois plus élevé dans la région la mieux nantie que dans celle la moins nantie », il devra augmenter prioritairement le financement dans ces régions pour corriger la situation. Or, les deux régions les mieux nanties sont Montréal et Québec, régions où sont situés 4 des plus importants hôpitaux psychiatriques sur les 7 existants. Rappelons que ces deux régions sont les plus peuplées et sont au centre de l'avenir du développement de la réadaptation (recherche, services, etc.). Et comme ces hôpitaux psychiatriques reçoivent 35% du budget en santé mentale, il n'est pas nécessaire d'être devin pour comprendre que l'avenir du financement des services pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves dans les régions, et dans la communauté, passe par un transfert de leurs ressources vers les autres institutions. Le Plan d'action prévoit d'ailleurs de transférer 15 à 25% de leur budget dans des ressources situées dans la communauté. Mais cette solution s'avérera toutefois difficile à réaliser, car les hôpitaux psychiatriques veulent se moderniser. Ne veulent-ils pas développer entre autres un institut universitaire de recherche et des services très spécialisés qui nécessitent beaucoup de ressources. Il y a donc un risque que le transfert des ressources ne se fasse pas, et que le développement de la réadaptation dans la communauté et dans les régions en soit entravé.

Un autre aspect de l'avenir de la réadaptation se situe au niveau politique. Le développement et la sensibilisation au rétablissement et à la réintégration sociale des personnes souffrant de troubles mentaux graves nécessitent une association nationale qui en soit garante. Cette association est actuellement l'association québécoise de réadaptation psychosociale (L'AQRP). Bien que cette association fasse un travail remarquable de par ses colloques, son bulletin *Le partenaire*, ses dossiers de pointe comme celui sur le travail, ses représentations politiques, etc., elle est sous-financée et repose encore, en bonne partie, sur le bénévolat. Cette voix essentielle est très fragile. Reposant sur le consensus entre

ses membres, elle sera encore plus fragilisée si les membres hospitaliers se sentent menacés par les réformes en cours, et se replient sur eux-mêmes. D'autre part, il faut que cette association trouve un arrimage plus serré avec les réseaux communautaires, dont les associations des usagers, qui ont des assises régionales solides, une expertise étendue dans l'action communautaire et qui ont su développer de forts liens avec le réseau communautaire dans les autres secteurs d'activités.

Le réseautage est essentiel à l'AQRP pour qu'elle puisse faire contre-poids à l'influence du réseau institutionnel sur la réadaptation. Enfin, un dernier aspect de cet avenir repose au niveau des connaissances : l'avenir de la réadaptation comme philosophie et techniques repose sur la formation et la recherche. Dans le Plan d'action de 2005, ces deux éléments sont évoqués et des priorités y sont fixées. Malheureusement, à part le counseling des psychiatres à l'égard des omnipraticiens, il n'y a aucune réflexion sur les modèles prometteurs comme les communautés de pratique, l'enseignement à distance utilisant les nouvelles technologies de communication, etc. De fait, l'avenir de la réadaptation sera plus assuré si un programme formel de formation était offert par une institution ouverte à la diversité et à la nouveauté, respectueuse mais critique des diverses orientations actuellement retrouvées dans ce champ au Québec. Et que ce programme soit offert sous différentes modalités. ■

Yves Lecomte

Références

- ANTHONY A., COHEN M., FARKAS M., GAGNE C., *Psychiatric Rehabilitation*, Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston, 2002.
- AUBUT J., GRUNBERG F., LALONDE P., *Psychiatrie clinique, Une approche bio-psychosociale*, Gaëtan Morin, Boucherville 1999.
- BERGERON D., CANTIN L., *Pour une nouvelle approche clinique de la psychoses : le « 388 »*, Santé mentale au Québec 1986, XI, 1, 149-172.
- Comité de la politique de santé mentale, 1987, *Pour un partenariat élargi*, MSSS, Québec.
- CORIN E., RODRIGUEZ L., GUAY L., *Les figures de l'aliénation : un regard alternatif sur l'appropriation du pouvoir*, Revue canadienne de santé mentale communautaire 1996, 15, 2, 45-67.
- GÉLINAS D., *Médication et réhabilitation psychosociale*, Le Partenaire 1999, 8, 1, 1-3.
- Gouvernement du Québec 2005, *Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, MSSS, Québec.
- Gouvernement du Québec, 1989, *Politique de santé mentale*, MSSS, Québec.
- Gouvernement du Québec, 1998, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, MSSS, Québec.
- Gouvernement du Québec, 2004, *Guide pour le développement des compétences en santé mentale*, MSSS, Québec.
- KOVES V. et al., *Planification et évaluation des services en santé mentale*, Paris 2001, Flammarion.
- Le Vérificateur général du Québec, 1996, *Rapport du vérificateur général à l'Assemblée nationale pour l'année 1995-1996*, tome II, Gouvernement du Québec, Québec.
- LECOMTE Y., *De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec*, Santé mentale au Québec 1997, XXII, 2, 7-24.
- PAGÉ J.C., 1961, *Les fous crient au secours*, Éditions du Jour, Montréal.
- Rapport de la commission d'études des hôpitaux psychiatriques*, 1962, Ministère de la santé de la province de Québec, Québec.
- TURNER J.C., TEN HOOR W.J., *The NIMH community support program: pilot approach to a needed social reform*, Schizophrenia Bulletin 1978, 4, 3, 319-48.
- WEINSTEIN D., HUGHES R., *What is Psychiatric Rehabilitation* in Hughes et Weinstein, eds, Best Practices in Psychosocial Rehabilitation, IAPRS 2000, Boston, 35-62.

Notes

(1) Cette présentation faite le 20 octobre au 4ème Congrès du Comité Français de Réhabilitation Psychosociale à Grenoble se base sur diverses lectures et sur des entrevues faites auprès de leaders et de chercheurs dans ce domaine que je veux remercier. Ces personnes sont Alain Lesage, chercheur au Centre de recherche Fernand Seguin ; Claude Charbonneau, directeur d'Accès-cible ; Daniel Gélinas, chercheur au Centre de recherche Fernand Seguin ; Nadine Perron et Marie Drolet du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) ; Gilles Lauzon, directeur de l'association québécoise de réadaptation psychosociale (AQRP) ; Mario Bousquet du Collectif de défense des droits de la Montérégie ; Daniel Latulippe, ex-directeur du suivi communautaire de l'est de Montréal ; Pierre Forest, directeur de la Maison St-Jacques ; et Paul Morin, professeur à l'Université de Sherbrooke. Elle est une construction théorique sous forme d'hypothèses volontairement réductionnistes afin de dégager les tendances lourdes du système dont il est question. Elles ne sauraient rendre compte de ses subtilités qui n'ont pas encore fait l'objet d'études à ma connaissance.

(2) Pour chacun des services, nous fournirons des références qui permettront aux lecteurs non familiers avec des termes de s'y retrouver. La plupart de ces références sont accessibles en intégralité en ligne.

(3) Au Québec, le terme consacré est réadaptation psychosociale, nom d'ailleurs retenu par l'Association québécoise de réadaptation psychosociale du Québec (AQRP) fondée en 1992. Il inclut les deux aspects de la réadaptation de Anthony.

(4) Cf. la définition qu'en donne Anthony et al., 2002 : « La pratique de la réhabilitation psychiatrique est guidée par la philosophie de base de la réhabilitation : les personnes souffrant d'incapacité ont besoin d'habiletés et de soutiens environnementaux pour atteindre leurs objectifs http://www.cam.org/~agidd/et_repondre_aux_exigences_de_leur_environnement_residentiel_educationnel_professionnel_et_social_en_matiere_de_role » (p. 87 et 89. Il en découle « deux stratégies d'intervention ; 1) le développement des habiletés personnelles et 2) le développement du soutien environnemental ».

(5) De cette manière, il rejoint les deux aspects de la réadaptation tels que définis par Anthony et al. (2002 : 1) la réadaptation psychiatrique s'adresse aux compétences de la personne et aux soutiens environnementaux pour lui permettre d'atteindre ses objectifs ; et 2) la réadaptation psychosociale vise « à changer le système au sein duquel les personnes souffrant d'incapacité psychiatrique doivent interagir » (p.89) comme les législations du travail, de l'habitation, etc.

(6) Au cours des ans, ces ressources ont changé de nom. Par exemple, les familles d'accueil et les pavillons sont devenus des ressources intermédiaires. Ces ressources résidentielles demeurent importantes car elles offrent environ 9 000 places dont seulement 10% en milieu communautaire (Plan d'action, 2005, p. 53).

(7) Cf. le numéro de *Santé mentale au Québec* sur Crise et intervention (vol. XVI n°2, automne 1991) dont vous pouvez lire les articles en intégralité sur le site suivant : <http://www.telqu.quebec.ca/smq/>

(8) Consulter le site internet de l'association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec : <http://www.cam.org/~agidd/>

(9) Consulter le bulletin *Le Partenaire* pour une description d'expériences relatives aux études : <http://www.aqrp-sm.ca/>. Consulter aussi le numéro spécial de *Santé mentale au Québec* (vol. XXVII, n°1, 2002) sur le rétablissement et travail : <http://rsmq.cam.org/smq/revues/v27n1.htm>

(10) Consulter le numéro spécial de la revue *Nouvelles pratiques sociales* <http://www.erudit.org/revue/nps/2001/v14/n2/> consacré au logement ; aussi le bulletin *Le Partenaire* Vol. 7, n°2-3, hiver 1999, État de situation du soutien au logement pour les utilisateurs de services en santé mentale : Une revue de la littérature ; Vol. 7, n°4, printemps 1999, Le pouvoir d'agir des usagers dans des résidences de groupe.

(11) Consulter le site internet de l'association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec : <http://www.cam.org/~agidd/> pour des articles sur ce thème.

(12) Consulter le site internet de l'association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec : <http://www.cam.org/~agidd/> pour des articles sur ce thème.

(13) Consulter le site internet de la fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale <http://www.ffapamm.qc.ca/>

(14) Consulter le numéro spécial Le suivi communautaire de *Santé mentale au Québec* (vol. XXIII, n°2, 1998) sur le site suivant : <http://www.telqu.quebec.ca/smq/>. Aussi l'article suivant : www.hlhl.qc.ca/pdf/TNR_PACT_PSR.pdf

(15) Les associations sont les suivantes : Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec, de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FAPAMM), du regroupement des centres de crise, du Regroupement des organismes en suivi alternatif communautaire (ROSAC), Le réseau d'aide aux personnes itinérantes et seules de Montréal (RAPSIM), etc.

(16) Comme en fait foi, par exemple, le livre de référence en psychiatrie au Québec, AUBUT J., GRUNBERG F., LALONDE P., 1999, *Psychiatrie clinique, Une approche bio-psychosociale*, Gaëtan Morin, Boucherville.

LIVRES

Le secret professionnel en travail social

Jean-Pierre Rosenczweig et Pierre Verdier

Dunod, 21 €

Dépositaires de secrets familiaux et de l'intimité, les travailleurs sociaux ne peuvent tout en dire. Les personnes en difficulté doivent avoir confiance afin de se confier. La loi énonce qui est tenu à l'obligation de se taire en toutes circonstances ... mais, dans le même temps, elle oblige chacun de porter aide et assistance à celui qui est en péril. Depuis sa parution, cet ouvrage a connu un réel succès, car il explique le droit en tenant compte de la pratique quotidienne. Cette édition a été revue et augmentée en tenant compte de la jurisprudence récente et des questions posées aux auteurs depuis la première publication de l'ouvrage.

La collaboration entre travailleuses sociales et infirmières

Yves Couturier

L'Harmattan, 25 €

Cet ouvrage ne cherche pas à dire pourquoi travailleuses sociales et infirmières devraient travailler davantage ensemble, mais bien comment elles le font concrètement. En fait, ce livre permet de suivre un travail de théorisation de l'intervention interdisciplinaire à partir des conceptions pratiques, partagées en totalité ou en partie. S'inspirant de la sociologie du travail et des sciences du langage, l'auteur observe la pragmatique de l'intervention interdisciplinaire dans les métiers relationnels.

L'état des droits de l'Homme en France

Édition 2006

Ligue des droits de l'Homme

Sous la direction de Nicole Savy

et Michel Tubiana

La Découverte, 6,90 €

Dans cette édition 2006 de *L'Etat des droits de l'Homme*, la Ligue des droits de l'Homme passe en revue les questions qui l'ont interpellée au cours de l'année 2005, sous forme de courtes synthèses, présentées par ordre alphabétique, des banlieues au terrorisme, en passant par la biométrie, la situation des étrangers, les prisons ou le racisme. Sous une forme condensée, cet abécédaire présente un panorama de la régression des droits de l'Homme en France et des dérives des politiques publiques.

Il est suivi d'un dossier consacré, cette année, aux droits des femmes.

Ethique et pédiatrie

Témoignage

Arnault Pfersdorff

L'Harmattan, 16 €

Arnault Pfersdorff travaille en hôpital et en libéral. Son activité de réanimateur l'a amené à intervenir dans des services hospitaliers en France et aux Etats-Unis. La pratique de cette discipline lui fait porter un regard autre sur l'éthique, la morale, la philosophie de la vie.

LIVRES ET REVUES

Clinique de l'inceste fraternel

Rosa Jaitin
Préface de René Kaës
Dunod, 23 €

L'auteur, thérapeute familiale psychanalytique, part de l'étude du lien fraternel pour décrire la genèse de l'inceste fraternel et les diverses formes qu'il recouvre dans les familles adoptantes ou reconstituées, dans les familles avec enfants psychotiques ou handicapés physiques, ou encore au sein des fratries séparées de leur famille.

L'indifférenciation entre les générations, les défaillances de l'enveloppe familiale et la non reconnaissance du frère comme autre marquent les conditions d'accès à l'inceste fraternel.

Les différentes configurations de l'inceste fraternel sont liées au roman familial et à l'inscription de la fratrie dans sa filiation transgénérationnelle.

Françoise Dolto et le transfert dans le travail avec les enfants

Sous la Direction de Claude Schauder
Erès, 18 €

Ouvrage collectif des membres de l'Association « Lire Dolto aujourd'hui », avec la participation d'autres intervenants, ce livre tente de cerner la position de F. Dolto au sujet du transfert des enfants. Question complexe qui divisait déjà Anna Freud et Mélanie Klein, la première affirmant que celui-ci était impossible dans la mesure où « l'édition originale des relations affectives (de l'enfant) n'est pas épuisée », la seconde estimant au contraire que tout enfant était apte à un transfert spontané.

Françoise Dolto, comme on le constatera dans cet ouvrage, tantôt a repris la position d'Anna Freud (« chez l'adulte, le transfert se fait sur l'analyste, mais chez un enfant, l'Oedipe se fait avec les parents et il n'est pas transférable sur l'analyste »), tantôt celle de Mélanie Klein (« la facilité avec laquelle l'enfant se met à nous livrer par ses dessins son monde intérieur cette facilité, cette confiance sont la base de notre action thérapeutique : c'est la situation de transfert »). Il semble, d'une façon générale, qu'elle ait peu élaboré la question du transfert, et qu'en même temps, elle ait été une « bête de transfert », un peu comme Lacan, (G. Guillerault).

M. Goutal

Déclinaisons du monothéisme

Cliniques Méditerranéennes 2006
n°73, Erès, 25 €

Ce numéro, coordonné par Fethi Benslama, aborde la situation des religions monothéistes dans le monde contemporain et fait état des recherches actuelles référées à la psychanalyse et aux champs limitrophes. La réflexion sur le monothéisme ne peut laisser de côté la question de la violence dont il prétend organiser l'économie symbolique. Le caractère sacré de la vie s'y affirme en même temps que la nécessité du sacrifice, sans que « la révélation de la parole » puisse rompre ce cercle. Existe-t-il une violence propre au monothéisme, et/ou proprement religieuse ?

Les auteurs de ce numéro, pour la plupart psychanalystes ou philosophes, présentent diverses « déclinaisons » de l'écart, de la dérivation, de l'incarnation, voire du déclin des monothéismes.

Questions de vérité

Malgré ce qu'on en a dit, la crise actuelle de la psychothérapie n'est pas un règlement de comptes entre bandes rivales se disputant un même territoire : la psychanalyse et les TCC. Cette crise survient au confluent d'une série de questions, articulées entre elles en réseaux, qui concernent tant la discipline que la culture des sociétés modernes. Je vais essayer d'en présenter succinctement quelques unes.

La première question est celle de la vérité. Aucune thérapie ne peut être efficace si elle n'engage en profondeur la vérité telle que la pense le monde où elle se déploie et le degré de consensus que cette vérité est parvenue à réunir. C'est précisément à cet emplacement, en ce point de friction entre un univers qui va et un moment de sa connaissance partagée au plus haut niveau, que se jouent les mouvements décisifs des thérapies. C'est ainsi que même dans les relations thérapeutiques individuelles, y compris dans l'isolement d'un cabinet de province ou dans l'atelier d'un fabricant d'amulettes, se joue une scène cosmique où s'affrontent l'ombre et la lumière d'une société tout entière.

Là, il ne s'agit pas seulement de psychologie ou d'anthropologie - on ne peut parler d'illusion, d'influence ou de suggestion. La célèbre phrase de Lévi-Strauss selon laquelle la magie du chaman est efficace parce que « le patient y croit » et qu'il « appartient à une société qui y croit »⁽¹⁾ est non seulement insuffisante, mais erronée dans la mesure où elle laisse croire à l'existence d'un mécanisme d'influence simple. En vérité, l'articulation de la thérapeutique et de la vérité est multiple.

1- L'effet thérapeutique se situe à l'emplacement même de la construction de la vérité - par exemple de la découverte scientifique.

2- En s'établissant, cette vérité donne nécessairement naissance à des « êtres » spécifiques, à des réseaux professionnels, à des distributions de pouvoir.

3- L'effet thérapeutique survient en tant que manifestation spécifique et locale d'une nouvelle manifestation de la vérité - elle est donc réactualisation de l'événement fondateur - mais aussi elle-même enjeu de pouvoir.

4- Si l'on attribue à la guérison la capacité de constituer une nouvelle validation de la vérité établie, l'on sait aussi que l'effet thérapeutique découle aussi pour partie du consensus de professionnels réunis autour de (et par) cette vérité.

Ce mécanisme général ne concerne pas seulement la psychothérapie, il est manifeste dans toute forme de thérapeutique. Exemple : un médecin a l'habitude d'administrer régulièrement, sous forme d'infiltration, un anti-inflammatoire déterminé à un patient qui présente régulièrement, au moins deux fois par an, des douleurs articulaires. Le médecin participe un jour à un séminaire de formation continue où il apprend que d'après les dernières recherches expérimentales, ce type d'anti-inflammatoire n'a aucun effet dans le cas des douleurs articulaires et doit être considérée comme un placebo. Pourtant, son patient en est régulièrement soulagé.

A la consultation qui suit le séminaire, le médecin ne sait plus prescrire la thérapeutique en question. Il voudrait pouvoir penser : « quelle importance, il suffit que le patient y croit, l'effet thérapeutique suivra ». Mais cette position lui est impossible. Consentir à une telle position le contraindrait à une attitude perverse... Peut-être le patient continuerait-il à en tirer bénéfice (ce qui n'est pas certain), mais lui ne se penserait plus médecin, plus même thérapeute...

Il serait alors parti rejoindre la cohorte honnie des charlatans, des mages et des thaumaturges contre lesquels la médecine moderne s'est constituée⁽²⁾.

Pour une psychothérapie enfin démocratique

Jamais le débat entre psychothérapeutes n'avait atteint un tel degré de violence. Différents rapports de l'Inserm et la publication du Livre noir de la psychanalyse semblent avoir mis le feu au poudre. Il se pourrait pourtant que la forme prise par ce débat ne reflète pas très bien la situation véritable qui est celle des « psys » sur le terrain qui ont bien des raisons de s'y trouver caricaturés. Beaucoup des intervenants les plus virulents sont souvent extérieurs au champ de la pratique psy et le débat prend parfois des allures de règlements de comptes entre intellectuels. C'est une des raisons pour lesquelles Tobie Nathan a décidé de réunir 10 intervenants pour rédiger La Guerre des psys. Manifeste pour une psychothérapie démocratique (publié aux Empêcheurs de penser en rond). Certains d'entre eux (mais pas tous) avaient déjà participé au Livre noir. Les auteurs organiseront par ailleurs un congrès les 12 et 13 octobre 2006 sous le titre La Psychothérapie à l'épreuve de ses usagers (renseignements : Centre Georges Devereux 01 49 40 68 51)

L'expérience ethnopsychiatrique qui est celle de Tobie Nathan pourrait ici être très éclairante : n'a-t-il pas, depuis longtemps, essayé de comprendre comment s'articulaient, les uns par rapport aux autres, des pratiques thérapeutiques incroyablement différentes, en particulier en Afrique ? Il n'est pas inintéressant d'appliquer, désormais, la méthode ethno à nous mêmes qui ne manquons pas non plus de diversité comme le montre le débat actuel !

Voici donc le texte de Tobie Nathan qui ouvre ce livre La Guerre des psys.

Pour ce qui concerne la psychothérapie, la question de la vérité et du consensus est à la fois de même nature, mais rendue plus complexe du fait du caractère volatile des vérités, du caractère moins matériel des « êtres » qu'elle a réussi à produire.

Si la psychanalyse a si longtemps bénéficié d'une aura particulière, c'est qu'elle seule parmi toutes les psychothérapies « modernes », n'avait pas fait l'impasse sur la question de la vérité. Elle prétendait soigner parce que sa théorie était juste (mutatis mutandis,

vérité historique oubliée, vérité ontologique de l'humain) possède une efficacité thérapeutique en propre⁽³⁾.

Or, ces dernières décennies, la plupart des propositions objectives de la psychanalyse, les « vérités » qu'elle a établies, celles où elle a puisé force validité se sont révélées fausses. S'il ne peut s'appuyer sur des vérités partagées par un consensus de professionnels, le psychanalyste se retrouve dans la même position que ce médecin que j'évoquais plus haut, réduit à compter sur la

SOUS LA DIRECTION DE

TOBIE NATHAN

LA GUERRE DES PSYS

MANIFESTE POUR UNE PSYCHOTHÉRAPIE DÉMOCRATIQUE

Après
Le Livre noir de la psychanalyse et L'Anti-livre noir...



la preuve que sa théorie était juste, c'est qu'elle guérissait les malades qu'elle soignait). Plus même, elle en avait fait non seulement une exigence, comme tout procédé thérapeutique (la psychanalyse agit conformément à une théorie du fonctionnement psychique qu'elle a établi), mais aussi l'un de ses mécanismes propres. Car en psychanalyse, le dévoilement de la vérité (vérité

seule croyance (« le patient y croit... et appartient à une société qui y croit ») à un éventuel « effet placebo » de la psychanalyse. Et il est possible qu'à la différence des substances, la psychanalyse n'en ait aucun. C'est pourquoi il est si important de considérer sérieusement, à la lumière des données les plus récentes, les propositions « scientifiques » de la psychanalyse.

