

NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

SEPTEMBRE 2006 1

ISSN 0988-4068
n°6 - Tome XIX - 09/2006
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

Lire en souvenir de Gaston Ferdière

Avec la fin des vacances, s'achève le temps facile des longues lectures. Le quotidien oblige à se réfugier vers des textes courts et, si possible, indispensables. C'est le cas du dernier livre d'Emmanuel Venet* dont les 44 pages accueillent une écriture d'une exceptionnelle densité et pas seulement parce qu'un psychiatre parle d'un autre psychiatre tous deux intéressés par l'écriture. On se trouve ici loin de l'hagiographie et, seules, les dernières lignes prennent l'aspect d'un plaidoyer : « *Coupable d'être resté à hauteur d'homme malgré la tentation de se faire plus grand que soi et la volupté de se faire haïr* ». Ferdière se voulait poète, un poète proche des surréalistes égaré en médecine cherchant « *un second souffle dans la psychiatrie* ». Les désillusions pour ce « *psychiatre chez les poètes, poète chez les psychiatres* » n'ont pas manqué. Le professeur Claude n'a pas apprécié un interne qui publie des vers anti-franquistes, sa première épouse l'a quitté pour Henri Michaux, Crevel s'est suicidé après une seule et longue rencontre.

Viendra le temps de l'engagement dans le contexte asilaire à Chez-Benoît puis à Rodez. Rodez où il a recueilli Artaud (initialement interné à Ville-Evrard) à la demande de Robert Desnos. Artaud a pu être ainsi sauvé et a échappé à la mort par dénutrition si fréquente dans les hôpitaux psychiatriques pendant l'occupation. Ferdière lui a donné le conseil de reprendre l'écriture après des électrochocs prescrits pour un épisode psychotique provoqué par la substitution du Peyotl à l'opium.

Professionnellement et humainement irréprochable, assumant « *le seul rôle qu'il se sentit capable de jouer : psychiatre* », Ferdière en a payé le prix : passer pour un aliéniste obtus redoutant la publication des écrits de son malade, même si « *il a médicalement raison*,

(suite page 2 ➡)

Prise de poids en psychiatrie

FMC A. Viala

La prise de poids est un problème de santé publique. La prise de poids en milieu psychiatrique est souvent rapportée aux traitements, notamment aux molécules antipsychotiques de nouvelle génération. En réalité tous les psychotropes peuvent y contribuer, et leurs associations la majorer ; de nombreuses observations amènent à s'interroger sur une possible vulnérabilité d'origine biologique ou génétique dans les cas de schizophrénie et de troubles affectifs. Il faut y ajouter la mauvaise hygiène de vie, les addictions et l'absence d'exercice physique qui peuvent y participer. Elle peut entraîner des complications somatiques graves pouvant engager le pronostic vital mais aussi avoir des conséquences psychologiques invalidantes entravant le processus de réhabilitation. Elle est souvent la cause d'interruption du traitement et des soins en général, ce qui peut aggraver la pathologie sous-jacente, être cause de rechute et de réhospitalisation, contribuant ainsi à la stigmatisation et à l'augmentation du coût hospitalier.

Si la prévention reste prioritaire, il convient de développer des stratégies de soins pour permettre aux patients de limiter et de stabiliser leur poids par le biais d'une surveillance régulière associant des bilans physiques, biologiques à des conseils hygiéno-dié-

tiques, il est très important d'y associer une prise en charge centrée sur l'image corporelle et l'apprentissage des sensations notamment gustatives, source de plaisir et pas seulement de « remplissage ». Cette prise en charge interdisciplinaire à intervalles réguliers, sous forme de groupes de patients, au long cours, peut ensuite être relayée par une prise en charge individuelle, elle a un intérêt non seulement d'information et d'éducation, mais aussi d'éveil sensoriel, et devrait permettre une limitation des rechutes.

Définition

Plus que par l'augmentation en kilogrammes, la prise de poids, pouvant aller d'une surcharge pondérale jusqu'à l'obésité, est définie par l'indice de masse corporelle (IMC), traduction du Body Mass Index (BMI) des publications anglo-saxonnes : il s'agit du rapport poids (en Kg) / taille au carré (en m²).

On distingue :

- poids normal : IMC ≈ 25 kg/m²
- surcharge pondérale : IMC = 25 - 29,9 kg/m²
- obésité : IMC ≥ 30 kg/m²

En France, un programme national nutrition santé (PNNS) a été élaboré en 2003 et un disque de mesure

(suite page 2 ➡)

Géricault, Georget et la monomanie d'Esquirol

HISTOIRE
F. Scheider

Au Musée des Beaux-Arts de Lyon s'est tenu jusqu'à la fin juillet 2006 l'exposition « *Géricault, la folie d'un monde* ». Bruno Chénique, historien de l'art, commissaire de l'exposition, rappelle dans son introduction du catalogue que l'un des mots d'ordre du peintre fut d'étonner le monde. Ayant choisi de montrer, Théodore Géricault assène effectivement par toute son œuvre ce que nous appellerions aujourd'hui le choc de l'image. C'est la première chose qui frappe en parcourant cette exposition, qui ne pouvait qu'encourager les médecins et surtout les psychiatres, quittant Paris, à se donner le temps de s'arrêter à Lyon ! L'exposition rassemblait en effet trois des fameux tableaux de « monomanes » peints par Géricault sous l'influence certaine mais imprécise d'Etienne Jean Georget (1795-1828), élève chéri d'Esquirol, père fondateur avec Pinel de l'école de psychiatrie française.

C'est cette influence que nous souhaiterions préciser afin d'en proposer une nouvelle interprétation.

Un peintre politique ?

Chénique a fait sa thèse de doctorat d'histoire de l'art en développant le thème d'un Géricault « *peintre du politique* ». Il ne faudrait cependant pas donner un sens trop anachronique à la formule, quand on sait que le peintre né en 1791 à Rouen n'a que 22 ans en 1814 au retour de Louis XVIII. Il n'a alors peint qu'un *Portrait équestre de M. Dieudonné* pour le Salon de Paris de novembre 1812, scène militaire classique montrant un officier de l'armée napoléonienne. La France est encore, malgré vingt-cinq ans de révolution et de réformes napoléoniennes, un pays encore profondément royaliste. Preuve de son attachement

(suite page 6 ➡)

AU SOMMAIRE

EDITORIAL

Lire en souvenir de Gaston Ferdière p.1

FMC

Prise de poids en psychiatrie p.2

ENTRETIEN AVEC

le Docteur Kikuchi
L'aripiprazole : de l'hypothèse à la démonstration p.5

HISTOIRE

Géricault, Georget et la monomanie d'Esquirol p.6

CLINIQUE

L'héboïdophrénie, un diagnostic d'actualité ? p.8

REPRÉSENTATIONS MATERNELLES

Impact de l'annonce d'un diagnostic prénatal de malformation fœtale p.12

THERAPEUTIQUE

Prise d'un comprimé, prise en compte de la maladie p.14

L'émotion, une voie vers l'unité p.16

Un atelier d'écriture à l'hôpital de jour p.17

QUESTIONS À J. PON

Trouble bipolaire, rispéridone et pratique de ville p.18

ANNONCES

PROFESSIONNELLES p.19

ANNONCES EN BREF

p.22

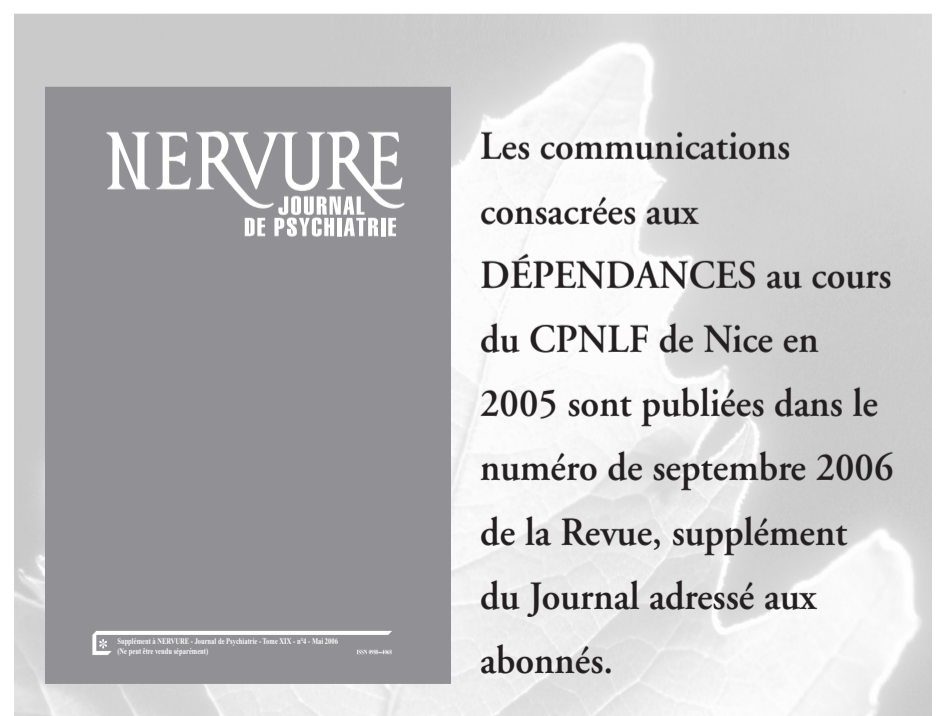
L'héboïdophrénie, un diagnostic d'actualité ?