Le rêve

Freud prétendait que sa théorie du rêve était la découverte la mieux établie ; et au coup le modèle à partir duquel penser les développements ultérieurs de la discipline. Mais aujourd'hui, nul ne peut plus parler du rêve sans se référer aux développements de la psychophysiologie et de la neurobiologie. Nous avons appris que, à condition d'admettre que rêve et sommeil paradoxal son superposables, le rêve était l'une des rares activités humaines presque exclusivement instinctive (avec quelques autres fonctions primaires telles que le sommeil ou la respiration). Le fœtus in utero rêve presque sans interruption. Tous les mammifères rêvent, ainsi que les oiseaux et même certains reptiles. On peut se demander quels sont les désirs refoulés qui peuplent à ce point les rêves du fœtus. Soyons sérieuse : la psychophysiologie a établi que le rêve était une fatalité physiologique. Cette première observation, brute, massive, immédiate induit une conséquence définitive sans qu'il soit nécessaire de progresser dans le raisonnement. Le rêve ne peut en aucune manière être la réalisation (hallucinatoire) du désir (refoulé) d'un individu singulier s'il est aussi une nécessité physiologique non seulement de tout être humain, mais également d'une bonne partie des êtres vivants. Il ne peut à la fois être une fatalité biologique et la vérité d'un individu singulier !

Il n'en reste pas moins que les découvertes modernes de la psychophysiologie laissent entière la question de l'interprétation du rêve. Si après ces découvertes, l'on admet encore qu'un rêve vaut la peine d'être interprété - ce qui est mon opinion -, il nous faut alors reconstruire une théorie du rêve compatible avec les données physiologiques. Et aujourd'hui, l'on est bien loin du compte, même si certaines théories cognitives commencent à proposer des hypothèses novatrices.

L'inceste

D'après la théorie psychanalytique, l'inceste serait la tendance naturelle de l'être humain, une sorte de désir inné, biologique, qu'il partagerait avec l'ensemble des primates. Si l'on accepte de lire avec sérieux les textes de Freud abordant la question de l'inceste, on devrait lui reconnaître la paternité des idées développées par la suite par des éthologistes comme Konrad Lorenz ou des sociobiologistes comme Irenäus Eibl-Eibesfeld. D'après lui, l'être humain viendrait au monde avec des schèmes de comportement instinctuels qu'il appelle « fantasmes originaires ». Il y aurait ainsi un comportement instinctif des vieux mâles monopolisant toutes les femelles jusqu'à en interdire l'accès aux adolescents⁽⁴⁾. Telle était la vision de Freud qui cite volontiers la *Descendance de l'homme* de Darwin (1871). Or, les descriptions du 19^{ème} siècle étaient non seulement rudimentaires, mais s'appuyaient sur l'observation d'animaux en captivité dont le comportement est, comme on le sait, très différent en milieu naturel. Il faut savoir que les descriptions minutieuses rassemblées depuis par les éthologistes des différents groupes de primates montrent au contraire que du macaque au gorille, en passant par toutes les espèces de babouins et naturellement le chimpanzé, les différentes sociétés de primates sont structurées de manière à éviter l'inceste à leurs membres⁽⁵⁾. Non pas qu'elles l'interdisent au sens d'une règle sociale ou d'une loi - ou du moins, si c'est la cas, on ne le sait

pas - elles organisent un monde où la rencontre avec le partenaire incestueux est rendue impossible.

Ainsi, contrairement à ce que pensait Freud et la première génération de psychanalystes, l'inceste n'est pas la tendance du monde naturel contre lequel se seraient construites les sociétés humaines, par un dégagement prométhéen permis par l'accès au langage... Ce serait même plutôt le contraire, la société humaine, à la différence des différentes sociétés de singes, étant presque la seule où l'inceste est tout de même possible - quoique fort rare, comme on le sait ! Disons le tout net : les observations éthologiques nous conduisent à la conclusion qu'il est impossible de soutenir que l'humanité se constitue par un renoncement instinctuel ; un renoncement au désir œdipien. Du coup, le refoulement perd ses assises « phylogénétiques ». Freud avait tort, et Levi-Strauss aussi !

Le psychisme du tout petit

On oublie trop facilement que la théorie œdipienne développée par la psychanalyse implique que l'enfant ne perçoit pas le réel qu'il remplace par des productions hallucinatoires - totalement durant les premières semaines, voire les premiers mois -, et en tout cas peu ou prou jusqu'à la résolution du complexe d'Œdipe. Telle était la théorie de Freud qu'il développera de la manière la plus claire dans un petit texte d'une clarté redoutable ⁽⁸⁾ : « *Formulation sur les deux principes du cours des événements psychiques* » ⁽⁹⁾. Or, les observations des nouveaux nés, notamment grâce à la vidéo, démontrent sans

aucune contestation possible, que le nourrisson perçoit sa mère dans sa spécificité depuis les premières heures de son existence. Plus encore, il sait distinguer entre l'un et l'autre compagnon de nursery et manifeste des choix spécifiques dès les premiers jours. Le bébé n'est certes pas un autiste, mais un être relationnel, fragile par sa propension à établir sans cesse des liens plus intenses et plus profonds et cela dès les tout débuts de la vie... Le petit homme n'est donc pas un autiste, un « sauvage », un « primitif », que le complexe d'Œdipe viendrait humaniser. Cette théorie, cet étrange composite de Rousseau et de Darwin s'est fracassée de longue date contre les faits construits par l'éthologie et l'observation des nouveaux nés ⁽⁹⁾.

La « névrose »

Aucun des symptômes de ce que l'on appelait naguère « névrose » n'est accessible à la cure psychanalytique : ni les phobies, ni les obsessions ou les compulsions, et certainement pas les crises d'angoisse que l'on désigne de nos jours par « attaques de panique ». Malgré le discours ambiant, les malheureux malades atteints de tels symptômes finissent en règle générale par recourir soit aux anxiolytiques, soit aux antidépresseurs, soit aux TCC et en obtiennent souvent un soulagement, quelquefois une guérison. Si les choses se déroulent ainsi ; si, malgré les théorisations psychologiques qui ont diffusé dans le corps social, la réalité de la psychopathologie a intégré l'arsenal des ressources existantes, c'est tout simplement du fait que les cliniciens ne peuvent interdire l'accès à des soins

efficaces au prétexte qu'ils ne partagent pas l'idéologie de certaines formes de thérapie. C'est à la fois une question de déontologie et de responsabilité professionnelle.

La théorie du remplacement du symptôme par un autre est un mythe

La théorie du remplacement du symptôme par un autre, lorsque le thérapeute le fait disparaître par une technique active, telle que l'hypnose, la suggestion ou la chimiothérapie est un mythe ! L'exemple le plus simple est celui de l'impuissance sexuelle. Des générations de patients souffrant d'impuissance se sont vues imposer des années, voire des décennies de psychanalyse sans amélioration de leur état. Or, à les écouter dans ce qu'elles disent et non dans ce qu'elles « veulent dire », ces personnes racontent toujours que l'impuissance engendre l'impuissance. L'échec rencontré une fois, fait perdre l'assurance, la confiance en soi - ce qui fera apparaître le symptôme plus tôt la fois suivante jusqu'à l'installation chronique de l'impuissance. L'utilisation de chimiothérapies, tels que le Viagra a inversé le mécanisme de manière spectaculaire. La réussite de l'acte sexuel, même si elle est obtenue grâce au médicament, change la position du patient à l'égard de son symptôme. Il ne le subit plus, il le contrôle, il en joue, le transformant même en performances ludiques. Bientôt, il se vante même de sa prise de médicament, la réserve aux soirs de fête ou à la commémoration d'événements

hors du commun. Le sait-on ? 85% des hommes souffrant de troubles psychogènes de l'érection sont significativement améliorés par le médicament...

J'ai choisi cinq exemples pour lesquels on peut établir que la vérité sur laquelle reposait un certain consensus psychanalytique a volé en éclats du fait, non d'attaques de factions rivales, non de la malveillance de maniaques antifreudiens, mais parce que des disciplines connexes (psychophysiologie pour le rêve, éthologie pour l'inceste, éthologie encore, mais appliquée au comportement des tout petits pour l'Œdipe, et chimiothérapie) ont établi d'autres vérités qui sont parvenues à réunir un consensus.

La question de la validation

L'on parle sans cesse d'évaluation des psychothérapies - et il est incontestable qu'elles doivent être évaluées ! Parce que nous vivons dans un monde partagé ; parce que les dépenses consenties au bénéfice de ces traitements, et notamment lorsqu'il s'agit de dépenses publiques, doivent être contrôlées ; parce que les personnes à qui nous confions notre âme doivent être surveillées. Mais nous nous voyons proposer deux termes d'une alternative tout aussi inacceptables : soit une évaluation des psychothérapies où presque tout ce qui les caractérise en propre a disparu ⁽¹⁰⁾, soit une philosophie du flou, un anarchisme éthique dont on sait qu'il renforcera le règne de sectes et de gourous. Or, les personnes qui évaluent le mieux les progrès d'une thérapie sont les proches du patient : son conjoint, ses enfants, ses collègues de travail, ses compagnons de jeu ou de café. C'est une question de bon sens : le regard de l'expert est trop éloigné, il n'aura jamais le temps de son expertise ; celui du patient sur lui-même utile, mais trop proche. Dans les mondes communautaires, dans les villages, les groupes constitués, ce sont toujours les proches qui ont surveillé les thérapeutes, qui ont fait et défont leur réputation. Comment se fait-il qu'ils n'aient jamais été sollicités par les évaluateurs, alors même qu'ils sont les premiers à clamer leur avis sur les traitements - un avis réputé malveillant, destructeur... L'ethnopsychiatrie que nous pratiquons au Centre Georges Devereux a toujours inclus le monde des patients tel qu'il est. Nous invitons le patient à sa séance avec les personnes de son choix - qui un conjoint, un parent, qui un voisin, celui que lui-même perçoit comme expert... Nous voulons une psychologie qui ne disqualifie pas ceux qui s'adressent à elle. Nous nous sommes révoltés naguère en refusant d'identifier pratique de la psychothérapie et lutte contre les communautés. Nous nous sommes élevés contre la critique des savoirs populaires. A la suite de Foucault, nous avons dénoncé ces pratiques des « psy » se constituant en minorité de clercs omniscients, en commandos de contrôle de la conformité mentale... Nous refusons cette psychothérapie de l'anathème et du sarcasme, du cynisme et de l'ironie qui use de la peur du ridicule pour investir les espaces privés, pour « surveiller », pour « contrôler » les intérieurs... Notre très longue pratique clinique avec les migrants nous a appris à travailler avec les pensées que l'on a si longtemps ridiculisées. Nous ne craignons pas de parler sérieusement des morts qui reviennent, des morts qui contaminent les vivants, des « mal-morts »... Nous avons appris à percevoir l'intelligence des pensées sorcières, de ces pensées qui semblent postuler que le mal ne se résout pas, que le malheur ne peut que se déplacer et que l'on paie une « guérison » par une autre maladie.

A la suite des réflexions de Bruno Latour, nous avons renoncé au grand

LIVRES

Sigmund Freud *Lieux, visages, objets*

Edition dirigée par Ernst Freud, Lucie Freud et Ilse Grubrich-Simitis
Biographie de K. R. Eissler
Mise en pages de Willy Fleckhaus
Editions Complexe/ Editions Gallimard, 31,50 €

C'est en 1976, il y a donc trente ans, que ce livre a été publié, pour la première fois, dans sa version originale, en allemand. L'idée de cet ouvrage fut lancée au milieu des années 1960 par Ernst Freud, le plus jeune fils de Sigmund Freud, et Lucie, sa femme, qui n'étaient guère satisfaits par certains aspects de la biographie écrite par Ernest Jones. La vie du fondateur de la psychanalyse devait y être relatée au moyen de photographies avec, en guise de légendes, des extraits de ses ouvrages ou de correspondances alors inédites. Ernst Freud était déjà au seuil de la mort et, quand il mourut, en 1970, le projet n'était encore qu'une accumulation hétéroclite, et sous bien des aspects très incomplète, de photographies et de citations. Lucie Freud, elle-même malade, fut bientôt contrainte de se retirer. Lorsque Ilse Grubrich-Simitis a complété la documentation photographique, elle a tenté d'étendre l'ouvrage, jusque-là presque exclusivement limité à la sphère familiale, aux événements politiques, aux influences culturelles, à l'atmosphère de l'époque et aux personnages contemporains, ainsi qu'aux divers aspects de l'œuvre de Freud et à ses rapports avec la première génération de ses disciples.

Ce livre regroupe, dans l'ordre chronologique, tout le matériel iconographique disponible (largement inédit) est bien plus qu'un beau livre d'images ou qu'un album nostalgique de famille. D'abord, parce que la « famille » freudienne est devenue un peu la nôtre et que nous retrouvons dans les proches de Sigmund Freud - parents, amis, disciples et patients - autant de figures prototypiques, comme dans le théâtre grec. Ensuite, parce que les intérêts scientifiques et culturels de Freud, de Moïse à Œdipe, de Léonard à Goethe renvoient à son imaginaire, à ses identifications les plus actives. Enfin, parce que les documents recueillis ne sont commentés que par Freud lui-même : lignes extraites de sa correspondance, allusions autobiographiques, plus nombreuses qu'on ne croit, disséminées dans ses écrits.

Les obsessions et la psychasthénie

Fulgence Raymond et Pierre Janet

Volume II

Introduction de Serge Nicolas
L'Harmattan, 44 €

Dans le premier volume de *Obsessions et psychasthénie*, Pierre Janet a étudié le contenu intellectuel des obsessions, puis il a construit, sur le modèle de l'hystérie et de l'épilepsie, la « psychasthénie ». Celle-ci comprenait les obsessions, les impulsions, les manies mentales, la folie du doute, les tics, les agitations, les phobies, les angoisses, etc. qu'il considérait comme des manifestations différentes en degré, mais analogues en nature, d'un même état pathologique : l'affaiblissement psychique.

Le second volume (1903), écrit en collaboration avec Fulgence Raymond est constitué par la présentation détaillée de cas pathologiques illustrant la partie théorique présente dans le premier volume publié récemment chez L'Harmattan sous la forme de deux tomes séparés.

Diriger les consciences, guérir les âmes *Une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses (1830-1939)*

Hervé Guillemain

La Découverte, 26 €

La sécularisation tendancielle de la représentation du psychisme de l'âme aux centres cérébraux a accompagné la déchristianisation amorcée au XIX^e siècle. La déprise diabolique dans l'imagerie sociale, les concepts scientifiques et les pratiques religieuses est un des symptômes de cette évolution. Parmi lesquels il faut inclure le déclin de la croyance dans la guérison de la folie par l'intercession des saints et la disparition du péché au sein des catégories de la classification médicale des causes du mal.

Cette mutation historique, accompagnée par les écrits des fondateurs de cette pensée médico-psychologique, Pinel, Charcot, Janet, Freud, a construit l'image d'une altérité : l'aliénisme, la neurologie, la psychiatrie, la psychanalyse se seraient construits en réaction à l'héritage religieux. Pour l'auteur, l'hypothèse, par ailleurs démontrée, masquait un rapport plus complexe du médical et du religieux dans la société française. La médecine de l'esprit s'est élaborée en miroir du modèle religieux historique et contemporain. La prolifération des signes et des manifestations merveilleuses liée à la chronologie religieuse offre une galerie de sujets aux concepteurs des théories de l'hallucination. On sait ce que doit l'hystérie au passé et à sa pathologisation, ce que son éclatement et son déclin doivent aux guérisons de Lourdes. Les états mystiques jouent un rôle singulier dans l'émergence du concept de suggestion, si important dans l'histoire de la psychothérapie. H. Guillemain précise l'imprégnation chrétienne des concepts et des pratiques médicospsychologiques selon le contexte social. La Restauration, moment des réveils religieux, favorise tant les guérisseurs charismatiques que les congrégations fondatrices d'asiles. Le discours scientifique et législatif anticlérical de la monarchie de juillet n'a que peu d'impact sur cette impulsion de l'assistance. Le regain religieux de la II^e République et du Second Empire impulse une forme de rechristianisation des pratiques asilaires, à tout le moins une permanence de l'influence religieuse sur les pratiques. Cette période (1820-1860) marque l'apogée de l'influence chrétienne sur la médecine de l'esprit et ses institutions. La rupture culturelle qui se produit entre la fin des années 1850 et le début des années 1870 comporte plusieurs dimensions philosophiques, scientifiques, institutionnelles et politiques. Le positivisme et la médecine expérimentale modifient le regard d'une société sur les signes de l'intervention divine et diabolique, jusqu'à influencer les raisonnements des clercs. Tandis que l'application organiciste des causes de folie progresse chez les médecins, l'âme est localisée et disséquée. L'emprise

des médecins dans les institutions de la République naissante marginalise la puissance thérapeutique des prêtres à l'image des aumôniers d'asile.

Ce transfert de sacralité entre le prêtre et le médecin semble effectif dans le premier tiers du XX^e siècle. La pratique de l'exorciste informé de psychopathologie est contrôlée et réduite. L'aumônier n'est plus le consolateur des âmes, mais l'homme de la mort dans les asiles. Le médecin opère dans l'Eglise le discernement des miracles, des vocations, des vrais et des faux mystiques. La fonction de directeur de conscience, par ailleurs délaissée ou en déshérence dans le monde chrétien, est laïcisée sous différentes formes.

Les pratiques et le discours religieux ont aussi subi une influence de la part de la médecine et de la psychologie. Le regard sur les mystiques s'est enrichi de l'apport de la psychopathologie : au XX^e siècle, la sainteté peut être reconnue dans une personnalité malade. Cet ouvrage retrace les parcours de praticiens chrétiens, les uns donnant une place centrale à l'organicisme et au physiologique, les autres s'inscrivant dans le psychologisme et dans l'inspection héritée des mystiques. L'exemple de la réception de la psychanalyse, qui apparaît comme une rupture dans l'histoire des directions de la conscience, est significatif de cette complexité. Certains catholiques comme certains protestants ont, contrairement à ce que l'on a défini comme une « *illusion historique* », favorisé l'adaptation de la pratique analytique en France, alors que les résistances au freudisme furent générales dans la société de l'entre-deux guerres. Des théologiens et philosophes néothomistes, des prêtres, quelques médecins et psychanalystes catholiques ont certes donné leur version de la psychanalyse, mais ils ont favorisé l'implantation de la pratique et de la psychologie freudiennes en France dès les années 1930. Pour l'auteur, une nouvelle mutation conjointe des thérapeutiques psychiques et de la conception de la conscience, doit être mise en lien avec la conjoncture religieuse. Les signes de ce tournant des trente dernières années sont multiples : le reflux de la psychanalyse freudienne et la révolution thérapeutique en cours, qu'il s'agisse de neurosciences ou de thérapies comportementales directives ; la crise de la psychiatrie et de ses institutions ; le regain récent de la pratique de l'exorcisme en Europe et en France, impulsé par certains cercles romains, qui se traduit par la multiplication des praticiens ; les pratiques de cure pentecôtistes qui prennent place dans les nouvelles formes de religiosité en unissant l'univers chamanique à la tradition exorcistique ; l'influence des mouvements charismatiques sur la redécouverte des prières de guérison dans l'Eglise ; la construction d'une ethnopsychiatrie attentive aux racines religieuses des maux ; la prolifération du recours aux figures diaboliques dans la société.

LIVRES ET REVUES

La groupalité et le travail du lien

Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2005 n°45, Erès, 25 €

Indépendamment des différentes techniques qui sont représentées dans les articles qui composent ce numéro, le point commun reste celui qui les relie à la psychanalyse. La diversité des articles ne peut faire oublier cette référence avec laquelle chaque praticien crée ses motifs théoriques. Le fond commun est cet intérêt pour l'émergence et le travail du lien, rappelant cette quête de retrouver les liaisons qui ont été perdues dans le dédale des constructions de l'appareil psychique. Les groupes analytiques sont là pour témoigner de la pathologie du lien et pour tenter d'y apporter quelque réponse. Le travail associatif proposé épouse, dans la situation de groupe, les détours propres à rapprocher les représentations des affects dont elles ont été séparées.

Une introduction à la psychologie relationnelle
Parcours de la relation d'aide sociale aux psychothérapies holistiques

Quelques perspectives techniques d'approche

Jean-Marie Lange
L'Harmattan, 29 €

L'objectif de ce livre apparaît double : cerner les définitions multiples et subjectives de nos représentations et ébaucher un descriptif méthodologique des techniques holistiques d'approche relationnelle. Celles-ci sont issues des psychologies humanistes et l'intervenant psychosocial n'est jamais dans une position spatiale de pouvoir vis-à-vis de l'autre : il est en face à face avec sa propre implication et juste cette petite distance analytique pour permettre le recadrage, ce n'est ni un gourou, ni un « prêtre » de cette nouvelle religion de la psyché mais un accompagnateur de l'autonomie de la personne. Nous sommes les seuls détenteurs de notre vérité toujours unique.

Faire grandir

Topique n°94

L'Esprit du Temps, 21 €

Le précédent numéro de *Topique* concernait les difficultés et les paradoxes du fait de « grandir ». En constatant que cette situation aussi naturelle qu'inéluctable ne va pas de soi, est envisagé le vœu conscient de l'adulte, parent, éducateur ou psychothérapeute, de « faire grandir » l'enfant. Cette notion est évoquée à plusieurs niveaux : littéraire théorique et clinique, chacun d'eux étant un lieu d'interrogation de cette expansion de l'être à se projeter vers l'avant : la manière des personnages de la littérature enfantine, comme « Sophie » dans la Comtesse de Ségur et « Harry Potter » chez J.K. Rowling, de vivre le projet de grandir ; le « faire grandir » psychiquement par l'élaboration possible des conflits internes rencontrés par l'enfant, dont le conflit œdipien est le plus apparent ; l'influence de la parole maternelle et de l'enchantement premier par la langue, au cours du développement psychique du sujet ; la désidentification au père de la petite enfance ; le fantasme d'auto-engendrement abordé dans la clinique, sous un aspect de production psychique féconde, comme un élément de progrès ; les particularités de la croissance psychique et du comportement des enfants dits « précoces » qui apparaissent comme une stratégie de développement.

Ont collaboré à ce numéro S. de Mijolla-Mellor, A. Fréjaville, G. Le Roy, C. Bourin, R. Potier, V. Cornalba, S. Bellakhadar, A. Decerf.

partage « entre ceux qui croient et ceux qui savent »..., en rompant avec une tradition qui, en matière de santé mentale, a hiérarchisé les savoirs, plaçant d'un côté les « savants », et de l'autre « tout le reste », fourrant dans le même sac « croyances et représentations traditionnelles ». L'ethnopsychiatrie a su décrire derrière ces pratiques des théorisations et des techniques. Elle a su aimer leur intelligence, constater - si souvent - leur efficacité et apprendre d'elles... Mais cette expérience, ce pli que nous avons pris auprès des migrants nous a démontré l'intérêt de ne pas vider l'espace thérapeutique de sa dynamique sociale. Car d'accepter de parler des morts, des revenants, des sorciers, des objets magiques et des amulettes c'est aussi postuler que la chaleur du social passe par l'intensité des relations avec les non-humains, avec ce qu'ailleurs j'ai appelé : des « choses »⁽¹¹⁾.

Valider une psychothérapie, c'est le contraire de cette réduction phénoménologique ramenant la personne à son être biologique et le pharmacakon à sa seule définition technique. Il nous faut des humains tels qu'ils vivent - c'est-à-dire attachés... à des langues, à des idéologies, à des lieux, à des groupes, à des forces, à des « choses » - même si, et c'est sans doute la conséquence de leur « attachement » - même s'il leur est arrivé de se révolter contre les forces, de se démarquer de leurs fidélités, de se séparer de leur famille ou de se détacher de leurs dieux...

Des choses et des êtres, la puissance de forces qui animent, déstabilisent, agressent et corrigent... Un univers tendu, aigu, parsemé d'objets à l'intelligence inattendue... Et nous avons appris de surcroît l'importance de personnages, à la fois agents et agis, les travailleurs sociaux, à mi-chemin, médiateurs, représentants du monde complexe de l'action sociale... les psychologues, les psychothérapeutes, les psychiatres, les « psy », nous... qui produisons quelquefois la maladie dont nous croyons être les thérapeutes⁽¹²⁾. Comment évaluer une thérapie si nous ne savons mesurer notre propre action iatrogène ?

Pour valider une psychothérapie, il faut accepter la richesse, ambiguë, angois-

sante du monde où elle se déploie. Et cette richesse, multiple, complexe, dangereuse, sans doute aussi, ne peut entrer que par l'entremise des proches du patient. C'est pourquoi nous nous devons de fracturer nos fidélités corporatistes, nous allier aux patients comme à des experts, à des volontaires, à des témoins... C'est là une règle essentielle, incontournable et nous devons trouver le moyen de la mettre en œuvre - faute de quoi toute validation ne sera qu'un simulacre !

Pour une psychothérapie enfin démocratique

Mais le plus grand problème de la psychothérapie est que son immoralité devient de jour en jour plus manifeste, criante, insupportable. La psychothérapie met en scène une hiérarchie qui a disparu de l'espace social. Elle exige du patient une ignorance qu'il doit feindre. Elle se comporte comme si les réseaux, les indispensables respirations du monde moderne n'avaient jamais été créés. Elle contraint les usagers à se comporter en fossiles d'un monde disparu.

En mettant en scène une situation irréaliste, un dispositif de consultation hérité du siècle dernier où l'un parle pour être objet de science et l'autre écoute, elle crée une chimère à la limite du délire de négation. Là n'existe pas Internet et la possibilité d'accéder en temps réel à la plus grande part des connaissances disponibles ?

Disparue la télévision et les témoignages de patients, et les exposés de « psy » venant vanter les avantages du « produit », de la technique qu'ils promeuvent.

Disparues également les associations de patients qui permettent de constituer des groupes d'intérêt autour de maladies, devenues de ce fait êtres actifs, vivants. Association des patients souffrant de la maladie de Gilles de la Tourette, Association de patients souffrant de troubles obsessionnels et compulsifs, Association de patients souffrant de phobie sociale, d'agoraphobie et de trouble panique...

Au sein de ces associations, se déve-

Accompagner le projet des parents en éducation spécialisée

Bertrand Dubreuil
Dunod, 21 €

Plutôt que d'impliquer les parents dans le Projet individuel, il s'agit de s'associer au projet des parents.

S'associer, c'est s'inscrire dans le projet de vie des parents au sens où l'existence de leur enfant tient d'abord au désir qu'ils en ont conçu et où l'intervention spécialisée ne trouvera sens pour lui que dans cette projection fondatrice de son identité. S'associer, c'est agir avec les parents, sans renoncer à la liberté de ses paroles et de ses actes, et lorsque cela s'avère nécessaire, sans dissimuler la divergence, sans se dérober au conflit.

Socle anthropologique, identification des représentations sociales et des représentations professionnelles, sont des préalables pour étudier les interactions entre problématiques familiales et problématiques institutionnelles.

Deux aspects du processus d'éducation spécialisée sont examinés en ce qu'ils éclairent les rôles des parents et des professionnels en matière de co-éducation : l'identification des conduites de substitution/suppléance et des niveaux de parentalité, le sens de dispositions relatives aux droits des usagers telles que le contrat de séjour et la communication des documents constitutifs du dossier de l'enfant.

Puis l'analyse de diverses situations montre que l'établissement ou le service doit également se doter d'instruments conceptuels et méthodologiques pour définir et mettre en œuvre la réponse apportée aux familles (la dyade enfant-parents) : définition des rôles et objectifs, formulation des intentions et statut de l'observation, identification du cadre symbolique, modalités de rencontre avec les parents, modalités de prise de décision, progressivité de l'action menée avec les parents auprès de l'enfant, définition de la relation d'aide.

loppe un climat qui devrait être celui de la psychiatrie scientifique. Là règne un débat contradictoire. L'on compare les avantages des traitements et ceux qui les comparent sont concernés.

Eux, surtout lorsqu'ils sont en groupe, peuvent peser, comparer, disputer - eux sont véritablement susceptibles d'évaluer.

Eux savent qu'un des plus puissants facteurs de guérison est la capacité de témoigner, de transmettre son expérience à son semblable, à son prochain... parce que l'on est alors un témoin et non un malade ; parce que si l'on témoigne, l'expérience de la maladie n'aura pas été une perte sèche, une simple souffrance... parce qu'elle aura servi à d'autres, à enrichir le savoir partagé... témoin pour ne pas être seulement victime !

Aucune psychothérapie ne se révélera démocratique si elle n'intègre la vérité d'un monde ouvert, tendant vers la transparence. 1) Il lui faudra donc s'enrichir, collaborer avec ces véritables forces sociales que sont les associations de patients. 2) Il lui faudra participer à la diffusion démocratique des connaissances - notamment via Internet - cette connaissance qui rend les malades aussi savants que leurs thérapeutes. Il lui faudra donc renoncer au secret qui n'était que de polichinelle puisque réservé au seul patient alors que nul n'ignore que les thérapeutes communiquent librement entre eux. Renoncer à cette séparation entre ceux « qui en sont » et ceux qui sont... 3) Il lui faudra enfin accepter et s'enrichir du témoignage sous toutes ses formes. Témoignages de patients qui compareront leurs symptômes, constitueront des corpus enfin fiables.

Mais témoignages également sur les pratiques des thérapeutes, témoignages des usagers sur les us et les abus du pouvoir, du prestige, du cynisme, de l'ironie, de l'injure, de la malédiction... L'on se plaît à imaginer la façon dont pourraient se comporter aujourd'hui les abuseurs de naguère confrontés à la vigueur des réseaux démocratiques enfin intégrés au processus thérapeutique.

Je rêve...

Je rêve d'une psychothérapie compatible avec le monde comme il va : un monde ouvert, polyglotte, polythéiste, cosmopolite, riche d'êtres et de choses qui entendent ne pas disparaître.

Je rêve d'une psychothérapie qui saurait intégrer les familles, les experts, qu'ils proviennent de la profession « psy » ou d'autres disciplines, les divinités - notamment celle des autres -, les invisibles, les objets thérapeutiques.

Je rêve d'une psychothérapie acceptant de transformer réellement l'espace

de consultation en un lieu de débat contradictoire, comme l'est la scène publique.

Je rêve d'une psychothérapie qui inclut des témoins, des étrangers, qui institue des vigilances pour se protéger des abus.

Je rêve d'une psychothérapie qui, tout en admettant la modernité dans sa complexité, n'a pas oublié les leçons de l'histoire, qui se souvient des communautés d'autrefois où l'efficacité était évaluée par ses usagers...

Je rêve d'une psychothérapie qui ne serait plus sidérée devant la psychanalyse ; qui accepterait de penser à des mots disparus : « oublier », par exemple... qui saurait décrire son action en termes de « concertation », de « conciliation », de « négociation » et de « diplomatie »... une psychothérapie, enfin qui ne feindrait plus d'ignorer qu'elle est thérapeutique, précisément parce qu'elle est sociale, parce qu'elle est politique. ■

Tobie Nathan*

*Professeur de Psychologie clinique et pathologique. Université Paris 8.

Références

(1) Claude LÉVI-STRAUSS, *Le sorcier et sa magie*, Anthropologie structurale, Plon, 1958.

(2) Voir plus loin, Isabelle STENGERS, *Pourquoi tant de colère ?*

(3) Voir plus loin, Thierry MELCHIOR, *Guérir par la vérité ?*

(4) Sigmund Freud, *Totem et Tabou*, Payot, 1968.

(5) Voir par exemple B.L. DEPUTTE, *L'évitement de l'inceste chez les primates*, La Recherche, 193, 1987, pp. 1332-1342.

(6) Les fameux « organisateurs » de René Spitz devant être considérés comme les jalons de son progressif accès à la perception du réel.

(7) J'écris « redoutable » car sa précision le met au risque des validations empiriques.

(8) Sigmund FREUD, *Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques*, Résultats, idées, problèmes, PUF, 1984.

(9) Y compris, il faut le souligner, par des chercheurs eux-mêmes psychanalystes, tels que Daniel Stern (Daniel STERN, *The Interpersonal World of the Infant : A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*, Basic Books, 1985 ; traduction française, *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, PUF, 1999).

(10) Evaluation mimant celles qui valident les chimiothérapies.

(11) Voir Tobie NATHAN, *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Les Empêcheurs de penser au rond, 2001.

(12) Pour paraphraser une remarque de Mikkel Borch JACOBSEN et Sonu SHAM-DASANI, *Le dossier Freud. Enquête sur l'histoire de la psychanalyse*, Les Empêcheurs de penser au rond, 2006.

IV Rendez-vous International

L'Internationale des Forums et de l'Ecole de Psychanalyse des Forums du Champ Lacanien

1 et 2 Juillet 2006

LES RÉALITÉS SEXUELLES ET L'INCONSCIENT

PARIS

Palais des Congrès
Porte Maillot

Traduction simultanée :

français, italien, espagnol, portugais



Renseignements :

EPFCL, 118 rue d'Assas

75006 Paris

www.champ-lacanien.net

Tél : 01 56 24 22 56

epfcl.secretariat@wanadoo.fr

Depuis quelques années les mots « Réseau », « Centre de Ressource », « Maison », circulent avec beaucoup de faveur dans le langage public. Ils ont en commun de marquer le désir de transformer un état caractérisé par l'isolement, la fragmentation, l'éparpillement en un ensemble articulé et solidaire. En ce sens ce sont des mots qui, pour un temps plus ou moins long, sont porteurs de plénitude, garants d'une organisation sociétale plus efficiente : en l'occurrence plus efficiente parce que synergique et solidaire.

A la différence des deux autres mots, « maison » est un mot chargé d'histoire. Au-delà de son usage premier il désigne de nombreuses institutions qui sont des figures de proue de l'espace social : maison de Dieu, maison commune, du soldat, d'arrêt, de redressement, de fous, de repos, de retraite... Le terme de maison a, en effet, cette particularité d'inscrire dans l'espace public les valeurs qui s'attachent à la sphère du privé, de la famille : l'accueil, la chaleur humaine, les soins, mais aussi les bienfaits de l'éducation, l'apprentissage de la règle et de l'autonomie sociales. Aussi, la maison contient-elle la promesse d'un double mouvement : de régression et de développement, de compréhension et d'éducation, d'étayage et d'autorité.

Le terme de maison, d'autant plus qu'il est assez désuet en ville, mérite sans doute d'être entendu au niveau de la nostalgie des valeurs traditionnelles qu'il abrite. Mais plus encore, compte tenu de la résonance qu'il exprime entre l'espace privé et l'espace public – entre la famille et la société – il apparaît assez approprié pour contenir la diversité des questions et des conceptions qui ont cours au sujet de la façon dont la société doit se comporter vis-à-vis de ses jeunes ou de ses adolescents. Avec une petite histoire, je vais essayer de dire où nous en sommes à ce sujet dans le Val-de-Marne.

Quel était le projet ?

Il était une fois un groupe de travail institué en 2000 par la DASS du 94 dans le cadre du Conseil Départemental de Santé Mentale, animé par des médecins chefs de secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Consacré à la prise en charge des troubles psychiques des adolescents, ce groupe constituait un spectre partenarial assez vaste et qui allait en s'augmentant au fil des séances. En effet, au bout d'un an ou deux il rassemblait des représentants de la DASS, des secteurs de P I J, de psychiatrie générale, de l'ASE, de la P J J, du Tribunal pour Enfants, des CMPP, des Instituts de Rééducation, des Points Ecoute Jeunes, des clubs de prévention spécialisée, des services de pédiatrie, de l'Education Nationale, de la CDES et de l'UNAFAM... Généralement, chaque séance de travail était centrée sur la présentation d'une des institutions à l'ensemble des autres. Quel était le projet de ce groupe ?

1. Une meilleure appréhension par les uns et les autres de la nature des institutions qui, à des titres divers, travaillent avec les adolescents : finalités, méthodes, langages.
2. Une prise de conscience des attentes des uns et des autres en matière de relais, de complémentarité.

3. Le repérage des manques : qu'il s'agisse d'institutions à créer ou de liens institutionnels à établir.

La concertation semblait féconde. Elle permettait comme cela vient d'être dit, de mettre en évidence les manques et les dysfonctionnements mais aussi un certain nombre de points positifs, notamment au plan de l'offre de soins mise en place dans le Val-de-Marne, en particulier par les secteurs de P I J et par la pédiatrie. Au plan également des collaborations engagées autour de la question des adolescents difficiles.

Le groupe se réunissait tous les 2 ou 3 mois. Au-delà de la diversité des sujets

Notre maison des adolescents

abordés, un certain nombre de constats revenaient régulièrement :

- la montée en puissance des problèmes posés par les adolescents de plus en plus en plus jeunes : ceux-ci se manifestant beaucoup par des troubles du comportement ;

- le sentiment d'inadéquation des uns et des autres, né de la perception d'un trop grand écart entre les missions théoriques et la réalité des charges.

Ainsi, pour l'Education Nationale, en raison des carences familiales, le sentiment d'être de plus en plus appelée à un rôle éducatif.

Et encore pour l'ASE, faute de prises en charge thérapeutiques adéquates, le sentiment de devoir accueillir dans les foyers des adolescents bien trop malades pour y séjourner.

Ou encore, pour le Tribunal pour Enfants le sentiment d'être trop souvent amené à jouer un rôle indu de pivot entre les institutions, faute de concertation entre elles.

Vis-à-vis des structures psychiatriques nos partenaires soulignaient un certain nombre de points problématiques :

- les trop longs délais d'attente,
- la nécessité d'obtenir l'accord des adolescents pour que se mette en place une prise en charge,
- pour certains d'entre eux, l'inadéquation des lieux de parole dans un premier temps,
- le manque de mobilité des équipes,
- le manque de lisibilité du dispositif.

Le Tribunal pour Enfants, pour sa part, insistait sur les cas d'adolescents présentant à la fois des conduites de délinquance et des troubles psychiatriques (de type globalement psychopathique) pour mettre en lumière le caractère morcelé, éclaté des prises en charge institutionnelles et parfois aussi l'abandon de toute prise en charge.

A cet égard deux types de solutions furent proposées par le Tribunal pour Enfants : l'une qui consistait à créer des structures à double valence éducative et thérapeutique, contraignantes et suffisamment contenant, aptes à accueillir ces adolescents très difficiles dont l'intensité des troubles et des agirs débordent les capacités d'accueil des instituts de rééducations.

informait du fait que, dans notre département, ce serait le Conseil Général qui piloterait la mise en place de la Maison de l'Adolescent.

Afin de restituer à cette situation compliquée un peu de sa complexité je dois vous dire qu'en 2002 fut voté le Schéma de Protection de l'Enfance du Val-de-Marne. Schéma construit pour la première fois conjointement par l'ASE et par la P J J. Dans le cadre de ce Schéma de Protection de l'Enfance fut créé en 2002 sous l'égide de la DASS un groupe de travail consacré aux adolescents en difficulté.

La coexistence des deux groupes engendra une certaine confusion.

La question de la Maison de l'Adolescent

Quoiqu'il en soit, c'est dans le cadre du groupe de travail animé par les pédopsychiatres que fut examinée en mars 2004 la question de la Maison de l'Adolescent. C'était donc il y a 2 ans.

Ce groupe ne s'est plus jamais réuni depuis. Sans doute le départ du directeur de la DASS pour un autre département y est-il pour quelque chose. De même que la disparition de l'entité CDSM. Mais, indiscutablement, aussi le climat très tendu des échanges qui eurent lieu ce jour là. Pour simplifier, deux thèses s'affrontèrent.

L'une mettait en valeur le fait que les demandes adressées par le champ social et par le champ éducatif au champ sanitaire et psychiatrique n'étaient que très imparfaitement satisfaites et la coordination des réponses assez inefficace. Dans le sillage de cette thèse venait la proposition formulée par la Direction de l'Enfance et de la Famille d'une Maison de l'Adolescent qui, sous l'égide du Conseil Général, représenterait un lieu où l'adolescent trouverait tout, avec des équipes multidisciplinaires travaillant véritablement en commun. Lieu où l'accueil serait immédiat, sans rendez-vous, où les jeunes pourraient venir à tout moment. L'autre thèse soutenait que malgré l'imperfection relative des réseaux existants, il était tout de même possible

chiatres, trouva des échos favorables chez un certain nombre de partenaires. Quelques mois après, la nouvelle directrice de la DASS du Val-de-Marne organisa une visite de la Maison de l'Adolescent du Havre (il est à remarquer que le nouveau directeur de la DASS de Seine Maritime est l'ancien directeur de la DASS du Val-de-Marne). A cette rencontre participaient des membres de la DASS et des médecins de secteur. Les participants furent très intéressés par les grandes qualités de la réalisation des collègues du Havre. Ils notèrent, toutefois, qu'à la différence du Val-de-Marne, il n'existait pas au Havre de structures psychiatriques dédiées aux adolescents avant la création de la Maison de l'Adolescent.

Ensuite, en mars 2005, les 6 secteurs de pédopsychiatrie du département proposèrent à la DASS un projet de Maison de l'Adolescent.

Que contenait-il ?

Convenant du fait que tous les adolescents qui en ont besoin n'utilisent pas les réseaux de soins existants, les pédopsychiatres soulignaient, néanmoins, l'existence de nombreuses structures mises en place dans leur département spécifiquement à l'intention des adolescents.

Sur le plan pédiatrique :

- le Service de Médecine de l'Adolescent du C H U Bicêtre,
- le Service de Médecine de l'Adolescent du C H Intercommunal de Créteil

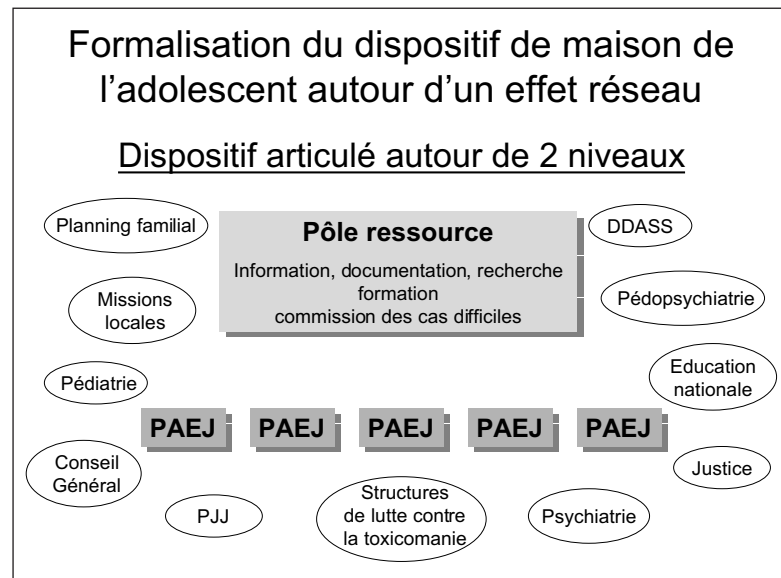
Sur le plan pédopsychiatrique (6 secteurs) :

- secteur 1 : Consultation Médico-Psychologique pour Adolescents de Champigny, psychiatrie de liaison à l'Hôpital Saint-Camille ;
- secteur 2 : Consultation Médico-Psychologique pour Adolescents de Vincennes, CCASA : centre de crise et d'hospitalisation brève pour adolescents (7 lits) (unité intersectorielle regroupant l'ensemble des secteurs de P I J d'Esquirol) installé à Montreuil ;
- secteur 3 : CATTP pour Adolescents de Saint Maurice (« Georges Perec ») ;
- secteur 4 : Consultation et Accueil Médico Psychologique pour Adolescents de Choisy-le-Roi ;
- secteur 5 : psychiatrie de liaison avec le Service de Médecine de l'Adolescent du C H I C (prise en charge des TS) ;
- secteur 6 (il s'agit du secteur rattaché à la Fondation Vallée) : la Consultation pour Adolescents de Villejuif, l'Hôpital de Jour pour Adolescents (26 places), l'Hospitalisation à Temps Complet (32 places), l'Unité des 13-17 à Rungis (10 lits d'hébergement thérapeutique pour adolescents scolarisés), le SAU pédopsychiatrique implanté à Bicêtre : accueil 24h/24 ; 8 lits d'hospitalisation. Le seul SAU pédopsychiatrique de la Région Ile de France.

Le projet soulignait encore l'existence de plusieurs collaborations engagées entre les partenaires habituels de l'adolescence. Parmi celles-ci : le réseau auquel je faisais allusion plus haut pour les mineurs en grandes difficultés (familiales, sociales, psychologiques), réseau qui, dans le cadre d'une charte, organise le suivi de certains adolescents particulièrement difficiles ; ce suivi engageant plusieurs institutions de façon coordonnée et formalisée avec pour chacun d'entre eux un référent choisi dans l'une des institutions.

Ce réseau a été créé en 2000 ; après avoir concerné deux secteurs de P I J, deux juges pour enfants, certaines structures de l'ASE et de la P J J, il est en train d'acquiescer une dimension départementale (mise en place des préconisations de la circulaire du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté).