CLINIQUE N. Coulon, M. Walter

Héboïdophrénie, un diagnostic d'actualité ? Question surprenante, voire paradoxale ! Il devient, en effet, de plus en plus difficile de savoir ce que terme signifie. Né en 1885, par opposition à l'hébéphrénie, ce concept décrit par Kahlbaum (1), (2) a disparu du champ de toute classification. L'étymologie regroupe les racines grecques « *hébé* », adolescent, et « *phren* », cœur, âme, esprit. Aujourd'hui, les auteurs contemporains abordent souvent cette psychose de l'adolescent comme « *une schizophrénie pseudo-psychopathique* », où coexistent une conduite anti-sociale (délinquance, impulsivité, instabilité) et une dissociation, principalement une froideur affective, avec des passages à l'acte vides d'affects, stéréotypés, inadaptes et bizarres (4). A l'heure où les consultations en psychiatrie de l'adolescent sont saturées par les troubles du comportement, reflet de passages à l'acte de plus en plus fréquents à cette période de la vie, que penser de ce diagnostic mis de côté ? A un âge où l'agir

est considéré comme un des modes d'expression privilégiée des conflits et des angoisses, peut-on repérer des adolescents « *à risques* », des passages à l'acte plus pathologiques que d'autres, des signes précoces d'une héboïdophrénie ? Il ne s'agit pas de mettre une étiquette, surtout à une période de la vie où tout peut se faire et se défaire, mais de s'intéresser à des jeunes présentant, bien souvent, des troubles du comportement les conduisant à l'hôpital psychiatrique et où le diagnostic erre entre une crise d'originalité juvénile (5, 6), une psychopathie, et une psychose confirmée. Nous reprendrons ainsi le concept d'héboïdophrénie en explorant les frontières de ce diagnostic, le normal et le pathologique, puis nous discuterons de sa valeur actuelle à travers les ouvertures de la conférence de consensus des 23 et 24 Janvier 2003 sur les schizophrénies débutantes (7), pour terminer enfin sur une synthèse de ce tableau.

(suite page 8 ➡)



Les communications consacrées aux DÉPENDANCES au cours du CPNLF de Nice en 2005 sont publiées dans le numéro de septembre 2006 de la Revue, supplément du Journal adressé aux abonnés.

IMC a été adressé aux médecins par le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées (1, 2). Des conférences d'experts et de consensus ont eu lieu tant en France qu'aux USA qui ont permis de mettre en place des recommandations.

Epidémiologie

Aux USA, 50% de la population générale aurait un surpoids et 22% serait obèse (5).

En France, l'obésité concernerait 7 à 10% des adultes, 16% des enfants (6). Le ratio mortalité population schizophrène par rapport à la population générale est de 1,6 et le ratio mortalité population présentant un trouble affectif par rapport à la population générale est de 1,7 (7), ce qui s'explique en partie par le risque majeur d'accidents et de suicide lié aux affections, mais aussi par les risques somatiques souvent négligés, car les patients s'en plaignent peu, et les bilans sont encore non systématiques ou insuffisants : 50% des schizophrènes seraient atteints de pathologie organique sous-diagnosti-

Lire en souvenir de Gaston Ferdière

car Artaud reste délirant, littérairement raison car il l'a rassis avec profit à sa table de travail, humainement raison car il sait l'ampleur des malentendus qui obscurcissent l'amitié du Tout-Paris pour le poète ravagé ».

On perçoit Emmanuel Venet, tout au long de son récit, proche de Ferdière dans leur perception, de la souffrance. Cette proximité sans la moindre concession regrette, ou plutôt reproche après l'avoir mis à jour, un recul devant une œuvre littéraire à écrire, un manque de croyance en sa capacité créatrice qui ont fait que Ferdière est passé à côté de ce qui lui était essentiel. Sa passion pour l'art psychopathologique, son intérêt de collectionneur et d'organisateur d'expositions n'ont été chez ce psychiatre compétent et généreux qu'une façon de demeurer un témoin exigeant. ■

*Ferdrière, psychiatre d'Antonin Artaud, Edition Verdier, 5,50 €. Emmanuel Venet a également publié *Portrait de fleuve*, Gallimard, 1991 et *Précis de médecine imaginaire*, Verdier, 2005

Prise de poids en psychiatrie

quée, ce qui multiplierait par 2 à 4 le facteur de risque (8). Ils pourraient mourir dix ans plus tôt que leurs congénères.