Autre exemple de collaboration : le séminaire d'étude de cas institué



L'autre visait à renforcer les articulations entre le sanitaire, le médico-social et la justice. Il fallait, disait la Présidente du Tribunal, passer à une vitesse supplémentaire pour trouver des solutions concrètes.

Et c'est dans ce mouvement, en juin 2003, que le mot fut lâché pour la première fois : il faudrait créer une maison de l'adolescent qui fédérerait tous les intervenants. J'insiste sur le fait que jusque là, malgré quelques moments difficiles, les échanges étaient toujours restés courts.

Il faudrait donc créer une Maison de l'Adolescent dans le Val de Marne ! Peu de temps après, la DASS nous

d'en apprécier les mérites et, en tout état de cause, de fonder sur l'existant les améliorations à attendre. Dans cette perspective la Maison de l'adolescent qui serait créée de façon conjuguée par la DASS et le Conseil Général, pourrait se concevoir essentiellement comme porteuse d'une fonction symbolique de lien et de plus de lien entre les institutions, comme une sorte de lieu ressource pour diverses actions ayant pour but d'améliorer la compétence des professionnels et, pour les adolescents et les familles, comme un lieu d'accueil et d'orientation vers les structures existantes. Cette esquisse, alors en germe chez les pédopsy-

REVUES

Du bébé à l'adolescent Quand consulter un psy ?

Sous la direction de Patrice Huerre et Noëlla Darcq
Enfances & Psy 2006 n°30
Erès, 15 €

Dans ce numéro des psys déclinent leurs façons de concevoir leur exercice professionnel et les questions que leur pose la manière dont on s'adresse à eux. Dans quels cas et avec quels nouveaux motifs sont-ils sollicités ? À quel moment de l'évolution des troubles ? De quelles manières ? Et l'on connaît le rôle déterminant des professionnels situés en amont pour aborder ces différents points et faciliter le travail ultérieur des spécialistes psys, tout en restant en lien avec eux.

Il importe de mieux différencier ce qui relève d'une évaluation et ce qui relève d'un traitement. C'est pourquoi la formation des professionnels au contact quotidien des enfants et des adolescents (enseignants, infirmier(els) scolaires, CPE, médecins de famille, pédiatres, animateurs et travailleurs sociaux ...) est si importante. Elle seule peut contribuer à éviter les dramatisations ou les banalisations aussi déléteres les unes que les autres, et à servir de base pour une meilleure orientation ultérieure. Cette formation insiste de façon consensuelle sur l'importance de la qualité des liens entre les professionnels concernés par l'enfant et l'adolescent, que l'on nomme cela travail partenarial, travail en réseau, travail de liaison...

Quand l'enfant, l'adolescent et/ou ses parents sont inquiets, il importe d'apporter une réponse à leur demande, même si cette réponse n'est pas forcément et immédiatement psychothérapeutique ou psychiatrique.

Parentalités à l'épreuve du temps

Dossier proposé par Evelyne Bouteyre et Régine Scelles
Dialogue 2006 n°171, Erès, 16 €

Ce numéro, qui interroge la parentalité à partir de situations confrontant à des événements sources de vulnérabilité (maladie, vieillesse, handicap, situation sociale difficile, adoption) poursuit la réflexion initiée dans le numéro précédent sur la médiation familiale. Son objectif est d'ouvrir le débat sur la mouvance des figures de parentalité dans des situations qui interrogent les pratiques et les théories concernant les processus du « devenir », du « re-devenir », du « rester » parents dans des conditions parfois très problématiques.

Dans le numéro précédent sur la médiation, la question de la normativité dans la famille, voire, au prix d'un néologisme, de la « normation », avait été évoquée. Cette fois, le point de vue adopté consiste, sans mésestimer les souffrances, à porter un regard à l'affût des mouvements de vie et de créativité chez ceux confrontés à des situations traumatogènes. Tous les auteurs montrent combien des rencontres heureuses, des aides proposées au bon moment, une stimulation de la créativité, peut permettre de trouver un chemin pour continuer à vivre, non pas malgré, mais au cœur d'une situation difficile.

Dans la partie hors dossier, deux auteurs évoquent l'arbre généalogique utilisé à des fins cliniques : Chantal Clot-Grangeat pour explorer les processus de filiation dans le cas de handicap et André Mariage pour étudier la répercussion de la séparation parentale sur les enfants.

LIVRES

L'errance des jeunes adultes

Pascal Le Rest
Préface de Martine Mortaize
L'Harmattan, 20 €

Ce livre s'appuie sur un travail collectif de professionnels de l'action sociale, engagés contre l'errance, sur leur agglomération, Chelles, dans l'Est de la région parisienne.

Les problèmes des jeunes adultes en situation d'errance étaient visibles sur cette agglomération. La volonté commune des professionnels était de parvenir à plus d'efficacité pour des situations lourdes de souffrances, inflationnistes, difficiles à résoudre et qui confronte à des réalités sociétales particulièrement angoissantes, comme l'accessibilité à un logement ou à un emploi.

Ce livre affirme l'ambition de saisir des causes dans le contexte socio-économique et de proposer des perspectives.

La violence des adolescents
Clinique et prévention

2ème édition

Yves Tyrode et Stéphane Bourcet
Dunod, 24 €

Ce livre, qui se place sous un angle clinique, a également comme objectif d'aborder les aspects préventifs. Il se compose de quatre parties et analyse l'essentiel des bases psychobiologiques et psychodynamiques nécessaires à la compréhension des comportements à l'adolescence ; les phénomènes d'affrontement avec le corps social, en particulier en milieu scolaire et familial ; l'analyse de la délinquance, individuelle et/ou en bandes organisées, ainsi que les conduites addictives qui leur sont si fréquemment associées ; les actes de violence commis par l'adolescent, sur autrui comme sur lui-même. Cette nouvelle édition a été l'occasion de mettre à jour les données statistiques, d'actualiser la théorie et d'ajouter de nombreux cas cliniques.

donc un véritable centre de ressources « Adolescents » du Val-de-Marne. Aussi les accueillants devraient-ils se situer dans une réelle pluridisciplinarité ouverte tout à la fois sur les dimensions psychiatrique, éducative, judiciaire, de promotion sociale.

2) Elle serait le lieu de fonctionnement d'une commission des cas difficiles réunissant la pédopsychiatrie, la psychiatrie de l'adulte, l'ASE, la PJJ, le Tribunal pour Enfants, l'Education Nationale... et ayant pour but d'étudier des cas précis, actuels (à la différence du séminaire dont je viens de parler qui ne concerne que des cas anciens) en recherchant des solutions concrètes.

3) Elle abriterait une fonction d'enseignement pour les différents professionnels du département concernés par l'adolescence (médecins, travailleurs sociaux, enseignants). Ces enseignements pouvant avoir lieu sur place ou sur site. Un diplôme universitaire « Adolescents » pourrait être créé à cet effet sur Paris XI.

4) Elle favoriserait le développement d'actions de recherche, en particulier épidémiologique.

Globalement, une telle structure favoriserait donc une synergie des actions déjà mises en place et des projets futurs.

Tel était pour l'essentiel le projet des pédopsychiatres.

Au jour d'aujourd'hui,
un an après, où en sommes-nous ?

Il existe un projet officiel de « Maison de l'Adolescent » dans le Val-de-Marne. D'où tire-t-il sa légitimité ? De deux sources :

1 - Des préconisations de la Conférence de la Famille et du Plan de Santé Mentale du Val-de-Marne (lequel a été élaboré dans la perspective du SROSS 3).

2 - Des préconisations du Schéma de Protection de l'Enfance et de la Famille (lequel est co-piloté par le Préfet et le Conseil Général).

Il est donc porté de façon conjuguée par la DDASS et le Conseil Général et comporte un comité de pilotage fait de représentants de la DDASS, du Conseil Général, des services de pédiatrie et de médecine, des pédopsychiatres, de l'Education Nationale, de la PJJ, des PAEJ, du Tribunal pour Enfants, de la Défenseure des enfants.

L'architecture du dispositif comprend 2 niveaux complémentaires :

- un niveau local de proximité ouvert à tous et offrant un accueil généraliste. Il repose sur les Points d'Accueil et d'Ecoute des Jeunes,
- un niveau départemental dénommé Centre de Ressources.

1. Le niveau local de proximité et d'accueil direct des adolescents : les PAEJ ont été choisis comme échelon de proximité parce que, outre leur action préventive, ils ont la charge d'effectuer un premier diagnostic avant d'accompagner les jeunes vers d'autres professionnels. Par accueil généraliste, il faut entendre ouvert sur les problèmes de santé, les questions d'ordre social ou juridique, l'emploi, le logement. L'orientation vers les professionnels adaptés supposant une formalisation du partenariat dans le cadre d'un maillage territorial organisé autour de 5 PAEJ : Cachan, Vitry, Fontenay S/Bois, Champigny et Créteil (ce dernier Point Ecoute étant à créer).

Les partenaires évoqués étant : les psychiatres, les centres de santé de proximité, les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie, les plannings familiaux, les missions locales, l'Education Nationale, les structures de lutte contre la toxicomanie...

Le niveau de proximité dans le cadre des PAEJ est un niveau défini comme accessible et articulé.

L'ouverture des Points Ecoute est prévue du lundi au vendredi de 13 à 19

heures, le samedi de 10 à 18 heures.

Quelle équipe pour chaque PAEJ ?

2 ETP de psychologues (existent déjà)

1 ETP de secrétariat

1 ETP de travailleur social

plus des vacations médicales : généraliste, addictologie, gynécologie et possiblement pédopsychiatrie. Autres vacations envisagées : diététique, esthétique, avocat...

2. Le Centre de Ressources Départemental a quatre fonctions :

- coordination du dispositif « Maison de l'Adolescent »,

- création d'une commission des cas difficiles,

- lieu de formation sur les problématiques de l'adolescence,

- fonction d'information, de documentation et de recherche.

Il sera installé à Créteil. Equipe : 1 coordonnateur, responsable du Centre de

Ressources (au total : 12 postes à créer).

L'ensemble du dispositif sera cofinancé par : l'Etat, DGAS (investissement), ASS maladie (coordinateur) et par le Conseil Général. L'Etat finançant plutôt le pôle central et le Conseil Général le niveau de proximité.

Si l'on considère le projet définitif on voit qu'il ressemble, sensiblement, au projet des pédopsychiatres si l'on retient la dimension de Centre de Ressource et la fonction d'orientation vers les structures existantes, avec par conséquent le renoncement à la création d'une structure de prise en charge supplémentaire et supposée optimale.

En même temps, le projet se différencie clairement du nôtre à la faveur de son dédoublement. Au lieu de conjurer en un seul point l'ensemble des fonctions il les distribue de façon différenciée entre dispositif de proximité

et dispositif central en chargeant, toutefois, le dispositif central de la coordination de l'ensemble.

Le dispositif de proximité animé par les PAEJ se veut généraliste et d'orientation. La représentation de la psychiatrie y sera très discrète. On peut supposer qu'il en sera autrement dans le dispositif central où la psychiatrie jouera un rôle plus accentué : notamment parce qu'elle sera très sollicitée dans le cadre de la Commission des Cas Difficiles, mais aussi dans le cadre des actions d'enseignement, de formation, de recherche.

Le choix des PAEJ est à rapprocher du fait qu'ils font l'objet d'un double financement : DDASS et Conseil Général. Il y avait là une particularité propre à satisfaire la volonté d'un parrainage paritaire de l'opération. L'avenir nous dira de quelle manière les PAEJ vont

L'efficacité, nouveau critère
d'évaluation des traitements
dans la schizophrénie

Questions à Pierre-Michel Llorca* par Serge Tribolet**

Serge Tribolet : Vous proposez « l'efficacité » comme nouveau critère de pertinence clinique dans l'évaluation des traitements dans la schizophrénie. Quelle définition donnez-vous de ce terme ?

Pierre-Michel Llorca : L'efficacité est une terminologie utilisée dans de nombreux domaines (en particulier économique), dont l'objet est de donner une représentation de l'impact d'une stratégie en tenant compte de tous les paramètres qui la composent. Lorsqu'on essaye d'appliquer cette notion aux stratégies thérapeutiques employées en psychiatrie, on peut la définir comme une appréhension élargie de l'effet des différents traitements. Classiquement, dans le domaine de la schizophrénie, et notamment en ce qui concerne l'action des antipsychotiques, on mesure l'efficacité en observant la modification de l'intensité de différents symptômes. On utilise pour cela des échelles d'évaluation validées qui portent principalement sur les signes et symptômes composant les différentes dimensions cliniques reconnues (principalement positive, négative et de désorganisation conceptuelle).

Cette notion d'efficacité et les outils de mesure dont nous disposons sont parfois en décalage avec la perception clinique que nous avons d'un patient.

Une amélioration de 20% du score global de la PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale), par exemple, ne constitue pas forcément le reflet fidèle d'une amélioration clinique permettant pour un sujet donné la reprise d'interactions sociales et un fonctionnement satisfaisant.

Le développement de stratégies thérapeutiques de plus en plus efficaces ont conduit de nombreux auteurs à s'intéresser à tous les paramètres qui constituent cette impression clinique et qui témoignent de l'amélioration symptomatique, mais également fonctionnelle des sujets.

Ainsi, l'efficacité d'une stratégie thérapeutique essaie d'intégrer :

- l'efficacité symptomatique,
- la sécurité d'emploi et la tolérance,
- le point de vue du patient,
- le jugement du médecin,
- les interactions du sujet avec son environnement,
- les aspects fonctionnels au quotidien.

Comme on le voit, l'efficacité symptomatique ne représente qu'une par-

tie de l'efficacité qui tente de prendre en compte d'une façon plus globale l'évolution d'un sujet sous l'effet éventuel des thérapeutiques.

S.T. : Comment évaluer l'efficacité ?

P.-M. L. : L'évaluation de l'efficacité, compte tenu de son caractère multidimensionnel et des différents champs observés, reste difficile. En effet, nous disposons d'outils d'évaluation et de mesure dans les différents domaines évoqués pour l'efficacité, mais également pour les effets indésirables. Le domaine subjectif du point de vue du patient, voire du jugement du médecin, reste plus délicat. Les interactions avec l'environnement, ainsi que les aspects fonctionnels, ne sont pas toujours, compte tenu des facteurs de contexte, faciles à interpréter. Certains auteurs justifient l'intérêt d'évaluer le patient dans les domaines des symptômes de la maladie, de la tolérance, du fonctionnement quotidien, mais aussi du bien-être subjectif en utilisant des outils pour chacun des domaines, ce qui rend cette évaluation très complexe à réaliser.

Des échelles telles que la GAF (Global Assessment of Functioning) ou la GOALS (Global Assessment of Life in Schizophrenia) ont été développées, permettant d'essayer de mesurer l'efficacité d'une façon plus globale. Elles sont d'un emploi relativement simple, mais ne reflètent probablement qu'une partie de l'observation.

Dans certaines études cliniques, les auteurs ont utilisé comme indicateurs indirects de l'efficacité, la durée avant l'arrêt d'un traitement. En effet, l'interruption d'un traitement au cours d'un essai clinique, de quelque nature qu'il soit, dépend, bien évidemment de l'état clinique du patient,

mais également du jugement global du clinicien, du jugement par le patient. Cet indicateur intègre les dimensions de fonctionnalité, d'effets indésirables et des capacités d'interactions avec l'environnement. C'est cette mesure qui a été utilisée dans le cadre de l'étude CATIE (étude indépendante, sans financement des laboratoires en dehors de la mise à disposition des médicaments utilisés pour cette étude). Son objectif était, sous l'égide du NIMH (National Institute of Mental Health), l'évaluation de l'efficacité des différentes stratégies antipsychotiques de première et deuxième génération dans des conditions les plus proches possibles - en

termes de recrutement et de patients traités - des conditions d'exercice habituelles. Cette mesure, bien qu'indirecte, est un outil simple et informatif sur cette notion d'efficacité et, de façon plus large, sur l'action d'une stratégie thérapeutique dans une population de patients donnés.

S.T. : La prise en considération de ce nouveau critère d'évaluation implique-t-elle des modifications de nos pratiques thérapeutiques ? Lesquelles ?

P.-M. L. : Cette notion d'efficacité permet, en fait, d'essayer d'opérationnaliser l'ensemble des critères cliniques auxquels nous nous intéressons en pratique quotidienne, lors de l'évaluation de l'efficacité d'une stratégie thérapeutique et lors de l'évaluation de l'évolution d'un patient. En effet, une vision strictement symptomatique ne permet pas la prise en compte du patient dans sa globalité. L'intérêt de cette notion d'efficacité est donc de rendre plus rationnelles et reproductibles les modalités d'évaluation dont nous disposons, aujourd'hui.

Par ailleurs, elles nous confortent dans l'intérêt de nous préoccuper du point de vue subjectif du patient quant à son traitement qui est un des éléments essentiels de la poursuite des thérapeutiques. Thérapeutiques dont nous savons - c'est un enseignement que nous pouvons tirer de l'étude CATIE - qu'elles sont fréquemment interrompues dans ces pathologies évoluant au long cours. ■

* Psychiatre, CHU, 63000 Clermont-Ferrand

** Praticien hospitalier, psychiatre

Références

HALL RC, *Global Assessment of Functioning. A modified Scale*, Psychosomatics. 1995, 23, 56-62.

KAY SR, FISZBEIN A, OPLER LA, *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*, Schizophr Bull. 1987, 13, 2, 261-76.

LIEBERMAN JA, STROUP TS, MCEVOY JP, SWARTZ MS, ROSENHECK RA, PERKINS DO, KEEFE RS, DAVIS SM, DAVIS CE, LEBOWITZ BD, SEVERE J, HSIAO JK, *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia*, N Engl J Med. 2005, 22, 353, 12, 1209-23.

NABER D, VITA A, *Tools for measuring clinical effectiveness*, Eur Neuropsychopharmacol. 2004, 14 Suppl 4, S435-44.

depuis 1998 et regroupant des professionnels de la PJJ, du Tribunal pour Enfants, de l'ASE, de la PJJ et de l'Education Nationale. Prenant appui sur ce constat, les pédopsychiatres brossaient le tableau de ce que pourrait être une Maison de l'Adolescent dans le Val-de-Marne, symboliquement basée à Créteil (Préfecture). *Ce qu'elle ne serait pas :*
- elle n'aurait pas besoin d'abriter des lits d'hospitalisation puisque plusieurs sites peuvent assurer ces hospitalisations (pédopsychiatriques et pédiatriques) ;
- elle n'assurerait pas de prise en charge pédopsychiatrique sur place puisque de nombreux lieux sont déjà disponibles pour cela : essentiellement publics mais aussi dans le Val de Marne. *Par contre cette Maison de l'Adolescent pourrait avoir un certain nombre de fonctions importantes. Essentiellement quatre :*
1) Fonction d'accueil et d'orientation :
- sur place pour les adolescents et les familles. L'évaluation (éducateur, infirmier, assistant social) conduisant à diverses orientations sociales (les missions locales, les CIO, les CAS, les Point Ecoute...), juridiques (conseillers juridiques), médicales (services de médecine des adolescents, secteurs de psychiatrie (avec d'éventuels accompagnements) ;
- mais aussi accueil téléphonique pour les professionnels, les familles, voire les adolescents avec le même principe d'orientation vers les structures les plus adéquates ;
- un site Internet pourrait faciliter cette fonction d'information et d'orientation. La Maison de l'Adolescent constituerait

pouvoir assumer les fonctions qui leur sont dévolues. Deux questions me semblent dès maintenant pouvoir être posées :

- la première est celle de l'effet réseau attendu des PAEJ. Dans la mesure où un réseau peut en cacher un autre, de quelle manière cette construction de réseau intégrera-t-elle ce qui existe déjà de façon plus ou moins manifeste ? Comment le maillage territorial tramé par les PAEJ saura-t-il au mieux tenir compte et tirer parti des réseaux existants ?

- le second tient au fait que parmi les 4 PAEJ existants 2 sont intercommunaux alors que 2 ont une vocation purement communale (Vitry, Fontenay S/Bois).

Sauf à changer radicalement leur activité comment ces derniers répondront-ils à la vocation territoriale qui leur est assignée ?

Je terminerai avec quelques remarques.

Dans notre cas, il n'aura échappé à personne que le travail, au sens de celui qui précède l'accouchement, a été rude. Comme vous l'avez senti les pédopsychiatres sont un peu tombés de haut quand on leur a dit leur insuffisance, parfois avec un minimum de ménagement. Mais au fond cela a le mérite d'avoir eu lieu. Et même si le partenariat a été malmené il a pu permettre que cela ait lieu ; et que les sentiments d'impuissance et de dépression qu'éprouvent parfois les institutions lorsqu'elles s'affrontent aux adolescents les plus difficiles, que ces sentiments donc aient pu trouver à se dire et à commencer de s'élaborer.

Nous aurons pu vérifier, une fois de plus, combien les professionnels, les acteurs sociaux de toute sorte, dès qu'ils s'affrontent à l'adolescence sont assez facilement portés par des émotions qui les poussent au clivage et à l'idéalisation. Une bonne illustration en est, sans doute, ce souhait d'une institution illimitée qui offrirait constamment aux adolescents tout et tout de suite.

Philippe Jeammet évoque à propos du processus de l'adolescence, l'attaque des liens dont les adolescents dépendent le plus. Il me semble que c'est une crise de cet ordre qui a eu lieu entre tous les acteurs engagés autour de l'adolescence dans le Val-de-Marne. S'il en sort quelque chose qui a plus à voir avec la séparation-individualisation qu'avec la conquête du grand Tout, il me semble que nous n'aurons pas perdu notre temps.

Jusqu'à présent, les Maisons de l'Adolescent qui ont vu le jour, sauf erreur de ma part, ont toutes été créées par des centres hospitaliers à partir d'une matrice pédopsychiatrique. Dans le Val-de-Marne la solution trouvée est différente. Elle s'efforce de contenir dans un même creuset des demandes institutionnelles très diverses qui sont à la fois toutes tournées vers plus de partenariat, cependant avec des conceptions et des stratégies parfois très différentes lorsqu'il s'agit de faire vivre ce plus de partenariat.

La question de la maîtrise est évidemment centrale. Tout en soulignant l'importance de l'autre en tant qu'il est autre, chacun a une vision attentive de la façon dont cet autre pourrait utilement se comporter autrement.

A bien des égards la Maison de l'Adolescent du Val-de-Marne peut apparaître comme une structure de compromis.