Le risque de diabète et d'obésité est plus élevé chez les patients schizophrènes ou souffrant d'un trouble affectif : cela a été rapporté de longue date à la maladie elle-même, mais aussi à des troubles du métabolisme glucidique, à la répartition de l'adiposité et serait majoré par le tabagisme, la sédentarité et le manque d'hygiène corporelle.

Les données de la littérature mettent en évidence une corrélation avec :

- le sexe : les femmes prennent plus de poids que les hommes,
- l'âge : les patients plus jeunes prennent plus de poids,
- la durée des traitements : plus le traitement est long, plus la prise de poids est importante,
- les associations médicamenteuses,
- l'IMC de départ : les patients avec un IMC plus bas au départ prennent plus de poids (9).

En pratique à l'occasion de leur hospitalisation, les patients peuvent être dénutris, c'est donc à leur poids « moyen physiologique » qu'il faudra se référer pour évaluer la prise de poids. Les conséquences sont graves et peuvent engager le pronostic vital. Les conséquences somatiques sont liées à la prise de poids mais aussi à la répartition de l'adiposité. Il s'agit essentiellement :

- de diabète de type II et de troubles du métabolisme glucidique,
- de dyslipidémie, avec hypertriglycéridémie,
- plus généralement de troubles du métabolisme lipidique eux-mêmes générateurs d'athérosclérose,
- de troubles cardio-vasculaires,
- d'ostéoporose,
- de tumeurs malignes,
- de syndrome métabolique : il s'agit là d'une entité pour laquelle plusieurs définitions ont été proposées et pour laquelle des études sont en cours. La définition actuellement retenue correspond à l'association de trois éléments parmi les quatre suivants :
 - TA \geq 130-85 mmHg
 - Triglycérides \geq 1,7 mmol/l - HDL cholestérol $<$ 1,03 mmol/l (hommes) $<$ 1,29 mmol/l (femmes)
 - tour de taille $>$ 102 cm (hommes) $>$ 88 cm (femmes)

- glycémie à jeun \geq 1,10 g/l.

Les conséquences psychologiques ont longtemps été négligées alors qu'elles apparaissent tout aussi importantes, allant de la perte d'estime de soi à la stigmatisation (10). Elles comportent :

- le changement de leur apparence associé à la peur du retentissement sur leur organisme, notamment chez des sujets jeunes déjà inquiets de la prise d'un traitement au long cours,
- la difficulté à se mouvoir, la fatigabilité et/ou la sédation génératrice d'immobilisme,
- la difficulté qui s'ensuit à s'habiller, voire parfois à devoir renouveler leur garde robe, sans aucune satisfaction, alors même que les médias et la publicité véhiculent une sorte de norme dont ils se sentent exclus,
- la tristesse, le sentiment d'injustice, voire la honte de leur image corporelle,
- les difficultés sociales d'évitement mais aussi à l'occasion de démarche de réinsertion, que certains attribuent à un rejet lié à leur aspect physique (11).

Les causes, les mécanismes

Les causes :

- phénomène général constaté surtout dans les sociétés industrialisées,
- nous avons déjà évoqué précédemment le risque de prise de poids et de développement d'un diabète associé de longue date à la schizophrénie,
- il en va de même des traitements, la prise de poids étant un effet secondaire fréquent, connu depuis la découverte des psychotropes dans les années 1950.

Si la prescription des antipsychotiques de nouvelle génération a permis de voir diminuer les effets extra-pyramidaux, elle semble avoir par contre favorisé des prises de poids excessives qui peuvent entraîner des arrêts intempestifs de traitement et des rechutes alors même que le traitement convenait et que le patient allait mieux.

De nombreuses études faites sur le sujet confirment que tous les psychotropes sont concernés : aussi bien les antipsychotiques classiques que de nouvelle génération, les antidépresseurs et les thymorégulateurs (9, 12, 13, 14).

Il semble opportun de rappeler que les changements de traitement à répétition, mais aussi les associations théra-

peutiques peuvent aggraver le phénomène par le biais des interactions médicamenteuses.

Les mécanismes ne sont pas complètement élucidés :

- la réduction d'activité et la tendance au grignotage à l'occasion d'une hospitalisation par exemple, sont fréquentes,
- mais ce sont aussi des symptômes pour la plupart des patients : l'apragmatisme ou l'inhibition générateurs de clinophilie, et les mauvaises habitudes voire l'anarchie alimentaire (allant de la simplification maximale à la boulimie de remplissage) via des grignotages de produits souvent sucrés et riches en graisse (food craving) favorisent la prise de poids,
- il s'y ajoute les méfaits causés par les addictions tels que tabagisme, alcool, toxiques.

Des recherches sont en cours :

- sur les neuromodulateurs cérébraux générant les sensations de faim et de satiété,
- concernant notamment le rôle de la leptine, le Tumor Necrosis Factor alpha (TNF α),
- pharmacogénétiques, elles pourraient à terme permettre d'expliquer la vulnérabilité individuelle (14, 15).

La prise en charge thérapeutique

L'importance du retentissement tant somatique que psychologique d'une prise de poids justifie avant tout des mesures de prévention :

- par une information aussi précoce que possible des patients quant au risque encouru, dans le cadre d'un projet d'alliance thérapeutique,
- par une recherche des antécédents personnels et familiaux concernant le poids et les maladies métaboliques,
- par une surveillance des paramètres : poids, IMC, mais aussi bilans réguliers,
- les conférences de consensus préconisent des bilans biologiques (glycémiques et lipidiques) associés à des mesures poids, taille, IMC, tour de taille et de hanches, TA, initial, à trois mois, puis tous les ans (3, 6),
- par une adaptation du traitement à la dose minimale efficace avec le moins d'associations thérapeutiques et donc d'interactions possibles,
- par l'accès à des conseils diététiques auprès de diététiciennes afin de mettre

en place un régime prudent associé à des exercices physiques réguliers (environ 30 à 40 minutes par jour),

- le recours à la thérapie cognitivo-comportementale est préconisé par certaines équipes (16, 17, 18),

- la mise en place de groupes interdisciplinaires a pu être réalisée depuis trois ans au sein du service de psychiatrie générale de secteur correspondant au 14^{ème} arrondissement à Paris, associant les compétences des diététiciennes de l'hôpital, des psychomotriciennes du service, des soignants référents, notamment aide-soignants, en présence d'un médecin.

L'initiative découle des difficultés rencontrées par plusieurs patientes qui ont tenté une prise en charge en clinique de diététique et leur vécu d'échec.

Ces réunions mensuelles ont eu lieu sur deux puis trois unités, à savoir l'intra-hospitalier et le CMP auquel s'est ajouté l'HDJ à partir de la deuxième année.

Les réunions ont été dans un premier temps informatives et ont progressivement évolué.

Les groupes de l'intra hospitalier et du CMP sont restés des groupes ouverts tandis que le groupe HDJ est resté pratiquement le même sur une année.

Les patients qui sont venus pour la première fois lors d'une hospitalisation ont ainsi pu continuer de bénéficier des conseils et des ateliers proposés lors de leur prise en charge en HDJ et au CMP.

Ils sont venus sur la base du volontariat et les groupes ont varié de 5 à 15 personnes en moyenne ; il s'agit d'adultes et d'adolescents particulièrement sensibles à l'image corporelle.

Les diététiciennes et les psychomotriciennes sont intervenues ensemble en intrahospitalier, à l'hôpital de jour, et en alternance au centre médico-psychologique.

Les diététiciennes ont davantage centré leur participation sur l'équilibre alimentaire et l'éducation nutritionnelle,

les groupes d'aliments tels que proposés par le PNNS, en utilisant des questionnaires, la constitution d'affiches, mais aussi un jeu de cartes Equilibrio.

Les connaissances théoriques acquises par les patients ont ensuite été mises en pratique à l'occasion de séances de dégustation et d'ateliers permettant de confectionner des recettes et des repas, avec discussion des menus et participation aux courses, ce qui a permis d'apprendre à lire les étiquettes et à tenir compte d'un budget.

Les psychomotriciennes sont intervenues

pour faire le lien entre le corps et le psychisme, par rapport à l'image corporelle (regard sur son propre corps, regard de l'autre) par des exercices pratiques, via des activités individuelles ou de relaxation en groupe, mais aussi en expliquant la nécessité d'activités physiques et en mettant en place des activités adaptées et diversifiées. Elles sont également intervenues sur la composante psychosociale de l'alimentation et leur travail a participé à la découverte des sensations associées (faim, satiété, sensorialité).