Pour le moment, elle est en effet surtout la Maison des Partenaires. Nous espérons beaucoup que les adolescents pourront nous en déposer. Dans ces conditions elle pourrait apparaître comme une création originale dont l'intérêt mérite d'être attendu. ■

G. Bourcier

Plan psychiatrie et santé mentale

La prise en charge des malades psychiques doit bénéficier en 2006 de 81 millions d'euros dans le secteur sanitaire et 177 millions d'euros pour les créations de places médico-sociales dans le cadre du Plan psychiatrie et santé mentale (PPSM). La circulaire commune à la Direction générale de la santé (DGS), à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos), à la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), datée du 30 mars*, détaille les crédits dégagés pour 2006 et les orientations retenues. Elle complète les indications données dans la circulaire DHOS du 24 février sur la campagne tarifaire des établissements de santé. Pour la première fois, l'allocation de ressources au titre du PPSM fait l'objet d'un texte commun regroupant les crédits sanitaires et sociaux et médico-sociaux, dans un souci d'améliorer les collaborations entre les deux secteurs : « 2006 constitue une année charnière d'impulsion sur l'amélioration de l'articulation entre les politiques de santé publique, sanitaire, sociales et médico-sociales au niveau national, régional et local ».

A plusieurs reprises, les administrations insistent sur les complémentarités et demandent un « changement méthodologique » pour « décloisonner les politiques ».

Les 81,25 millions d'euros attribués au secteur sanitaire au titre du PPSM comprennent la marge régionale 2006, les « priorités spécifiques et incontournables », le tutorat des infirmiers, les crédits pour la valorisation de l'activité en psychiatrie et la mise en place des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Ces chiffres ne comprennent pas les crédits attribués au titre des plans régionaux d'investissement en santé mentale (Prism), mis en oeuvre de 2006 à 2010. Les crédits par région pour la totalité de la période ont été précisés dans la circulaire DHOS du 20 décembre 2005, mais sans détail par année. Les enveloppes 2006 seront notifiées « avant la fin du premier semestre ».

Les crédits de début de campagne 2006 correspondant à la « marge de manoeuvre régionale », destinés à adapter l'offre de soins en hospitalisation et en ambulatoire, atteignent 22 millions d'euros pour la France métropolitaine (les départements d'outre mer font l'objet d'un accompagnement spécifique). Cette somme est complétée par un rattrapage, au titre de 2005, de 7,371 millions d'euros pour application en année pleine.

Ces crédits doivent répondre à deux priorités

Il est d'abord question du renforcement des prises en charge ambulatoires au sein des centres médico-psychologiques dans « des zones insuffisamment pourvues », une adaptation et une diversification des réponses existantes, à savoir la réponse à des « demandes de soins non programmées » (urgences hors hospitalisation à temps complet) et le « développement des horaires d'ouverture élargis ».

Il est également question de renforcer la psychiatrie de liaison auprès d'autres établissements de santé ou d'établissements sociaux et médico-sociaux. Cette action est « particulièrement importante pour les équipes de psychiatrie infanto-juvénile ».

La deuxième priorité est l'adaptation de l'hospitalisation complète pour une « répartition optimale des équipements sur l'ensemble du territoire », « une meilleure adéquation aux besoins » et la

limitation du recours inadéquat à l'hospitalisation.

Il est question de limiter le recours à l'hospitalisation notamment dans le consentement, de renforcer la psychiatrie de liaison aux urgences des hôpitaux généraux et de développer des prises en charge de courte durée au sein de ces services.

Le renforcement en moyens humains sur l'hospitalisation complète doit remplir deux objectifs spécifiques : la création de lits en psychiatrie infanto-juvénile, « prioritairement dans les départements qui en sont dépourvus » ; en psychiatrie générale le rapprochement du domicile des populations desservies, « de préférence à l'hôpital général » et la diversification de réponse selon les modalités de prise en charge (hospitalisation sous contrainte, réadaptation/réhabilitation) ou selon des publics ou des problématiques ciblées.

La circulaire indique que 8,25 millions d'euros seront attribués, ultérieurement en cours d'exercice, pour le renforcement de moyens humains sur des « priorités spécifiques et incontournables » de trois ordres : la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pour des personnes en situation de précarité et d'exclusion (3,25 millions) ; la création de centres ressources pour les auteurs d'infractions sexuelles (1 million) ; la finalisation du déploiement des centres ressources pour l'autisme (4 millions).

La circulaire mentionne « deux leviers » venant en complément, les 25,1 millions d'euros pour le tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie (crédits du fonds de modernisation FMESPP) et les crédits « Prism ». Par ailleurs, la montée en charge des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les détenus est créditée de 13,9 millions d'euros, dans le cadre d'un programme en sus du PPSM, financé sur le FMESPP. Les travaux pour la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) sont dotés de 12 millions d'euros, également par le FMESPP.

Les administrations rappellent que 18 millions d'euros ont été notifiés en début de campagne pour des mesures ponctuelles pour la sécurisation des établissements de santé ayant une activité en psychiatrie.

Une mention pour les cliniques privées

Une mention particulière est insérée sur le rôle des cliniques privées de psychiatrie.

La circulaire indique que les crédits tutorat, Prism, et sécurité « s'appliquent de manière complémentaire aux acteurs publics et privés de l'offre de soins en psychiatrie ».

Il est indiqué que, pour les cliniques privées, « la construction tarifaire pour l'année 2006 tient compte de l'objectif de développement de l'hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit par les établissements de santé privés dans la continuité de l'effort engagé en 2005 et conformément aux orientations de renforcement des complémentarités » public-privé dans les SROS 3.

Médico-social : création de places, réflexion sur le logement

La circulaire mentionne 177 millions d'euros de crédits en 2006 pour le secteur médico-social correspondant aux prévisions pour les créations en 2006 de places pour enfants et adultes handicapés, dans le cadre du plan de création de places dans le handicap. D'autres actions, dont les financements ne sont pas précisés pour 2006, sont également prévues. Elles portent sur

l'amélioration de l'offre de logements pour les handicapés psychiques, avec le lancement, à titre expérimental, de maisons relais dédiées à ce public, et sur la poursuite du financement des groupes d'entraide mutuelle (GEM).

La circulaire établit une distinction entre deux types de créations de places. D'une part, le développement de l'accueil des personnes présentant des troubles psychiques passe, pour les enfants et adolescents, par les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep), les centres médico-psychopédagogiques (CMPP) et les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad) et, pour les adultes, par les établissements et services d'aide par le travail (Esat, ex-CAT). Les crédits pour créations atteignent 5,494 millions pour les Itep (120 places), 5,439 millions pour les CMPP (22 places) et 21,12 millions pour les Sessad (1250 places). La circulaire souligne que les collaborations entre les secteurs de psychiatrie doivent s'intensifier avec chacune de ces structures.

D'autre part, des créations de places seront dédiées aux personnes handicapées psychiques dans des structures médicalisées, de type maison d'accueil spécialisé (MAS), foyer d'accueil médicalisé (FAM) et service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés mentaux (Samsah). Il est prévu la création de 1 125 places en MAS (74,18 millions), 1 375 places en FAM (34 millions) et 1 500 places en Samsah. Il est précisé que 750 places seront réservées pour des handicapés psychiques. La circulaire précise que l'objectif de réalisation est de 568 places.

Poursuite des GEM

La création des GEM, débutée en 2005, va se poursuivre, pour atteindre 200 à 300 structures. En 2005, 122 ont été créées et, selon un bilan fourni par le ministère de la santé, ils étaient 144 en mars. Les crédits ouverts pour le financement d'une nouvelle tranche de création seront délégués sur la base des demandes parvenant à la DGAS.

Logement : expérimentation de maisons relais

Une impulsion sera donnée en 2006 pour améliorer l'offre de logement et d'accompagnement social pour les personnes sortant d'hospitalisation et revenant vivre dans la cité. Un bilan sera effectué en 2006 sur les modalités d'organisation actuelles (appartements associatifs, maisons relais, résidences avec services). Une expérimentation de maisons relais dédiées à des handicapés psychiques stabilisés et disposant d'une autonomie suffisante va être lancée. Un groupe de travail interministériel, piloté par la DGAS et associant la DGS, la Dhos et la Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction (DGUHC) rattachée au ministère du logement, va sélectionner des projets. Le caractère expérimental s'explique par le fait que les maisons relais ne peuvent pas être dédiées à une catégorie spécifique de publics.

La circulaire remarque que les foyers de vie et les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) peuvent accueillir des handicapés psychiques, à condition que les soins dont ils ont besoin puissent être assurés par des équipes de psychiatrie ou des professionnels libéraux. Le déploiement des centres de ressources pour l'autisme (CRA), qui ont une vocation médico-sociale par leur rôle d'accueil, d'information et de conseil aux familles et professionnels, va se poursuivre en 2006.

Une procédure sera lancée conjointement par la DGAS, la Dhos et la CNSA, à destination des Ddas, Drass et des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) avant la répartition de la tranche 2006 des crédits sanitaires relevant de la Dhos et médico-sociaux relevant de la CNSA pour les CRA. Il s'agit d'établir un bilan de l'exécution des crédits notifiés en 2005 et d'examiner les projets existants dans les régions restant à pourvoir. ■

F.C.

*Circulaire DGS/DHA/DGAS/CNSA n°149 du 30 mars 2006 relative aux modalités concertées de mise en oeuvre de l'allocation de ressources 2006 relatives au plan psychiatrie et santé mentale, 27 pages.

Vers un droit à l'enfant normal ?

L'arrêt Perruche et l'impact de la judiciarisation sur le dépistage prénatal

Danielle Moysé

Nicole Diederich

Collection Mille et un bébés

Erès, 13 €

Le 17 novembre 2000, la Cour de cassation a rendu un arrêt qui a déclenché un mouvement de contestation dans le monde médical, et rapidement se faire connaître au cours des débats qui suivirent, comme l'arrêt Perruche, du nom de la famille impliquée dans le procès. Peu de décisions de justice, au sein d'une juridiction civile, provoquent pareille controverse et une aussi forte médiatisation, d'autres procès similaires n'ayant pas eu autant d'échos.

Le 4 mars 2002, le législateur votait une loi dans l'urgence en pensant mettre un terme à la jurisprudence Perruche et à un mouvement social qui, une fois déclenché, risquait de menacer l'avenir de la médecine obstétrique et échographique. Mais cette loi a-t-elle réglé la question ? L'arrêt Perruche et l'augmentation des procès pour non-diagnostic d'anomalies fœtales ont-ils des répercussions sur les pratiques des médecins et, dans l'affirmative, quels changements cela occasionne-t-il ?

Les auteurs ont enquêté sur les conséquences au niveau éthique, mais aussi au niveau concret, des pratiques professionnelles des risques médico-légaux liés au dépistage prénatal, au

près de praticiens désireux d'y réfléchir, gynécologues obstétriciens, échographistes, équipes médicales, infirmières, sages-femmes, psychologues, généticiens, pédiatres... Cette enquête et la recherche qu'elle a induite sont présentées dans ce livre. Si l'essor technologique qui permet la sélection prénatale ne s'accompagne pas d'une réflexion sur la volonté normalisatrice aujourd'hui à l'œuvre et sur notre capacité à accueillir ceux qui présentent une particularité, nous risquons de nous engager dans une mutation anthropologique qui aura des répercussions considérables sur les plans individuel et social.

Une pratique d'actions de prévention à l'école maternelle

Dominique Brunson, Christian

Laroche, Jacqueline Prache

L'Harmattan, 11,50 €

Ce livre présente un système de travail que les RASED (Réseaux d'aide aux élèves en difficulté) pourraient mettre en oeuvre dans les écoles maternelles. Une pratique d'actions de prévention à l'école maternelle, c'est la formalisation d'une pratique originale de prévention primaire de la difficulté scolaire dès l'école maternelle. Libérée de la démarche dépistage-signalement-soin qui se révèle souvent comme l'acte en du rejet, elle s'applique à s'intéresser aux enfants pour ce qu'ils disent racontent et ressentent, pour ce qu'ils pensent en tant que personnes.

LIVRES

Frères et sœurs face aux troubles psychotiques

Sous la direction de Hélène Davtian

Préface de Jean Canneva
Unafam

Ce livre s'adresse aux personnes qui ont un frère ou une sœur souffrant de troubles psychotiques, en particulier au moment où la maladie apparaît. Le diagnostic n'est souvent pas clairement posé et l'adhésion du malade aux soins est encore inexistante ou fragile. L'entourage de la personne malade est confronté à quelque chose de nouveau et d'inquiétant sans savoir ni comment s'y prendre, ni ce que l'on attend de lui. Dans ce temps de la « *psychose naissante* » les frères et sœurs sont souvent démunis, isolés et confrontés à des questionnements intenses, à un moment où ils ont eux-mêmes à faire des choix engageant leur propre avenir.

Ce livre repose sur l'expérience : les personnes qui ont participé à sa rédaction reconnaissent toutes que la maladie de leur proche a bouleversé profondément leur propre vie. Par la mise en commun de leurs histoires, elles espèrent contribuer à diminuer l'impact de la maladie sur les frères et sœurs, donner les moyens de comprendre, de démystifier et de rendre accessibles les informations, donner des repères sur ce qui leur a semblé important de savoir, aider à ne pas s'isoler, oser poser des questions, se voir reconnaître une place et pouvoir devenir acteurs pour s'aider et aider efficacement son frère ou sa sœur souffrant.

Plus de trente frères et sœurs de personnes souffrant de troubles psychotiques ont participé activement à l'élaboration de ce document.

On peut se procurer cet ouvrage :
- soit par courrier : Unafam (Union nationale des amis et familles de malades psychiques), 12 Villa Compoint, 75017 Paris, accompagné d'un chèque de 9,50 euros ;
- soit auprès de la section départementale : coordonnées sur le site www.unafam.org.

Enseigner la Santé

Franck Gatto
L'Harmattan

Les enseignements de la santé auprès des patients souffrant de maladies chroniques conduisent, en l'absence de savoir didactique, à des difficultés d'apprentissage (école du dos, école d'éducation respiratoire pour personnes asthmatiques, école de réentraînement à l'effort pour personnes atteintes de maladies coronariennes, école pour personnes diabétiques, école d'éducation culturelle et sanitaire...). Le thérapeute est en position d'enseignant suite à des modifications du schéma corporel de certains patients (chirurgie orthopédique, chirurgie neurologique...) et de l'évolution de la demande de santé de la population (prévention de crises, de chutes, de luxation, d'incidents et de complications...). Le professionnel de santé a une mission d'éducation qui est constitutive du soin et se confond avec lui, la relation éducative semblant déterminer le niveau de qualité des soins.

A partir d'une approche de la santé publique tissée avec les sciences de l'éducation, ce livre met à la disposition des acteurs de santé des savoirs issus de la recherche en didactique pour mieux évaluer, organiser et diriger leurs activités professionnelles d'éducation, de formation et de soin.

L'accroissement des connaissances et des possibilités diagnostiques et thérapeutiques a accéléré l'évolution de la médecine ; et, par conséquent, les rapports de la population avec elle. En ce début de 21^{ème} siècle, l'évolution majeure, en médecine en général et en psychiatrie en particulier, c'est la plus grande prise en compte de l'usager en termes de décision et d'avis. Plusieurs actes forts ont déjà officialisé cette évolution des repères (loi du 4 mars 2002 sur l'inversion de la charge de la preuve, la prééminence de l'information et du consentement préalable du patient comme condition incontournable et préalable de tout acte de soin, la communication directe possible au patient du contenu de son dossier, l'annonce du plan psychiatrie et santé mentale en 2005...) ; d'autres suivront. Mais au-delà des textes officiels, il est nécessaire d'avoir une vision sociologique du phénomène. En effet, l'épidémiologie des troubles mentaux, dans ses études d'évaluation les plus récentes comme notamment la « *European Study of Epidemiology on Mental Disorders* » réalisée entre 2001 et 2003, établit qu'une part importante de la population est concernée. En effet, sans compter le domaine important des addictions, des troubles du comportement et des troubles somatopsychiques (au premier plan desquels il y a la démence), c'est :

- 1% de la population, qui est concerné par la schizophrénie ;
- 3% de la population, qui est concerné par les troubles bipolaires ;
- 4% de la population, qui est concerné par les troubles anxieux ;
- 10% de la population, qui est concerné par les troubles dépressifs.

La médecine historiquement compassionnelle et paternaliste, se transforme en une médecine plus efficace, mais aussi plus soucieuse du respect de l'autonomie des patients. Dans ce contexte, les patients et leur entourage font des efforts de compréhension et de réappropriation ; et, les soignants doivent eux aussi faire des progrès en terme de meilleure compréhension du contexte d'un exercice professionnel, qui ne se limite plus à un art, mais ne peut pas non plus se réduire à une prestation de service.

Dans ce contexte, il devenait important de connaître la vision des patients sur leur maladie, et leur vie quotidienne ; quand ils souffrent de cette maladie, emblématique de la santé mentale, qu'est la schizophrénie.

La législation la plus récente, en insistant explicitement sur le consentement a aussi implicitement favorisé la délivrance d'informations préalables à tout consentement. Mais, en psychiatrie, la situation est complexe car, si le consentement aux soins reste la règle, et la contrainte, quand le patient a une abolition de son discernement, l'exception, elle garde néanmoins son actualité et sa pertinence (en moyenne : 11% des hospitalisations en 1992, 13% des hospitalisations en 2002⁽¹⁾).

Objectifs et méthodologie de l'enquête

Objectifs de l'enquête

L'objectif de ce travail a été d'évaluer l'impact de la maladie schizophrénique sur les différents aspects de la vie quotidienne des patients. Mais, à une logique d'observation extérieure a été préférée une approche centrée sur le recueil et l'analyse de la perception des patients souffrant de pathologies schizophréniques.

Cette logique centrée sur les patients est assez novatrice, car elle les replace au centre de la réflexion, comme la loi, traduit cette volonté sociale, en les replaçant au centre du dispositif de soins. Ce travail est un pas de plus dans une évaluation par les patients du ressenti de la maladie.

Etude auprès de patients souffrant de pathologies schizophréniques

Comité Scientifique : Dr François Caroli*, Dr Philippe Raymondet**, Mme Casadebaig***, Mme Isard****.

Le questionnaire a été soumis pour information à l'UNAFAM et la FNAP-PSY.

Méthodologie de l'enquête

Le laboratoire JANSSEN-CILAG dans sa démarche de partenariat avec le monde de la santé, cherche à mieux connaître celui-ci dans le domaine des pathologies psychotiques, dont le potentiel en terme de handicap est important (10% seulement des patients, souffrant de pathologie schizophrénique, travaillent). La mise au point des questionnaires de cette enquête auprès de patients souffrant de pathologies schizophréniques, sa réalisation, et son analyse en première intention ont été faites par l'Institut BVA. C'est une population de 154 patients suivis régulièrement qui a été concernée. Chaque patient a été interrogé sur les thèmes de l'enquête au cours d'un entretien en face à face à l'hôpital. La période de l'enquête a été comprise entre le mois de juin 2003, et le mois de mai 2004.

Profil des répondants

Localisation

Dans cette enquête les sites hospitaliers choisis font que :

- 46% des patients étaient en Ile-de-France ;
- 54% des patients habitaient la province.

Sexe - Age

L'enquête a concerné 34% de femmes et 66% d'hommes.
La population des personnes interrogées s'est répartie, en terme d'âge, de la façon suivante :

- moins de 35 ans = 44%
- plus de 49 ans = 16%.

Activité professionnelle

Concernant l'activité professionnelle, seuls 17% des patients de cette enquête travaillaient (8% à plein temps et 9% à temps partiel) contre une très nette majorité des patients (83%), qui ne travaillaient pas, rappelant ainsi le potentiel de cette pathologie en terme de handicap. Ce que confirme l'élément complémentaire, qui est de savoir si, parmi les 83% de patients qui déclarent ne pas exercer d'activité professionnelle, quels sont ceux qui ont déjà exercé antérieurement une activité professionnelle ?

Or, force est alors de constater que parmi ceux pour lesquels la maladie ne leur permet plus d'exercer une activité professionnelle, 85% en exerçait une avant. C'est là encore étayer un peu plus encore la maladie comme cause d'une invalidité personnelle et sociale.

La situation financière des patients se répartit en 3 catégories :

- environ la moitié (49%) sont totalement pris en charge financièrement (famille, allocations...);
- environ un peu plus d'un quart (27%) bénéficient d'une allocation en plus de leurs propres revenus ;
- environ un peu moins d'un quart (23%) vivent au plan financier uniquement de leurs propres ressources.

C'est-à-dire que :

- la moitié des patients sont dépendants,
- seuls un peu moins d'un quart (23%) des patients vivent de façon totalement autonome, c'est-à-dire sans aide partielle ou totale, au plan financier.

Résultats d'ensemble

La maladie

La première information en matière de pathologie schizophrénique, qui semble dissonante avec la réputation d'ignorance des patients du diagnostic de leur maladie, montre que 82% de ces patients souffrant d'une pathologie schizophrénique savent tout à fait pourquoi ils sont à l'hôpital ; auxquels il convient d'ajouter les 16% qui déclarent le savoir, plus ou moins. C'est donc une infime minorité qui ne sait pas, ou refuse de se prononcer (2%). C'est-à-dire que pratiquement l'intégralité (98%) des patients, de cet échantillon, ont une idée sur les motifs de leur hospitalisation.

L'ancienneté de leurs contacts avec la psychiatrie est plus nuancée. En effet :

- 5 ans, ou moins de 5 ans, pour un peu plus d'un tiers (36%) ;
- plus de 5 ans pour un peu moins des deux tiers (63%).

Dans cette logique la moyenne de l'ancienneté du premier contact avec la psychiatrie remonte à 12 ans.

A ces données quantitatives, il faut ajouter une dimension plus qualitative sur « *le changement ressenti dans la vie de tous les jours depuis la maladie* ». Pour une majorité des patients (84%) la vie a changé depuis qu'ils sont malades. Ainsi, 53% d'entre eux vivent un changement radical « tout à fait », et 31% éprouvent un changement net « plutôt ».