L'interdisciplinarité des interventions, en présence des soignants référents a permis une évolution progressive des réunions qui, parties d'un projet informatif et éducatif, sont parvenues à des réalisations pratiques assorties de la découverte du plaisir par l'éveil sensoriel. Les patients venus très régulièrement ont demandé à poursuivre la prise en charge sur les différentes structures de soins. La réalisation de bilans et de mesures aussi régulières que possible, notamment à l'HDJ, a permis la quantification de la stabilisation et /ou de la diminution de poids pour plus de la moitié d'entre eux.

Des prises en charge individuelles ont pu leur être proposées, souvent mieux acceptées et plus efficaces après ces premières prises de contact.

L'interactivité soignants-soignés s'est avérée particulièrement intéressante : les patients avaient déjà des notions de diététique (plus théoriques que pratiques) qu'ils ont vérifiées et modifiées pour les adapter à une consommation simple, mieux équilibrée, tenant compte de leur budget et leur apportant du plaisir. Certains ateliers (marché en petit groupe, dégustation, élaboration de plats, prise d'un repas en commun) leur ont permis de retrouver les repères temporels mais aussi la convivialité associée à la prise des repas et le plaisir gustatif partagé.

Conclusion

La prise de poids des patients psychiatriques, qu'elle soit liée à une vulnérabilité individuelle ou inhérente à la pathologie elle-même, ou qu'elle soit secondaire aux prises de psychotropes, est un facteur aggravant très important, source de troubles somatiques et psychologiques graves, péjorant le pronostic vital. Le risque d'interruption qui est associé peut entraîner rechutes et réhospitalisations alourdissant le coût financier, mais aussi la stigmatisation. C'est pourquoi des mesures préventives, mais aussi à visée stabilisatrice doivent être prises le plus précocement possible, dès l'instauration du traitement (la prise de poids survenant souvent dans les trois premiers mois) et adaptées en fonction de l'évolution et des bilans sanguins systématiques assortis de mesures de l'IMC et de la TA. Parmi elles, la participation à des réunions interdisciplinaires et complémentaires associant les diététiciennes et les psychomotriciennes a montré avec trois années de recul son utilité pour permettre aux patients de stabiliser leur poids par le biais de régimes adaptés et d'exercices réguliers, mais aussi de découvrir le plaisir associé aux sensations trouvées ou retrouvées. ■

Dr. A. VIALA

Remerciements à l'équipe des diététiciennes du CHSA et à l'équipe des psychomotriciennes du secteur 13 sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Bibliographie

- (1) Programme national nutrition santé. INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé). Le disque de calcul de l'indice de masse corporelle chez l'adulte. Septembre 2003.
- (2) Guide Grand Public *La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous*, - Novembre 2002 et le document d'accompagnement destiné aux professionnels de santé, Février 2003, édition Lengit et imprimés.

(3) American diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of clinical endocrinologists, North American Association for the study of obesity. *Consensus Development Conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes*, J. Clin. Psychiatry 2004, 65, 2, 267-72.

(4) *Schizophrenia and diabetes*, European Psychiatry 2005, 20, 4, 329-364.

(5) FLEGAL K.M., CARROLL M.D., KUCZMARSKI R.J., et al, *Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960-1994*, Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. 1998, 22, 39-47.

(6) AFERO (Association de langue Française sur l'Obésité), SNDLF (Société de Nutrition et de Diététique de Langue Française), ALFEDIAM (Association de Langue

Française pour l'étude du Diabète et des Maladies Métaboliques), *Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France*, Cah. Nutr. Diet. 1998, 33, suppl. 1, 1-48.

(7) HARRIS E.C., BARRACLOUGH B., *Excess mortality of mental disorder*, Br. J. Psychiatry 1998, 173, 11-53.

(8) GREENBERG I., CHAN S., BLACKBURN G.L., *Non pharmacologic and pharmacologic management of weight gain*, J. Clin. Psychiatry 1999, 60, suppl. 21, 31-36.

(9) MOGA M., VAILLE-PERRET E., MULLIEZ A. et al., *Etude de la prise de poids sous risperidone, olanzapine, amisulpride, chez des patients atteints de schizophrénie*, Ass. Med. Psychol. 2004, 162, 128-33.

(10) KURZTHALER I., FLEISHHACKER

W.W., *The clinical implications of weight gain in schizophrenia*, J. Clin. Psychiatry 2001, 62, 7, 32-7.

(11) KAWACHI I., *Physical and psychological consequences of weight gain*, J. Clin. Psychiatry 1999, 60, suppl. 21, 5-9.

(12) ZIMMERMANN U., KRAUS T., HIMMERICH H. et al., *Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug induced weight gain in psychiatric patients*, J. Psychiatr. Res. 2003, 37, 193-220.