Parmi ceux pour lesquels ce changement a été le plus net (53%) :

- 64% se sentent beaucoup mieux qu'avant suite au traitement ;

Vécu de la maladie

Tableau 1. En quoi votre vie a-t-elle changé ?
Base : A ceux dont la maladie a changé la vie (130 personnes)

J'ai des relations plus difficiles avec l'extérieur (je suis seul/tout le monde me déteste)	35%
Je ne travaille plus (j'ai abandonné mes études/c'est difficile pour assumer, trouver un travail)	25%
Je dois prendre des médicaments/les médicaments ont des effets secondaires	20%
Manque d'activité (je sors moins/je ne peux pas faire mes courses/je ne peux pas sortir avec des amis)	16%
Je suis angoissé	12%
Je suis trop, plus fatiguée/je suis apathique/je n'ai plus d'énergie	12%
J'ai dû partir à l'hôpital, je suis à l'hôpital de jour/je ne suis plus à domicile	11%
J'ai des idées noires, je suis fragile psychologiquement/je connais la frustration et le désespoir	10%
Je suis mal	7%
J'avais des délires/grandes hallucinations/j'ai des voix dans la tête	6%
Difficultés avec le quotidien	6%
Impression d'être diminué (je n'ai pas de permis, je ne suis pas libre, on me traite comme un enfant...)	5%
Je ne fais plus de sport/perte d'activités physiques	5%
J'ai moins de concentration	5%
Je ne dors pas la nuit/je suis insomniaque	2%
S/T changements négatifs	
Je vais mieux/je suis beaucoup mieux	12%
Ma relation avec les autres est mieux/les contacts avec les gens sont plus faciles	11%
Amélioration de l'état (plus grande autonomie, maturité, plus calme et stable, je vois moins la vie en noir...)	8%
Amélioration dans le travail	2%
S/T changements positifs	
Ce n'est plus comme avant	2%
Autres	5%
(nsp)	2%
Total supérieur à 100% car plusieurs réponses possibles	

- 59% sont totalement pris en charge financièrement.
 Parmi ceux pour lesquels il y a eu changement de leur vie (53%), les caractéristiques de leur vie modifiées sont :
 - parmi les changements négatifs, qui sont les plus souvent cités (« relations plus difficiles avec l'extérieur » pour 35%, « je ne travaille plus » pour 25%, et « je dois prendre des médicaments » pour 20%) ;
 - parmi les changements positifs, qui sont moins cités (« je vais mieux » pour 12%, « ma relation avec les autres est mieux » pour 11% et « amélioration de l'état » pour 8%). (Tableau 1)

Le traitement

La totalité de la population interrogée (patients hospitalisés en milieu spécialisé) prenait un traitement antipsychotique.
 La majorité (91%) des patients interrogés connaissaient les noms des médicaments qu'ils prennent.
 Les principales motivations que les patients revendiquent à propos de leur traitement sont :
 - « il est efficace et me permet d'aller mieux », pour 58% ;
 - « je suis obligé de le suivre », pour 38% ;
 - « pour avoir une vie équilibrée », pour 8% ;

coup mieux qu'avant pour 36%, et, plutôt mieux qu'avant pour 44%) ;
 - défavorables dans 8% ;
 - indifférentes dans 10% des cas.
 Pour ceux qui se sentent mieux, les effets positifs du traitement sont :
 - diminution des symptômes de la maladie, dans 61% des cas ;
 - stabilisation du comportement, dans 34% des cas ;
 - amélioration de l'état général, dans 31% des cas ;
 - augmentation de l'activité, dans 28% des cas ;
 - amélioration de la relation avec les autres, dans 25% des cas.
 Pour ceux qui se sentent moins bien qu'avant le traitement, les effets du traitement ressentis de façon négative sont : les effets secondaires du traitement, l'inefficacité du traitement, l'impossibilité de travailler...

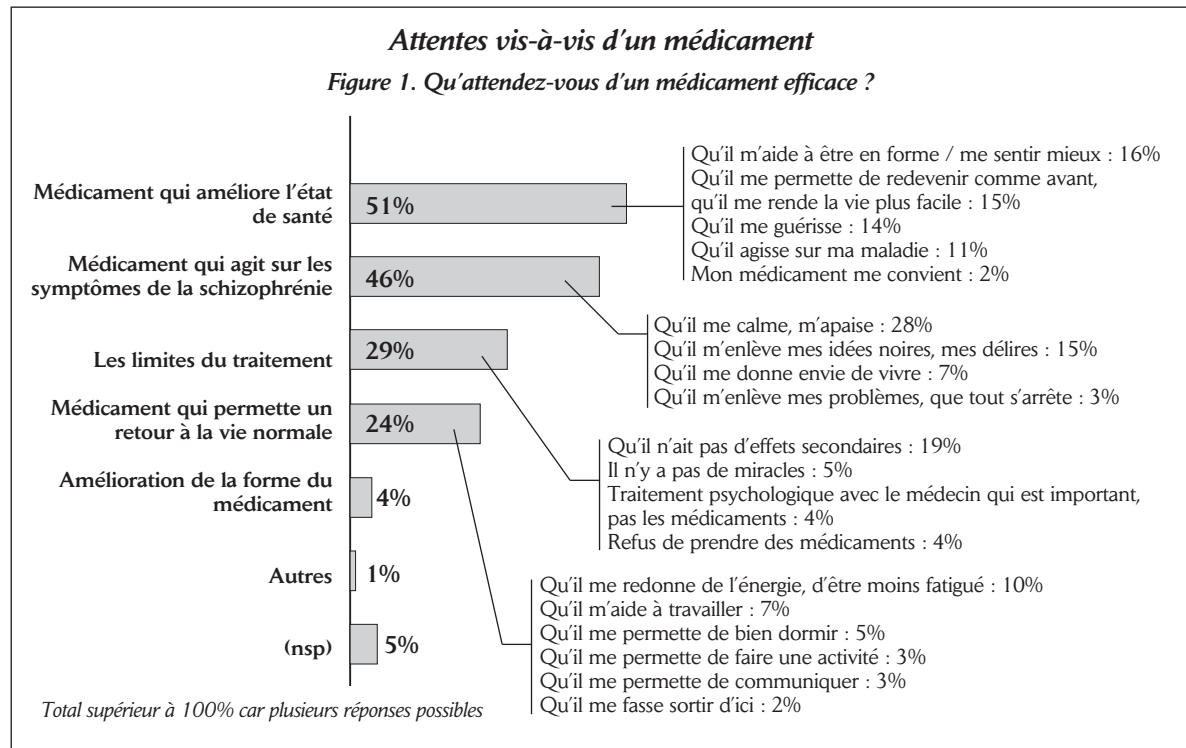
Les attentes vis-à-vis du traitement (« qu'attendez-vous vis-à-vis d'un médicament efficace ? »)

Devant une question de ce type la gamme élargie des réponses conduit à faire des regroupements :
 - 51% évoque le thème de l'amélioration de l'état de santé avec des réponses du type « qu'il m'aide à être en forme » (16%), « qu'il me permette de redevenir comme avant » (15%), « qu'il me permette de redevenir comme avant » (15%) ;

- d'amis, pour 79% d'entre eux ;
 - d'un compagnon ou d'une compagne, pour 16% d'entre eux ;
 - d'un conjoint ou d'une conjointe, pour 8% d'entre eux.
 Ces caractéristiques évoquent à la fois, l'importance pour les patients souffrant de pathologie schizophrénique de la famille, et les difficultés d'une vie de couple.
 D'autant que concernant les mêmes partenaires l'impression de se sentir aimé par ces différentes composantes de leur vie est ressentie de façon positive, concernant :
 - la famille, par 83% d'entre eux (contre 12% de façon négative) ;
 - les amis, par 93% d'entre eux (contre 5% de façon négative).
 De plus, 57% des patients pensent que la maladie a entraîné un changement dans les relations vis-à-vis d'eux (contre 40% qui n'éprouvent pas de changement). De façon complémentaire, concernant cette fois ceux qui éprouvent un changement, il leur apparaît comme un changement :
 - négatif pour une majorité de 32% d'entre eux ;
 - positif pour une minorité de 24% d'entre eux.
 Le sentiment amoureux est abordé avec trois perspectives. A la question : « l'êtes vous ? » 68% des patients répondent négativement, mais avec chez eux,

pour 38% d'entre eux ; un sentiment amoureux actuel pour 50% d'entre eux ; et, une vie sexuelle pour 43% d'entre eux.
 Parmi la majorité de ceux qui ne sont pas satisfaits, les raisons évoquées de l'insatisfaction de leur vie sexuelle sont :
 - ne pas avoir de vie sexuelle, pour 26% d'entre eux ;
 - ne pas avoir de compagne ou de compagnon, pour 25% d'entre eux ;
 - un plaisir physique défaillant, pour 19% d'entre eux ;
 - une vie sexuelle solitaire, pour 12% d'entre eux ;
 - des problèmes de libido, pour 10% d'entre eux ;
 - le refus d'une vie sexuelle, la maladie empêchant les relations, pour 10% d'entre eux.
 Si l'on demande à cet échantillon de patients souffrant d'une pathologie schizophrénique de se prononcer sur certains qualificatifs, ils répondent que :
 - fragile, est un qualificatif qui correspond bien à la situation qu'ils vivent pour 68% d'entre eux ;
 - tranquille, est un qualificatif qui correspond bien à la situation qu'ils vivent pour 64% d'entre eux ;
 - anxieux, est un qualificatif qui correspond bien à la situation qu'ils vivent pour 62% d'entre eux ;
 - plutôt en forme, est un qualificatif qui correspond bien à la situation qu'ils vivent pour 61% d'entre eux ;
 - apaisé, est un qualificatif qui correspond bien à la situation qu'ils vivent pour 60% d'entre eux ;
 - seul, est un qualificatif qui correspond bien à la situation qu'ils vivent pour 53% d'entre eux.
 De telles réponses évoquent la notion revendiquée de calme, mais la conscience de la fragilité et de la solitude de cet équilibre.

sur 10 déclarent connaître le nom des médicaments qu'ils prennent.
 Un quart des patients reconnaissent avoir des difficultés dans la prise de leur traitement (notamment par rapport aux effets indésirables et au nombre important de médicaments à prendre). Mais, ils ont, pour une grande majorité d'entre eux, ressenti des améliorations, au sens où 80% affirment se sentir mieux suite à la prise du traitement, dont plus d'un tiers (36%) beaucoup mieux. Les effets positifs évoqués sont :
 - la diminution des symptômes de la maladie,
 - la stabilisation du comportement,
 - l'amélioration de l'état général.
 Les effets négatifs sont surtout représentés par les effets secondaires des médicaments.
 Par contre, la vie sentimentale des patients souffrant d'une pathologie schizophrénique apparaît contrastée.
 En terme de vie affective, même si la maladie a changé les relations qu'ils avaient avec leur proche pour la moitié des personnes interrogées (changements d'ailleurs perçus plus négativement que positivement), la plupart des patients se sentent entourés et aimés que ce soit par leur famille ou par leurs amis.
 Concernant leur vie amoureuse :
 - 85% des patients sont ou ont été déjà amoureux, dont 30% qui le sont actuellement ;
 - près d'un tiers déclarent avoir une activité sexuelle ;
 - et, la même proportion semble satisfaite de leur vie sexuelle.
 A l'inverse, les patients qui expriment une insatisfaction de leur vie sexuelle l'expliquent par trois raisons majeures :
 - le fait de ne pas avoir de relations sexuelles ;
 - le fait de ne pas avoir de partenaire ;
 - un plaisir physique défaillant. ■



- « pour me soigner », pour 7% ;
 - « pour ne plus délirer », pour 5% ;
 - « pour éviter de rechuter », pour 5%.
 Ces déclarations des patients mettent en évidence :
 - la contrainte continue d'exister comme une dimension importante (pour 38%) ;
 - la différence conséquente entre les deux premiers motifs de prise du traitement (58% et 38%) et les autres ;
 - les motifs favorisés des soignants (« pour me soigner », « pour ne plus délirer », « pour éviter de rechuter ») sont beaucoup moins cités. Ce qui permet de conclure que les motifs de prise d'un traitement ne sont pas réappropriés par les patients dans les mêmes termes. Les patients qui ne rencontrent pas de difficulté dans la prise régulière du traitement sont nettement majoritaires (81%).
 Parmi la minorité (16%) qui rencontre des difficultés dans la prise régulière du traitement, les difficultés les plus fréquemment citées sont : les effets indésirables, et le nombre de médicaments à prendre.

Les répercussions du traitement

A la question : comment vous sentez-vous aujourd'hui à la suite de ce traitement ? Les réponses sont :
 - favorables dans 80% des cas (beau-

- 46% évoque le thème du médicament qui agit sur les symptômes de la schizophrénie avec des réponses du type « qu'il me calme, m'apaise » (28%), « qu'il m'enlève mes idées noires, mes délires » (15%) ;
 - 29% évoque les limites du traitement avec des réponses du type « qu'il n'ait pas d'effet secondaire » (19%), « il n'y a pas de miracle » (5%) (Figure 1).
 L'intention de prendre un traitement par injection (abordée par la question : « au cas où un traitement serait efficace seriez-vous prêt à le prendre par injection ? » entraîne une réponse :
 - négative dans 51% des cas ;
 - positive dans 44% des cas.
 Mais il est nécessaire d'essayer de compléter cette réponse par les caractéristiques principales de ces deux types de réponders. Les réponders défavorables se caractérisent par deux faits : provinciaux pour 59% d'entre eux, et vivant de leurs propres ressources pour 56% d'entre eux. Les réponders favorables se caractérisent par deux faits : moins de 35 ans pour 52% d'entre eux, et habitant l'Île-de-France pour 49% d'entre eux (Figure 2).

La vie intime

La vie sociale est approchée dans ses composantes par l'existence :
 - d'une famille, pour 94% d'entre eux ;

un passé de sentiments amoureux dans 79% des cas et, parmi ceux-ci un projet de l'être à nouveau pour 65% d'entre eux.
 La vie sexuelle est abordée en terme :
 - d'activité sexuelle, avec une majorité des deux tiers (66%), qui répondent qu'ils n'ont pas d'activité sexuelle ;
 - et de satisfaction de la vie sexuelle, avec 49% qui se déclarent non satisfaits, et 31% qui se déclarent satisfaits. Parmi la minorité de ceux qui sont satisfaits, ils se différencient par : un âge de 50 ans ou plus, pour 48% d'entre eux ; un premier contact avec la psychiatrie il y a 5 ans ou moins

Conclusions

Il faut d'abord souligner la lucidité des patients vis-à-vis de leur maladie. En effet :
 - plus de 80 % des patients savent tout à fait pourquoi ils sont suivis dans un centre hospitalier ;
 - et 85% des patients reconnaissent que leur vie quotidienne a changé depuis la déclaration de leur maladie.
 La nature des changements ressentis est surtout négative avec des thèmes comme : l'isolement et la dégradation des relations avec l'extérieur (35%), la perte d'un travail ou le fait de ne pas pouvoir travailler (25%), l'obligation de la prise de médicament (20%), le manque d'activités (16%).
 Dans ce contexte, 58% des patients parlent spontanément de l'efficacité de leur médicament qu'ils décrivent comme les aidant et leur permettant d'aller mieux.
 Si une majorité des patients se définissent positivement comme tranquille, apaisé et plutôt en forme, le tableau vécu est contrasté car ils admettent cependant être fragiles, anxieux, seuls et malades.
 Le traitement est globalement bien perçu par des patients qui, dans ce travail, sont tous actuellement sous traitement médicamenteux. Et, 9 patients

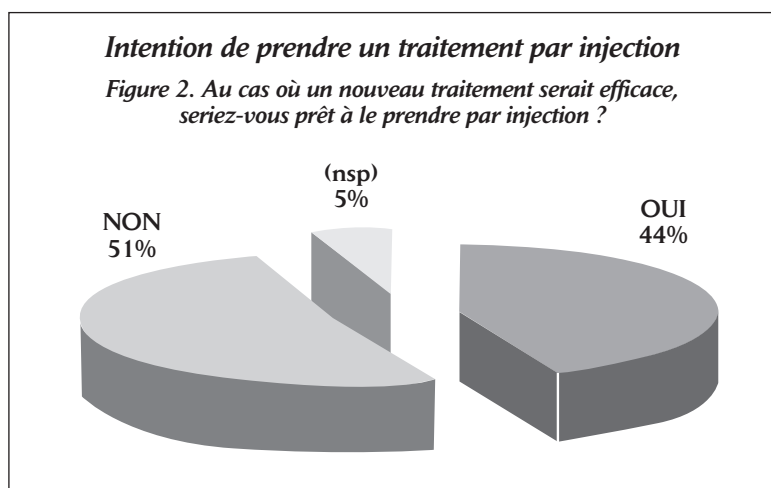
Dr Bernard LACHAUX

Psychiatre des Hôpitaux - Chef de Service, E.P.S. Paul Guiraud, 54 avenue de la République, 94806 Villejuif Cedex.

*CH Sainte-Anne, 75014 Paris.
 **CMP, 83000 Toulon.
 ***INSERM.
 ****CMP Jean Wier, 92150 Suresnes.

Liste des médecins et des Centres ayant participé à cette enquête :

- ANTONIOL Bernard, CHS Charles Perrens, CMP, 1 rue Frédéric Joliot-Curie, 33700 Mérignac
- CAHEN Evelyne, CMP, 2 rue de Médeville, 54000 Nancy
- CAROLI François, CH Sainte-Anne, 75674 Paris cedex 14
- FOUILLET Michel, CH Sainte-Anne, CMP, 23 rue Tiphaine, 75015 Paris
- GERMAIN Christine, CH Coërentin Célton, Service du Dr Béatrice Beauflis, 92133 Issy-les-Moulineaux cedex
- GIRAUD BARO Elisabeth, CHS, 38521 Saint-Egrève cedex
- GIRAUDON Isabelle et BOITEUX Catherine, CMP, Hôpital de jour, 11 rue Tisserand, 75015 Paris
- LE BORGNE Michèle, CMP, 18 rue Alexandre Nereau, 91120 Palaiseau
- LEGUAY Denis, CH Césame, Sainte-Gemmes sur Loire, 49137 Les Ponts de Cé cedex
- MAUREL Murièle, CH Sainte-Marguerite, 13274 Marseille cedex 9
- PON Joël - Clinique de Montberon, 31140 Montberon Aucamville
- RAYMONDET Philippe, CMP, 4 rue d'Antrechaux, 83000 Toulon
- ROSSI Camille, CHI Toulon-La Seyne sur Mer, 83056 Toulon cedex
- SEGALAS Béatrice, EPS Erasme, 92160 Antony
- VIDON Gilles, EPS Esquirol, 94229 Saint-Maurice cedex
- WALKOWICZ Jolanta, Secteur 6, CMP, 2 rue Saint-Léonard, 49000 Angers



LIVRES ET REVUES

Le corps, entre sexe et genre

Sous la direction de Hélène Rouch, Elsa Dorlin, Dominique Fougeyrollas-Schwebel
L'Harmattan, 15 €

La majorité des textes présentés dans ce livre sont issus de la journée d'étude « *Entre sexe et genre, où est le corps ?* » organisée le 19 novembre 2004 par le CEDREF / Université Paris 7 Denis Diderot.

L'objectif de la journée était de revenir, au vu des aboutissements théoriques actuels, sur la question de la matérialité du corps : comment faire émerger des problématiques qui lui donneraient sens, qui permettraient d'échapper au verrouillage de la pensée opéré aussi bien par l'opposition nature/construit (découlant de l'opposition essentialisme/matérialisme) que par l'affirmation « *rien n'est naturel, tout est construit* ».

Le débat sur la distinction entre sexe (biologique) et genre (social), sur l'utilisation du concept de genre pour rendre compte d'un rapport de domination, et sur la construction-déconstruction du sexe biologique qui s'en est suivie, a amené à des positions de plus en plus abstraites de la matérialité des corps.

L'idée est de cerner comment et jusqu'ou les corps sont pris avec le sexe et le genre dans un carcan catégoriel ; non pas de sortir du dilemme nature/construit, mais d'y reconnaître et d'y travailler les tensions et les contradictions, avec l'espoir d'en faire surgir des dynamiques à même de venir à bout de quelques unes de nos impasses théoriques et politiques.

Passer à l'acte

Imaginaire et inconscient 2005,

N°16

L'Esprit Du Temps, 21 €

Dans ce numéro, grâce au concours de nombreux intervenants : psychanalystes, psychothérapeutes, juristes, sont présentées les déclinaisons du « *passer à l'acte* » violent et destructeur telles que le suicide, les maltraitances, les conduites addictives, les effractions, les troubles du comportement aux difficultés de passer à l'acte dans les conduites amoureuses, puis sont abordés les passages à l'acte plus constructifs tels la création artistique ou littéraire. Sont abordés également les *acting out* ou *acting in* pouvant surgir dans une cure analytique.

L'infection liée aux soins : stratégies de maîtrise des infections nosocomiales

Marie-Laure Joly-Guillou et Bernard Régnier

Editions BioMérieux, 40 €

Les éditions BioMérieux publient un livre d'épidémiologie bactérienne et clinique qui détaille les stratégies de maîtrise des infections nosocomiales à l'hôpital. Accompagné d'un CD-ROM, ce livre vise à délivrer des informations pratiques de terrain, des expériences tirées du quotidien ainsi que des données récentes sur la lutte contre les infections nosocomiales. Il débute par un questionnaire d'auto-évaluation puis détaille les aspects cliniques et organisationnels de la lutte contre les infections nosocomiales, la microbiologie et le contrôle de la diffusion des bactéries multirésistantes ainsi que les techniques de gestion des épidémies.

Illustré de schémas, tableaux et photos des mises en situation grâce à l'étude de quatre cas d'épidémie en unité de soins sont proposées.

En annexe, des fiches expliquent les méthodes d'isolement des bactéries multirésistantes, le circuit de signalement et d'information et la technique de communication.

La clinique est riche de situations où se superposent diverses pathologies et autant de champs thérapeutiques. Dans ces situations, s'intriquent les symptômes somatiques, psychiques et les effets « secondaires » des traitements utilisés.

A ce propos, l'actualité se porte sur la situation de certains patients au centre d'un large dispositif de soins. Patients qui se trouvent souffrir de troubles psychiatriques et, également, des conséquences d'infections virales VIH et VHC.

Ces pathologies infectieuses sont repérées pour favoriser des troubles psychiques, principalement des troubles de l'humeur, mais qu'en est-il des effets neuro-psychiatriques des traitements antiviraux ? Ces derniers n'ont pas tous bonne réputation à ce sujet !⁽¹⁰⁾

Il apparaît actuellement évident que l'utilisation des multi-thérapies antivirales pour le VIH ou le VHC a permis de réduire mortalité et morbidité liées au SIDA ou à l'hépatite C chronique. Pourtant, la prise en charge des patients co-infectés VIH/VHC continue à poser problème. Il ne fait pas mystère que l'hépatite C chronique est trop négligée chez les patients infectés par le VIH⁽¹⁾. Pour quelle raison les psychiatres seraient-ils interpellés à ce sujet ?

Lors de co-infection VIH/VHC, la vitesse de progression de la fibrose hépatique est multipliée par un facteur entre quatre et dix par rapport à celle dans l'infection par le virus VHC seul⁽²⁾. Il est comptabilisé jusqu'à trois cent décès, par an, en France, des suites d'une cirrhose virale C. Tout traitement, permettant de contrôler l'hépatite C chronique, chez un patient contaminé par le virus du SIDA devient donc une priorité thérapeutique.

De multiples raisons pourront être invoquées pour expliquer que les soins, reconnus efficaces, aient du mal à atteindre la population cible.

On pourra noter que la population des patients co-infectés VIH/VHC est principalement recrutée parmi les personnes ayant consommé des drogues par voie intraveineuse^(2,3).

La conférence de consensus sur le traitement de l'hépatite C recommande une grande prudence en cas d'antécédent psychiatrique⁽⁴⁾.

Mais, cette population n'est elle pas particulièrement exposée à des troubles psychiatriques ? Dans quelle mesure peut-on refuser un traitement efficace contre l'hépatite C à un patient présentant des troubles psychiatriques ? Dans la population des consommateurs de drogues, la co-morbidité des troubles psychiatriques est importante. Troubles anxieux, troubles du sommeil, troubles de l'humeur, comportement destructif et/ou violent et abus d'alcool sont fréquents.

Chez les patients suivis pour une toxicomanie, il a été rapporté la présence de troubles de l'humeur (5 à 72%), de troubles anxieux (4 à 32%), de troubles de la personnalité (14 à 96%), et de troubles psychotiques (15 à 20%)⁽⁵⁾. 30% des adultes jeunes ayant un trouble bipolaire font des abus de drogues ou d'alcool⁽⁶⁾. Entre 30 et 50% des patients admis en psychiatrie ont des problèmes d'abus de substances⁽⁷⁾. Ainsi, il est logiquement retrouvé que les patients ayant des pathologies psychiatriques lourdes sont plus touchés par l'infection VHC que la population générale^(3,8).

Si on ajoute à ces éléments, apportés par la littérature, qu'il a été observé une prévalence plus importante d'antécédents psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux) dans la population infectée par le VHC que dans la population générale⁽⁸⁾, on s'attend à ce que les psychiatres soient fréquemment amenés à rencontrer des patients infectés par ce virus.

Il sera donc légitime que les cliniciens qui suivent ces patients se familiarisent avec les problématiques spécifiques des infections VIH et VHC et puissent inter-

Nécessaire implication des psychiatres dans le traitement des co-infections VIH/VHC

venir pour faciliter ou non, en connaissance de cause, l'accès aux traitements antiviraux.

Le traitement de l'hépatite C repose sur l'association d'interféron (interféron alfa 2a ou 2b) et Ribavirine (Rébétol). Chimiothérapie efficace, elle permet la guérison de l'infection dans 30 à 50% des cas et elle agit, plus fréquemment encore, sur l'inflammation et la fibrose hépatique (58 à 80% des cas)⁽²⁾.

Mais les effets secondaires neuro-psychiatriques qui accompagnent ce traitement en limite l'utilisation.

Les manifestations psychiques les mieux connues sont des troubles de l'humeur (dépression sévère, hypomanie), pensées suicidaires et tentatives de suicide^(2,9,10). Leur survenue est précédée d'une irritabilité importante, d'insomnie et « *d'idées noires* ».

L'asthénie, l'insomnie et l'anxiété sont des signes très fréquemment retrouvés (50%) en dehors d'un syndrome dépressif confirmé.

Des passages à l'acte hétéro-agressif et des décompensations d'allure psychotique ont également été décrites⁽¹¹⁾.

La fréquence de la co-morbidité psychiatrique dans la population cible et les effets secondaires neuro-psychiatriques du traitement justifient la prudence recommandée par la conférence de consensus.

Pourtant, les publications ne laissent pas apparaître que l'existence d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, en particulier : dépression, tentative de suicide, conduites addictives, soit clairement identifiée comme facteur de risque de survenue de trouble thymique sous traitement⁽¹²⁾.

Les connaissances actuelles justifient donc de soutenir, voir d'encourager, l'accès aux traitements de l'hépatite C pour les patients co-infectés suivis pour des troubles psychiatriques ou des conduites addictives⁽¹²⁾.

Pour les patients déjà suivis par un psychiatre, ce dernier sera le mieux placé pour repérer et traiter avant le début du traitement de l'hépatite, les troubles de l'humeur.

Tout patient ayant des antécédents de trouble de l'humeur devra pouvoir bénéficier d'un traitement prophylactique⁽¹³⁾.

La vigilance doit être maximale pendant les trois premiers mois du traitement, passée cette période l'apparition d'effets secondaires psychiatriques est très rare⁽⁹⁾.

Le dépistage précoce et la prise en charge spécifique des manifestations psychiatriques favorisent l'observance qui influence de façon significative les chances de guérison⁽¹⁴⁾.

Il faudra rechercher les symptômes d'alerte : irritabilité importante, insomnie, idées noires.

Devant ces signes, il est préférable d'utiliser, dans un premier temps et sur une courte durée, des inducteurs du sommeil (Zolpidem 10 mg) un anxiolytique (Lorazepam 1 à 7,5 mg, Bromazepam 1,5 à 6 mg) ou un hypnotique (Alimemazine 5 gouttes le soir puis ajuster de 5 en 5).

Devant un tableau complet de dépression un traitement antidépresseur sera initié. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont les molécules les plus maniables et les mieux tolérées⁽¹⁵⁾.

L'utilisation de neuroleptique à faible dose (amisulpride 160 mg/j) a permis de contrôler avec succès aussi bien des dépressions que des épisodes hypomaniaques où les symptômes d'irritabilité, d'impulsivité, de labilité de l'humeur étaient importants.

De nouvelles molécules comme l'olan-

zapine ou l'oxcarbazépine seront utilisables si les risques d'interaction sont bien vérifiés⁽¹⁰⁾.

En présence de signe de sévérité des troubles psychiatriques (tentative de suicide, symptomatologie psychotique aiguë), l'interféron pourra être poursuivi, si il existe une collaboration étroite entre hépatologue et psychiatre et une hospitalisation permettant une surveillance stricte.

Conclusion

Eu égard à la fréquence de l'association de ces pathologies, la prise en compte, par les psychiatres, de l'importance de leur intervention avant et pendant le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients à risque devrait favoriser l'accès aux soins pour la population co-infectée VIH/VHC. Les effets des interférences entre les traitements psychiatriques et les traitements pour les pathologies VIH-VHC pourront être considérablement réduits voire évités en respectant les préconisations ci-dessus développées et en instaurant une bonne collaboration entre les psychiatres et les spécialistes des pathologies VIH-VHC. ■

Dr. Christian ILIE

Service du Dr. Malapert, Hôpital Henry EY, 75013 Paris.

Bibliographie

- (1) BENKIMOUN P, *La difficile prise en charge des hépatites chez les séropositifs*, Le Monde, 15 septembre 2005.
- (2) SALMON-CERON D and others, *Liver disease as a major cause of death among HIV infected patients: role of hepatitis C and B viruses and alcohol*, Journal of hepatology, 2005, 42, 6, 799-805.
- (3) AUMAÏTRE H et al, *Co-infection VIH-VHC : quelle prise en charge*, Antibiotiques 2004, 6, 151-163.
- (4) ROSENBERG SD, GOODMAN LA, et al., *Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness*, American Journal of Public Health, issue 2001, 131-37.

(4) *Traitement de l'hépatite C. Quel consensus ?* Professeur Daniel Dhumeaux, Hôpital Henri Mondor, 2004, Créteil France.

(5) MAREMMANI I, *Dual Diagnostic Heroin Addicts. The clinical and therapeutic aspect*, Heroin Addicton and Related Problems 2003, 5, 2.

(6) CORCOS M, *Les dépressions à l'adolescence*, Paris, 2005, Dunod.

(7) FARGES F., *Toxicomanie et troubles mentaux, revue critique de la littérature*, Psychotrope 1996, 3.

(8) CASTERA L et al., *Manifestations psycho-comportementales et psychiatriques au cours de l'hépatite chronique C*, in: PAWLOTSKY JM, DHUMEUX D, eds. L'hépatite C, Paris, EDK, 2004, 333-60.

(9) HORIKAWA N et al., *Incidence of major depression in patients with hepatitis C*, Am. J. Psychiatry 2003, 25, 34-8.

DIEPERINK E et al., *A prospective study of neuropsychiatric symptoms associated with interferonalpha and ribavirin therapy*, Psychosomatics 2003, 44, 104-12.

(10) LANG JPH et al, *Prise en charge psychiatrique des patients co-infectés par le VIH et le VHC : du bon usage des psychotropes*, Le courrier des addictions 2005, 7, 1.

(11) CASTÉRA L, *Abords psychologiques et psychiatriques des patients atteints d'hépatite chronique C*, Optimed eds. 2005.

(12) SCHAEFER M et al., *Adherence and mental side effect side effect during hepatitis C treatment with interferon-alpha and ribavirin in psychiatric risk group*.

(13) The American Psychiatric Association, policy document approved, november 2004, *Psychiatric implication of HIV/HCV Co-infection position statement*, E-mail : apa@psych.org

(14) CASTÉRA L et al., *Side effect during peginterferon and ribavirin treatment: impact on adherence and response to antiviral therapy* (abstract), Gut 2004, 53, Suppl VI, A29.

(15) DALGARD O et al., *Health-related quality of life in active injecting drug users with and without chronic hepatitis C virus infection*, Hepatology 2004, 39, 74-80.

(16) OREFICE C et al., *Prise en charge des patients atteints d'hépatites C. Choix d'antidépresseurs adaptés*, Synapse 162, 43-51.

(17) GALPÉRINE T et al., *Tolérance et interactions médicamenteuses des traitements anti VIH et anti VHC*, Médecine et maladies infectieuses 2005, 35, 135-140.

Simone Veil, Claude Evin, Gérard Bapt et Bernard Debré rejoignent le conseil d'administration de la Fondation Eisai

La Fondation Eisai qui oeuvre pour l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes âgées, a ouvert son conseil d'administration à de nouvelles personnalités du monde politique et de la santé. Cette Fondation a été créée par le laboratoire pharmaceutique japonais Eisai qui est notamment spécialisé en neurologie et commercialise Aricept® (donépézil) en co-promotion avec Pfizer. Elle s'est également fixée comme objectif de développer les liens entre les générations et organise « *le partage des connaissances sur les maladies neurodégénératives* ».

Le collège des personnalités qualifiées du conseil d'administration va accueillir Simone Veil, membre du Conseil constitutionnel, ancienne présidente du parlement européen et ministre d'Etat, Claude Evin, député PS de Loire Atlantique et président de la Fédération hospitalière de France (FHF), le Pr Bernard Debré, député UMP de Paris, urologue de l'hôpital Cochin-Saint-Vincent de Paul (Assistance publique-Hôpitaux de Paris), et Gérard Bapt, député PS de Haute-Garonne. Le Pr Serge Bakchine, chef du service de neurologie du CHU de Reims, et le Pr François Clarac, directeur de recherche au CNRS et neurobiologiste de l'Université de la méditerranée à Marseille rejoignent également le conseil d'administration.

La fondation comptait déjà dans son collège des personnalités qualifiées comme le Pr Françoise Forette, directrice de la Fondation nationale de gérontologie, Emmanuel Hirsch, responsable de l'Espace éthique de l'AP-HP, Jean-Marc Orgogozo, chef du service de neurologie du CHU de Bordeaux, et Jacques Touchon, chef du service de neurologie du CHU de Montpellier, et président de la Fédération de neurologie et de l'Institut Alzheimer. Le conseil d'administration se compose, par ailleurs, de représentants d'Eisai France : le Dr Paul Cadre, président de la Fondation et président d'Eisai France, Dr Françoise Duvéau, directrice médicale du laboratoire, Satoshi Suzuki, directeur général, Martine Seror, assistante de direction et Sylvia Senna, responsable des services généraux. ■

P.C.

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



CENTRE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD VILLEJUIF (94)

Recherche

2 Praticiens Hospitaliers Psychiatres à temps partiel
+ **1 Praticien Hospitalier Psychiatre** à temps plein
pour le secteur 92G13 (St Cloud, Garches)

Joindre le Dr Ph. LASCAR ▶ Tél. : 01 42 11 70 95



LE CENTRE HOSPITALIER DE NEMOURS

77796 NEMOURS CEDEX
(Seine-et-Marne)
(70 km de Paris par
l'Autoroute A6)

Recrute

**Pédo Psychiatre
temps plein et
temps partiel
sur postes vacants
(intersecteur 77 I 03)**

Exercice principal en CMP,
Possibilité activité
complémentaire mi-temps en
IME à Fontainebleau
(convention 66).

Renseignements :
Bureau des Affaires Médicales
Tél. 01.64.45.19.08
Docteur Yannick FRANÇOIS
(Chef de service)
Tél. 01 64 45 24 75

LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

Recherche

Psychiatre temps plein
Ou médecin généraliste (expérience en psychiatrie)
Poste à pourvoir immédiatement
Pour son Unité d'accueil des urgences psychiatriques (8 lits)
Au sein du service d'Accueil des Urgences

Renseignements : Dr BAZIN, Chef de Service
Tél : 03 26 78 76 03

Candidatures et CV à adresser à :

• Mme le Directeur Général du CHU de Reims,
23 rue des Moulins, 51092 Reims Cedex

Et à :

• la Direction des Affaires Médicales, Mme Nathalie BECRET,
Directeur
Tél : 03 26 78 74 44
E-mail : nbecret@chu-reims.fr

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Nous recherchons des

MEDECINS SPECIALISES EN PSYCHIATRIE

pour poursuivre la montée en charge de la deuxième procédure
d'accréditation/certification des établissements de santé orientée vers
le service médical rendu dans les établissements

Votre profil :

- Vous êtes psychiatre.
- Vous exercez en établissement de santé privé ou public.

Votre parcours professionnel :

- Vous avez une expérience professionnelle d'environ 10 ans, dont les 3 dernières années en établissement de santé privé ou public.
- Vous êtes fortement impliqué dans des responsabilités à caractère transversal au sein de votre établissement de santé.
- Vous avez conduit des projets d'amélioration continue de la qualité.

Vous serez l'ambassadeur de la Haute Autorité de santé chargé d'assurer,
après formation, les visites des établissements de santé prévues par les
dispositions législatives et réglementaires créant l'accréditation.

Modalités de dépôt des candidatures

Un dossier de candidature est à demander par téléphone au 01 55 93 72 53,
par téléchargement sur le site de l'agence www.has-sante.fr

ou par courrier :

Haute Autorité de Santé, Direction de l'Accréditation
Sélection des Experts-Visiteurs, 2 avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis la Plaine Cedex

L'E.M.PRO. LA PLAINE DU MOULIN

accueillant 45
adolescents déficients
intellectuels légers et
moyens avec ou sans
troubles associés

Recherche

Psychiatre à 0,28 ETP

(soit 10h30/semaine,
présence jeudi 13h30-18h00
indispensable)
CC 1966 - Orientation
psychanalytique demandée

Adresser CV et
lettre de motivation à
Mme la Directrice de
l'EMPRO, Allée de Montfort
78190 TRAPPES
Tél. : 01 30 51 13 08

URGENT

LE CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE SARREGUEMINES

(MOSELLE)

Recherche

2 PRATICIENS CONTRACTUELS
Secteur Psychiatrie Adulte (57G11)

1 PRATICIEN CONTRACTUEL
Intersecteur Psychiatrie Infanto-Juvenile (57I04)

Rémunération 4ème échelon majoré de 10%
Possibilité de logement
2 à 3 gardes mensuelles rémunérées en tant que telles

Adresser candidature + CV + copies
du Doctorat en Médecine et du DES de psychiatrie à :
Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Spécialisé
BP 10629 - 57206 Sarreguemines Cedex

L'établissement public de santé de Maison Blanche recrute

PSYCHIATRE

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, échanges avec les partenaires
du XVIIIème arrondissement, orientation, travail d'équipe,
formation et information

L'équipe sera constituée de 2 psychiatres temps partiel,
2 infirmiers temps plein, 1 assistante sociale temps plein,
1 secrétaire temps partiel



Contacteur :
Mr le docteur Jacques JUNGMAN
Chef de service
Tél : 01.42.26.36.51

FONDATION EDITH SELTZER

Centre Médical Chantoiseau



Briançon, Serre-Chevalier, Alpes du Sud

Recrute en CDI à plein temps (35h) ou temps partiel

Un Psychiatre

Responsable des services de Soins de Suite et de
Postcure Psychiatriques de 40 lits adultes
dans un établissement de 254 lits.

Astreintes facultatives
Etablissement PSPH – Certifié HAS V.2 en Novembre 2005
Convention de 1951



Renseignements

Dr François BACH – Directeur : tel. 04 92 25 31 53
Adresser lettre et CV à Chantoiseau

118 route de Grenoble • 05107 BRIANÇON cedex

Site : <http://www.chantoiseau.org>

Email : direction@chantoiseau.org

LIVRES ET REVUES

L'être-bébé**Les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse et à la phénoménologie**

Bernard Golse

Presses Universitaires de France, 30 €

Bernard Golse montre en quoi l'étude du bébé apparaît réellement comme l'exploration d'un nouveau monde. Il montre comment le corps du bébé se trouve, aujourd'hui, au cœur de nos réflexions et comment il offre une sorte de « voie royale » quant à l'approche et à la compréhension des processus de subjectivation, de symbolisation, de sémiotisation et de sémantisation dans l'espèce humaine.

Il envisage, ensuite, les principaux acquis de psychiatrie du bébé pour terminer, enfin, en disant quelques mots de la psychiatrie périnatale dont l'essor considérable, à l'heure actuelle, permet sans doute de frayer un chemin entre la psychanalyse et la théorie de l'attachement.

La psychologie du raisonnement**Recherches expérimentales par l'hypnotisme**

Alfred Binet

Introduction de Bernard Andrieu et Serge Nicolas

L'Harmattan, 20,50 €

Il s'agit du premier livre écrit par Alfred Binet lorsqu'il était à la Salpêtrière dans le service de Jean-Martin Charcot.

Celui qui semble l'y avoir introduit est son ami Charles Féré à qui il a dédié le livre et avec qui il écrira, en collaboration l'année suivante, un ouvrage sur le magnétisme animal. Binet s'attaque ici au problème du raisonnement qu'il compte élucider par l'appel à la pathologie ; il suit en cela la perspective initiée par Théodule Ribot.

L'esprit est une chose qui raisonne et le raisonnement est une organisation d'images : voilà la thèse. Afin d'étudier le raisonnement il va s'appuyer sur l'acte de perception car, pour lui, toute perception ressemble à une conclusion de raisonnement ; elle contient, comme la conclusion logique, une décision, une affirmation, une croyance, relatives à un fait qui n'est pas connu directement par les sens.

Elle est, en d'autres termes, une transition d'un fait connu à un fait inconnu. Le raisonnement logique suppose trois termes. De même que le raisonnement, la perception est impossible sans trois images.

Les droits de l'enfant

Isabelle Corpart

Actualités Sociales Hebdomadaires

Supplément au n°2446 du

10 mars 2006

Pendant longtemps, la protection de l'enfant est apparue comme relevant de la sphère privée. Cependant, les mutations familiales et la montée de l'individualisme ont rendue nécessaire l'adoption de dispositions protectrices sans pour autant déresponsabiliser les familles. Comme le rappelle le préambule de la Convention internationale des droits de l'enfant, c'est d'abord aux parents de veiller à ses droits, mais s'ils sont défaillants ou en difficulté, la société doit prendre le relais. L'Etat, l'école, les organismes sanitaires ou la justice vont conjuguer leurs efforts pour offrir à l'enfant les soutiens nécessaires.

Des instances sont créées spécialement. Par la loi du 6 mars 2000, le Défenseur des enfants, autorité indépendante et « interlocuteur privilégié », est chargé de défendre et de promouvoir les droits de l'enfant consacrés par la loi ou par

un engagement international régulièrement ratifié ou approuvé. Il reçoit les réclamations individuelles des mineurs ou de leurs représentants légaux. Sa mission s'apparente à de la conciliation, car il a vocation à formuler des recommandations en vue de régler les réclamations en droit ou en équité. L'enfant peut aussi s'adresser à un juge des enfants, être jugé par un tribunal pour enfants, défendu par un avocat de la jeunesse et peut s'informer de ses droits devant des associations qui relaient ses droits.

D'autres textes s'appliquent aux enfants de l'Union européenne. Le Conseil de l'Europe contribue activement à la promotion des droits des enfants par des conventions comme la Convention européenne sur l'exercice des droits des enfants du 26 janvier 1996 ou par des recommandations, dont la recommandation n°1121 du 1^{er} février 1990, préconisant la désignation, dans chaque Etat, d'un médiateur des enfants chargé de les informer sur leurs droits, de les conseiller ou d'intervenir, voire d'ester en justice en leur nom.

En outre, les enfants, tout comme les adultes, peuvent invoquer directement la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950. Elle mentionne, notamment, le droit à la liberté de mouvement, de pensée et de religion, l'interdiction de tout traitement inhumain ou dégradant, le droit d'être entendu équitablement par un tribunal indépendant et impartial, le droit à la vie privée et familiale.

Depuis le 1^{er} mars 2005, les décisions

judiciaires en matière de responsabilité parentale sont reconnues à travers l'Union européenne en application du règlement (CE) n°2201/2003 du 27 novembre 2003. L'objectif de ce nouveau règlement, relatif à la compétence, la reconnaissance et l'exécution des décisions en matière matrimoniale et en matière de responsabilité parentale, est de créer un espace judiciaire commun dans le domaine du droit de la famille afin d'améliorer la situation des enfants après la séparation de leurs parents : faciliter le maintien des contacts avec les parents, même vivant dans des Etats membres différents et mettre fin au problème des enlèvements parentaux.

Psychanalyse et neurosciences face à la clinique de l'autisme et du bébé

Cahiers Préaut n°2

Sous la direction de Graciela C.

Crespin

L'Harmattan, 15,50 €

Ce deuxième numéro des Cahiers de Préaut aborde l'actualité des recherches en cours autour de l'étiologie et du traitement de l'autisme, ainsi que les débats qu'elles suscitent.

On y trouve les aspects génétiques par A. Munnich, les résultats de l'IRM fonctionnelle par B. Golse, les aspects biologiques par J. Tordjman.

La partie centrale de ces Cahiers est consacrée à un certain nombre d'observations cliniques commentées et signées par les équipes qui en ont assuré le suivi.

Baromètre santé : une minorité des personnes dépressives consulte

Une minorité (38,3%) parmi les personnes dépressives a consulté au cours de l'année 2005, selon la dernière édition du baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Pour ce volet 2005 du baromètre santé, l'Inpes a interrogé 30 000 personnes entre le 14 octobre 2004 et le 12 février 2005.

Les résultats montrent que 7,8% des Français interrogés ont rapporté, au cours des 15 derniers mois, un épisode dépressif caractérisé (évalué à partir d'une échelle standardisée, la CDISHort form, qui permet d'estimer les cas probables de troubles mentaux). Les femmes semblent deux fois plus concernées par ce trouble que les hommes (10,4% contre 5,2% chez les hommes).