(13) SACHS G.S., GUILLE C., *Weight gain associated with use of psychotropic medications*, J. Clin. Psychiatry 1999, 60, suppl. 21, 16-19.

(14) RUETSCH O., VIALA A., BARDOU H., MARTIN P., VACHERON M.N., *Prise de poids pharmaco induite par les psychotropes et sa prise en charge : revue des don-*

nées de la littérature, 2005, L'Encéphale, 31, 507-16.

(15) ZHANG Z.J., YAO Z.J., LIU W. et al., *Effects of antipsychotics on fat deposition and changes in leptin and insulin levels. Magnetic resonance imaging study of previously untreated people with schizophrenia*, Br. J. Psychiatry 2004, 184, 58-62.

(16) BIRT J., *Management of weight gain associated with antipsychotics*, Ann. Clin. Psychiatry 2003, 15, 1, 49-58.

(17) LITTREL K.H., HILLIGOSS N.M., KIRSCHNER C.D., *The effects of an educational intervention on antipsychotic induced weight gain*, J. Nurs. Scholarsh 2003, 35, 3, 237-41.

(18) KAZAAL Y., FRESARD E., RABIA S., *Approche comportementale de la prise de poids sous antipsychotique*, Santé Mentale 2005, 99, 16-191

L'aripiprazole : de l'hypothèse à la démonstration

Entretien avec le docteur Kikuchi dont les travaux ont été récompensés par le Prix Galien 2006 de la recherche pharmaceutique concernant l'aripiprazole (ABILIFY), antipsychotique de troisième génération commercialisé grâce au partenariat des laboratoires Bristol-Myers Squibb et Otsuka. Les propos sont recueillis par Serge Tribolet.*

Serge Tribolet : *Comment êtes-vous passé d'une idée sur les récepteurs à celle d'un médicament ? Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées pour la mise au point de l'aripiprazole ?*

Dr Kikuchi : De mon hypothèse en 1981 concernant le mécanisme d'action unique de l'aripiprazole à l'étude clinique de la molécule en 1988, les huit années ont été difficiles. Mon travail est parti de l'hypothèse étiopathogénique centrale pour la schizophrénie : l'effet agoniste partiel des récepteurs dopaminergiques D₂. La théorie dopaminergique de la schizophrénie date des années 70 ; Arvid Carlsson a obtenu en 2000 le Prix Nobel pour ses travaux sur la dopamine réalisés en 1960. Ces travaux avaient montré l'implication des autorécepteurs de la dopamine dans la régulation de la synthèse de dopamine : cette régulation se faisait par un effet d'inhibition sur la synthèse de la dopamine. Etant donné l'hypothèse de l'époque, hypothèse qui reliait la cause de la schizophrénie à l'augmentation de l'activité dopaminergique ou à l'hypermotilité des récepteurs dopaminergiques dans certaines zones cérébrales, les études étaient d'abord focalisées sur la synthèse de ces autorécepteurs de dopamine et sur celle de leurs agonistes. C'était logique puisque ces autorécepteurs peuvent inhiber la synthèse de dopamine. On croyait, tout simplement, que les agonistes des autorécepteurs pouvaient être des inhibiteurs de la synthèse de la dopamine. Cette hypothèse devait mener à la création d'agonistes des autorécepteurs en vue d'un usage thérapeutique. Les essais cliniques ont alors mis en évidence l'action efficace sur les symptômes négatifs de la schizophrénie sans production d'effet extrapyramidaux, malheureusement on devait constater la très faible activité sur les symptômes positifs. Devant ces résultats cliniques, les recherches dans cette voie se sont arrêtées. Mais nous avons, au moins, appris une chose : l'amélioration des symptômes négatifs par les récepteurs auto-agonistes. Parallèlement l'explication de l'efficacité des neuroleptiques conventionnels, en particulier sur les symptômes négatifs, se précisait. Ils bloquent les récepteurs D₂ présents en forte densité dans le striatum et dans le noyau accumbens, et en faible densité dans le cortex frontal et d'autres régions du cerveau.

C'est à ce moment là que j'ai formulé l'hypothèse selon laquelle les agonistes des autorécepteurs qui avaient une action négative sur la synthèse de dopamine avaient aussi une action positive. C'est ainsi que j'ai eu l'idée d'apporter au développement de la recherche un composé qui possède à la fois un effet agoniste et un effet antagoniste dopaminergique. Nous sommes donc partis de cette hypothèse agoniste des auto-

récepteurs grâce à la combinaison de l'observation chimique et de l'observation clinique. C'est de cette double perspective qu'est né l'aripiprazole : un agoniste partiel autorécepteur D₂.