Dans la majorité des cas, il s'agit d'épisodes moyens ou sévères (7%) et d'épisodes récurrents ou chroniques (5%). L'analyse en fonction de l'âge montre que ce sont les personnes de plus de 55 ans qui présentent le moins d'épisodes dépressifs (5,5% contre 8,6% chez les moins de 25 ans). Les groupes des 15-24 ans et des 25-34 ans présentent des taux d'épisodes dépressifs caractérisés identiques et relativement élevés (8,5%). La proportion de dépressifs est la plus élevée chez les 35-44 ans (9,5%). Mais seule une minorité de personnes dépressives déclare avoir consulté pour raison de santé mentale au cours de l'année (38,3%). Ce sont les hommes (33,7%), les jeunes de moins de 24 ans (25,7%) et les personnes âgées de plus de 65 ans (26,4%) qui ont eu le moins recours aux soins.

Les professionnels les plus consultés sont les médecins généralistes (21,1%) et les psychiatres (13,3%), suivis par les psychologues (7,1%), des professionnels de centres médico-psychologiques (5,3%), de service hospitalier (2,2%) et des urgences (2,1%). Suite à ces consultations, 67,4% des personnes dépressives ont bénéficié d'un traitement adapté : antidépresseurs (59,4%), une psychothérapie (28,2%) et millepertuis (1,6%). D'autres traitements qui ne ciblent pas la dépression ont été largement utilisés : les anxiolytiques (46,7%) et le soutien psychologique (26,4%).

La plupart des personnes affirment que leurs problèmes se sont améliorés suite à l'aide qu'elles ont reçue (62% d'amélioration et 18,4% de guérison). Cette amélioration ne s'est pas révélée significativement différente selon le type de traitement utilisé (pharmacologique, psychologique, mixte).

Dans la discussion, les auteurs du baromètre rappellent que leurs données se situent dans la moyenne des prévalences qui apparaissent dans les dernières enquêtes réalisées en France et en Europe.

Les données confirment « l'ampleur des troubles dépressifs » en population générale et pointent « les problèmes de recours aux soins et de prise en charge » des personnes souffrant de troubles dépressifs. Les auteurs estiment que « le recours aux soins et les traitements proposés aux personnes dépressives s'avèrent très problématiques et ce alors que des recommandations de bonnes pratiques cliniques ont été formulées au niveau national et international ».

« Il semble urgent de pouvoir mettre en oeuvre des mesures concrètes susceptibles de favoriser l'évolution des comportements de santé et des pratiques de soins ».

Dans ce sens, une enquête de l'Inpes a été lancée afin d'étudier les variables sociodémographiques, cliniques et représentationnelles associées au non-recours aux soins chez les personnes dépressives. ■

B.L.

LIVRES

L'invention de la violence scolaire

Béatrice Mabilon-Bonfils
Préface de Michel Maffesoli
Erès, 23 €

Saisir les phénomènes de violence scolaire nécessite de rompre avec l'opinion commune et d'opter pour un discours polyphonique, à multiples entrées. Le sujet est des plus larges : il peut s'agir de la violence à l'école comme de la violence de l'école. Les taxinomies sont des enjeux de pouvoir : ce qui est qualifié de violence scolaire, par les médias particulièrement, mais aussi par les experts, rétroagit sur la définition commune de la violence scolaire. Ces taxinomies ont un impact sur les représentations, qui influent alors sur les choix et les stratégies d'acteurs. Les apports de la sociologie de l'Éducation pour saisir les violences en milieu scolaire sont présentées comme les définitions et les représentations qu'en ont les enseignants. S'il existe aujourd'hui un « malaise » dans la citoyenneté, c'est que celle-ci est confrontée à une implosion par le « haut » et par le « bas ». L'auteur lie cette évolution à des résurgences plurielles de communautés. Cette véritable rupture du pacte républicain est aussi porteuse de violences scolaires. Pour saisir les déviations scolaires, il faut poser la question du sens de l'expérience scolaire pour des publics de plus en plus hétérogènes, pris en charge par une école encore très uniformisante.

Faire face aux TOC

Rémi Neveu
Préface de Jean Cottraux
Retz

Écrit dans un langage clair et accessible, ce livre constitue un témoignage réaliste de son auteur qui a, lui-même, éprouvé l'efficacité de la thérapie comportementale et cognitive dans le traitement du trouble obsessionnel compulsif.

L'absentéisme scolaire Du normal au pathologique

Sous la direction de Patrice Huerre
Hachette Littératures, 20 €

Cet ouvrage ne prétend pas faire basculer la question de l'absentéisme scolaire du tout social au tout psy, il souhaite apporter des éclairages dans les champs de la sociologie, de la pédagogie, de la linguistique ou des sciences de l'éducation, et explorer les actions possibles quand une psychopathologie apparaît sous-jacente. Les réponses sont de plusieurs ordres. Préventives, elles visent à donner le goût d'apprendre, le plaisir de jouer avec les apprentissages, et tentent d'intervenir de façon à diminuer ou éviter les risques de marginalisation. Éducatives, elles cherchent à rappeler l'importance d'un cadre comme garant et non comme empêchement de la liberté de chacun. Pédagogiques, elles sont l'oeuvre de quelques-uns, pas toujours soutenus par leur hiérarchie, qui essaient de réconcilier avec les apprentissages et avec les règles inhérentes à toute vie en collectivité. Sanitaires enfin, elles s'attachent à comprendre la particularité de chaque histoire humaine pour élaborer les propositions les mieux adaptées, tant sur le plan thérapeutique, individuel ou familial, que sur le plan des mesures institutionnelles à envisager le cas échéant.

Le but de ce livre est de contribuer à sensibiliser les pouvoirs publics et les professionnels concernés par l'ampleur du problème et à la complexité des enjeux à l'oeuvre derrière le clignotant qu'est l'absentéisme, mais aussi d'éclairer des parents dérouterés par une conduite qu'ils jugent menaçante pour l'avenir de leur enfant.

ANNONCES EN BREF

19 et 20 mai 2006. Clermont-Ferrand. 5^{ème} Colloque de la revue *L'Autre Cliniques, Cultures et Sociétés* sur le thème : *Jouer ! Enjeux ethnopsychiatriques*. Renseignements : Hôpital Avicenne, Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, AIEP, 125 rue de Stalingrad, 93009 Bobigny Cedex. Tél. : 01 48 95 54 75. Fax : 01 48 95 59 70.

30 mai 2006. Paris. Journées de formation sur le thème : *Le réseau : diversité des expériences*. Renseignements et inscriptions : FASM Croix-Marine, 31 rue d'Amsterdam, 75008 Paris. Tél. : 01 45 96 06 36. Fax : 01 45 96 06 05. E-mail : croixmarine@wanadoo.fr - Site : www.croixmarine.com

1er juin 2006. Toulouse. 11^{ème} Journée Toulousaine de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent sur le thème : *Attachons-nous, détachons-nous... Des théories de l'attachement aux pratiques cliniques*. Renseignements et inscriptions : Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA), CHU de Toulouse Hôpital La Grave TSA 60033, 31 059 Toulouse Cedex 09. Tél. : 05 61 77 80 54. Fax : 05 61 77 79 02. E-mail : raynaud.jph@chu-toulouse.fr

1er au 3 juin 2006. Budapest. Colloque : *Ferenci après Lacan*. Renseignements : Association lacanienne internationale, 25 rue de Lille, 75007 Paris. Tél. : 01 42 60 14 43. Fax : 01 42 60 14 34. Site : freud-lacan.com. E-mail : secretariat@freud-lacan.com

2 juin 2006. Montpellier. Colloque de l'Association Nationale des Psychiatres Hospitaliers Experts Judiciaires sur le thème : *Psychiatrie et violences. Problématiques actuelles de l'expertise psychiatrique*. Inscriptions : Dr J.C. Pénochet, CHU-Polyclinique de Psychiatrie, 34295 Montpellier Cedex 5. Renseignements au 04 67 33 99 02.

9 juin 2006. Paris. Colloque 2006 de l'ASM 13, Département de Psychiatrie Adulte, Centre Philippe Paumelle sur le thème : « *On m'a dit de venir...* ». *L'obligation judiciaire de soins en psychiatrie*. Renseignements : Colette Thévenin, 11 rue Albert Bayet, 75013 Paris. Tél. : 01 40 77 44 48. Fax : 01 45 83 28 77. E-mail : colette.thevenin@asm13.org

9 et 10 juin 2006. Brest. Journées nationales de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SFPEADA), sur le thème : *Nouveaux mondes, mutations dans la famille : enjeux en santé mentale*. Renseignements : Secrétariat de la trésorière de la SFPEADA, Centre mère-enfant, 11 rue du Général-Cérez, 87000 Limoges. Tél./Fax : 05 55 23 89 94.

9 au 11 juin 2006. Paris. Colloque au Cercle Freudien sur le thème : *La langue, comment ça va ?* Renseignements et inscriptions : Patrick Belamich, 30 rue Letailier, 75015 Paris. Tél. : 06 11 78 46 65. <http://cercle.freudien.free.fr/>

10 juin 2006. Paris. 7^{ème} Journée d'Étude sur l'Autisme infantile du Centre Alfred Binet sur le thème : *Evaluation psychanalytique et outils diagnostiques dans l'autisme*. Renseignements et inscriptions : Sonia Rat - Ingrid Favier, Centre Alfred Binet, 76 avenue Edison, 75013 Paris. Tél. : 01 40 77 43 18. Fax : 01 40 77 43 55.

10 juin 2006. Paris. XXXIII^{ème} Journée Scientifique Michel Soulé, Bernard Golse, Marcel Rufo sur le thème : *La dynamique du virtuel chez l'enfant. Bons plans pour les nuls*. Renseignements, programme, inscriptions : Association Phymentin, Marie Rat, 20 rue de Dantzig, 75015 Paris. Tél. : 01 53 68 93 43. Fax : 01 53 68 93 45. E-mail : jscientifique@wanadoo.fr

29 juin 2006. Paris. Conférence-Hommage à Oscar Masotta organisée par l'Association franco-argentine de psychiatrie et de santé mentale. Informations : psy.francoarg.asso.free.fr. Site : <http://psy.francoarg.asso.free.fr>. Dr Perla Drechsler : perlad@wanadoo.fr, 20 rue Littré, 75006 Paris. Tél. : 01 42 84 32 14.

1er et 2 juillet 2006. Paris. L'International des Forums et de l'École de Psychanalyse des Forums du Champ Lacanien. IV^e Rendez-vous International sur le thème : *Les réalités sexuelles et l'inconscient*. Renseignements : EPFCL, 118 rue d'Assas, 75006 Paris. Tél. : 01 56 24 22 56. E-mail : epfcl.secretariat@wanadoo.fr. Site : www.champ-lacanien.net

2 juillet 2006. Sèvres. XVIII^e Rencontre de Ville d'Avray sur le psychodrame psychanalytique individuel sur le thème : *Dramatisation ?* Renseignements : Mme Petit. Tél. : 01 47 09 56 65. Fax : 01 47 09 18 22. E-mail : hopitaldejourva@club-internet.fr

12 au 16 juillet 2006. Istanbul. International Congress of the World Psychiatric Association. Renseignements : Flap Tour, 8 Cadde n°1, Birlik, Cankaya, 06610 Ankara, Turquie. Tél. : (90) 312 454 0000. Fax : (90) 312 454 0001. E-mail : wpa2006@flaptour.com.tr. Site : www.wpa2006istanbul.org/index.php

20 au 23 juillet 2006. Aix-en-Provence. XI^e Rencontres Internationales de l'AIHP à l'occasion des 20 ans de l'AIHP sur le thème : *Ecrire l'histoire d'une science particulière : la psychanalyse*. Inscriptions : Service gestion Congrès. E-mail : gestioncongres@aixenprovencetourism.com. Tél. : 04 42 161 009/183.

3 au 6 août 2006. Montréal. 2^{ème} 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, Bureau des Congrès Universitaires, 6600 ch. Cote-des-Neiges, Suite 510, Montréal (Québec), Canada H3S 2A9. Tél. : +1 (514)340 3215. info@citfp2006.com. www.citfp2006.com

12 au 15 septembre 2006. Keele (Royaume-Uni). Colloque international de la société Marcé. Inscriptions : info@marcesociety.com - www.marcesociety.com

21 au 23 septembre 2006. Dijon. 38^{èmes} Journées du Groupement d'Études et de Prévention du Suicidé (GEPs) sur le thème : *La crise suicidaire, quelles formations pour quelles interventions ?* Renseignements : Aurélie Della Martire, Resacor, CHS de la Chartreuse, 1 boulevard Chanoine Kir, BP 1514, 21033 Dijon Cedex. Tél. : 03 80 42 48 07. Fax : 03 80 42 49 61. secretariat.resacor@chs-chartreuse.fr

30 septembre 2006. Aix-les-Bains. Colloque du Cercle d'Études Psychanalytiques de Savoie (CEPS) sur le thème : *L'infantile de l'enfant et de l'adulte*. Inscriptions : rép./fax : 04 50 51 17 35. Fax : 04 79 85 34 11. ceps-spp@netcourrier.com

4 au 7 octobre 2006. Athènes. Journée Scientifique internationale de l'AIHP sur le thème : *Histoire et fonction du mythe dans la psychanalyse*. Inscriptions : AIHP, Domaines des Gâtines, 4 rue Raoul Dufy, 78370 Plaisir. Tél./Fax : 01 30 55 41 04. asso@aihp-iahp.com

5 au 7 octobre 2006. Chailles. XXXV^{es} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée sur le thème : *Hospitaliser ?* Renseignements : AFPEP, 141 rue de Charenton, 75012 Paris. Tél. : 01 43 46 25 55. Fax : 01 43 46 25 56. info@afpep-snp.org

7 octobre 2006. Paris. 21^{ème} Journée d'Études de l'EPCI sur le thème : *Femmes Hommes. Quelles différences ?* Inscriptions : 1 rue Pierre Bourdan, 75012 Paris. Tél. : 01 43 07 89 26.

7 octobre 2006. Paris. Colloque du CEF-FRAP sur le thème : *L'institution en héritage : transmissions, transformations. Que nous apprend l'intervention de psychanalystes en institutions ?* Renseignements et inscriptions : Secrétariat du CEF-FRAP. Tél./Fax : 01 40 09 84 74 (du lundi au jeudi de 9h à 13h). ceffrap@libertysurf.fr <http://www.ceffrap.info>

13 et 14 octobre 2006. Toulouse. Carrefour Toulousain organisé par Carrefours & Médiations sur le thème : *Résiliences. Réparation, élaboration ou création ?* Renseignements : Tél. : 05 61 74 23 74. Fax : 05 61 74 44 52. carmed@carmed.fr

22 au 24 octobre 2006. Moscou. Colloque Franco-Russe de Psychanalyse sous l'Egide de la Société des Psychanalystes de Moscou et de la Société Psychanalytique de Paris, organisé par le Groupe d'Études en Psychiatrie, Psychologie et Sciences Sociales sur le thème : *La psychanalyse française contemporaine et l'héritage de Serge Lebovici*. Renseignements : Dr Hervé Benhamou. E-mail : hbenhamou@aol.com

13 au 15 novembre 2006. New Delhi. Congrès organisé par Psychiatres du Monde en collaboration avec la Delhi Psychiatric Society et sous le parrainage

de l'Ambassade de France sur le thème : *The psychic life at the interface of beliefs and knowledge*. Renseignements : Dr Patrick Bantman. pbantman@wanadoo.fr

16 novembre 2006. Limoges. Journée de formation sur le thème : *Réinsertion au travail et aménagement raisonnable*. Renseignements et inscriptions : FASM Croix-Marine, 31 rue d'Amsterdam, 75008 Paris. Tél. : 01 45 96 06 36. Fax : 01 45 96 06 05. E-mail : croixmarine@wanadoo.fr - Site : www.croixmarine.com

18 et 19 novembre 2006. Paris. Colloque *Evolution psychiatrique* sur le thème : *La pensée psychiatrique de l'adolescence*. Informations à demander à M. Le Secrétaire Général de l'Evolution Psychiatrique, Dr Eric Marcel, Institut Marcel Rivière, 78321 Le Mesnil Saint-Denis. E-mail : Evolution.Psychiatrique@wanadoo.fr

24 novembre 2006. Paris. Colloque organisé par la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées sur le thème : *Symptômes actuels de l'adolescence : répondre ou soigner*. Renseignements et inscriptions : Secrétariat de la trésorière de la SFPEADA, Centre mère-enfant, 11 rue du Général-Cérez, 87000 Limoges. Tél./Fax : 05 55 32 89 94.

23 au 25 novembre 2006. Avignon. XXI^e Forum professionnel des Psychologues sur le thème : *Etre psychologue. De la diversité des pratiques à l'unité de la psychologie ?* Renseignements : Le Journal des Psychologues. Tél. : 01 53 38 46 46. Fax : 01 53 38 46 40. forum@jpsychologues.fr

24 novembre au 7 décembre 2006. Cuba. 6^{èmes} Rencontres de l'Association franco-cubaine sur le thème : *Famille, communauté, secteur, réseau en santé mentale : modèles cubains et français*. Renseignements : AFCCP, Annette Thévenot, 248 bd Saint-Denis, 92400 Courbevoie. annette.thevenot@laposte.net

25 novembre 2006. Paris. Colloque de l'Institut Français d'Analyse de Groupe et de Psychodrame sur le thème : *Thérapies de groupe et psychodrame : la formation à l'épreuve de la pratique*. Contact : Tél. : 01 45 88 23 22. Fax : 01 45 89 32 42. ifagp@club-internet.fr

26 novembre 2006. Paris. XV^{ème} Journée d'étude du GIREP sur le thème : *Etre seul, être en lien : des paradoxes de la rencontre*. Renseignements : GIREP, 80 rue de Vaugirard, 75006 Paris. Tél./Fax : 01 42 22 76 14. E-mail : girep@girep.com. Site : www.girep.com

7 et 8 décembre 2006. Arcachon. XXIII^{ème} Congrès de la Société Française de Psycho-Oncologie sur le thème : *Le proche, nouvel acteur de soin : rôles assignés, rôles assumés*. Inscriptions : COMM Santé, BP 33, 33360 Latresne-Bordeaux. Tél. : 05 57 97 19 19. Fax : 05 57 97 19 15. E-mail : info@sfpo2006.comm-sante.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 ET REVUES**Le psychiatre et la psychothérapie***Psychiatries Juin 2005 n°143**Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé*

Les auteurs de ce numéro de *Psychiatries* explorent les origines, les repères et le sens d'une « psychothérapie du psychiatre » constitutive de son acte : la consultation thérapeutique.

Le principal intérêt des propositions de loi visant à réglementer l'exercice des psychothérapies aura sans doute été

de relancer l'éternel débat sur la place de la psychothérapie dans la pratique du psychiatre. A cette occasion, l'AFPEP a demandé aux psychiatres privés de s'exprimer sur le sujet. J.-J. Laboulière propose une synthèse de ces contributions. Un point fort ressort d'emblée. Avant même d'être envisagée comme une pratique, la psychothérapie doit d'abord être considérée comme une dimension inhérente à la clinique et à la pratique psychiatrique. Le psychiatre est un médecin qui soutient et articule constamment dans sa pratique deux approches cliniques différentes mais

compatibles : une lecture médicale des symptômes qui lui sont donnés d'observer et, simultanément, une lecture intra et intersubjective de ces symptômes dans le cadre d'une relation thérapeutique, c'est-à-dire une relation d'emblée soignante. Cette lecture clinique, à double niveau, spécifie radicalement l'acte psychiatrique par rapport aussi bien à tout acte médical effectué par un médecin somaticien que par rapport au travail du psychologue. Les psychiatres soutiennent que nulle technique psychothérapique ne pourrait valablement prétendre avoir des

effets thérapeutiques hors de cette compétence clinique particulière. Il paraît impossible de reconnaître cette compétence psychothérapique à des professionnels qui n'auraient pas bénéficié d'une solide formation psychopathologique au cours de leurs études, ce qui restreint a priori le champ d'exercice aux psychologues et aux psychiatres. Tout métier de psychothérapeute qui viendrait à être institué ne peut donc être perçu que comme une réduction par rapport à celui de psychiatre. Si les psychiatres privés admettent sans difficulté qu'ils exercent dans une disci-

pline multiprofessionnelle où il y a place pour d'autres métiers, poser comme principe que la psychothérapie doit obligatoirement faire l'objet d'un seul métier revient à annuler mécaniquement la spécificité professionnelle du psychiatre. C'est prétendre que l'on peut faire de la psychiatrie sans psychiatre. On trouve dans ce numéro des apports de B. Jurdant sur le lien social en question, d'O. Schmitt sur l'inadéquation des modèles, d'H. Oppenheim-Gluckman sur la psychothérapie des patients cérébro-lésés, de F. Cointot et M. Masimim sur la psychothérapie en pédopsychiatrie, de J.-J. Pournet sur la différence entre psychanalyse et psychothérapies. La psychothérapie des psychiatres est plus particulièrement abordée par J.-J. Xambo, A. Le Dorze et D. Martin.

**Changer de société
Refaire la sociologie**

Bruno Latour

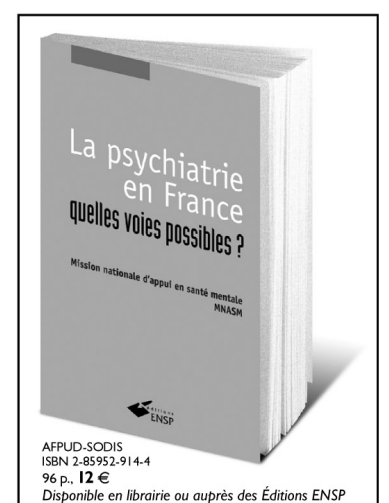
La Découverte, 26 €

Bruno Latour distingue deux définitions du social. La première, devenue dominante dans la sociologie, présente le social comme l'ombre projetée par la société sur d'autres activités, par exemple l'économie, le droit, la science, etc. Dans cette optique, le social ne change jamais puisque la société est toujours déjà là, et le sociologue peut continuer à produire des « explications sociales ».

La seconde préfère considérer le social comme l'association nouvelle entre des êtres surprenants qui viennent briser la certitude confortable d'appartenir au même monde commun.

Dans ce deuxième sens, le social se modifie constamment. Pour le suivre, il faut d'autres méthodes d'enquête, d'autres exigences, d'autres terrains pour étudier les nouvelles « associations », toujours imprévues, entre, par exemple, les virus, les pénuries, les passions, les innovations techniques, les pays émergents, les rumeurs, les catastrophes naturelles, etc.

C'est à retracer le social comme association que s'attache depuis trente ans ce qu'on a appelé la « sociologie de l'acteur-réseau » et que Bruno Latour présente dans ce livre. Sa proposition est simple : entre la société et la sociologie, il faut choisir. De la même manière que la notion de « nature » rend la politique impossible, il faut maintenant se faire à l'idée que la notion de société, à son tour, est devenue l'ennemie de toute pensée du politique.

**RAPPORT
de la Mission nationale
d'appui en santé mentale**

École nationale de la santé publique
CS 74312 - 35043 Rennes cedex
Tél. 02 99 54 90 98
editions@ensp.fr - www.editions.ensp.fr