S.T. : *L'hypothèse dopaminergique de la schizophrénie telle qu'elle est présentée avec les propriétés pharmacocliniques des neuroleptiques classiques reste-t-elle d'actualité ?*

Dr. K. : Je pense que l'hypothèse dopaminergique de Carlsson est toujours valide et centrale. Parmi les voies dopaminergiques impliquées dans la physiopathologie de la schizophrénie, il y a la voie mésolimbique (qui établit des projections des corps cellulaires des neurones dopaminergiques du tronc cérébral vers les aires limbiques – *noyau accumbens*) dont l'hyperfonctionnement est probablement en cause dans l'apparition des symptômes positifs. Il y a aussi la voie mésocorticale (qui se projette vers les zones corticales, en particulier vers le cortex limbique) dont l'hypofonctionnement semble être à l'origine de la survenue des symptômes négatifs.

Les antipsychotiques conventionnels sont des antagonistes des récepteurs D₂. Tous ces antipsychotiques ont un point commun : la diminution de l'activité dopaminergique. Mais ceci n'est pas favorable pour le cerveau car la dopamine joue un rôle dans des domaines aussi divers que la mémoire, l'émotion, l'activité motrice, la régulation hormonale. Ceci explique les nombreux effets délétères des neuroleptiques conventionnels, leurs effets indésirables invalidants. Du fait de son activité agoniste partielle, l'aripiprazole est plus adapté ; cette molécule inaugure une nouvelle génération d'antipsychotiques atypiques et une approche originale du traitement des psychoses. Alors que les autres antipsychotiques bloquent la transmission de la dopamine et de la sérotonine dans le cerveau, Abilify agit à la fois comme un agoniste et comme un antagoniste, il régule les sécrétions dopaminergiques et sérotoninergiques. En l'absence d'agoniste dopaminergique, l'aripiprazole se comporte comme un agoniste fonctionnel. En présence d'agoniste dopaminergique, il se comporte comme un antagoniste fonctionnel (sa liaison au récepteur diminue la liaison de l'agoniste dopaminergique présent, ce qui entraîne une diminution de la réponse de cet agoniste pur).

S.T. : *Cet effet de régulation de l'aripiprazole peut être comparé à celui d'un thermostat...*

Dr. K. : En effet, cette image illustre bien le rôle stabilisateur du système dopaminergique. L'aripiprazole diminue la transmission dopaminergique en cas d'hyperactivité dopaminergique et augmente cette neurotransmission en cas d'hypoactivité. C'est bien le rôle

d'un thermostat qui bloque en cas d'excès de chaleur et stimule en cas de manque. Cette action régulatrice est aussi effective sur le système sérotoninergique : l'aripiprazole a une activité agoniste partielle sur les récepteurs 5HT_{1A} et une activité antagoniste sur les récepteurs 5HT_{2A}. C'est ce caractère original qui lui a fait donner le nom de « molécule contextuelle » qui agit ou qui n'agit pas à un moment donné, dans une situation donnée.

S.T. : *L'action agoniste partielle sur les récepteurs sérotoninergiques implique-t-elle une action de l'aripiprazole sur la thymie, un rôle antidépresseur ?*

Dr. K. : Je pense que oui, mais mon point de vue est pharmacologique. Il faut démontrer le parallélisme entre les modèles pharmacologiques et les modèles cliniques. Les études cliniques à long terme, aripiprazole versus halopéridol, ont montré que l'amélioration des symptômes négatifs de la schizophrénie (émoussement de l'expression des émotions, retrait affectif, repli social, apathie) et l'amélioration des symptômes dépressifs associés étaient significativement plus importantes chez les patients traités par Abilify.

S.T. : *A propos de ce parallélisme pharmacologie/clinique, pensez-vous qu'il existe un modèle animal de la schizophrénie ? La folie est-elle le propre de l'homme ? Quel intérêt vous a mené de la formation de vétérinaire à la découverte d'Abilify et aux recherches que vous poursuivez dans le domaine de la schizophrénie ?*

Dr. K. : Ces questions sont difficiles, elles sont importantes. Je crois qu'il n'y a pas de modèle de la schizophrénie. En tant que chercheur, je pense qu'il faut approcher de façon précise le meilleur mécanisme d'action et ensuite il faut tester de nouveau l'hypothèse chez les hommes. Bâtir une théorie ne suffit pas, il faut s'appuyer sur des résultats. Autrement dit, il faut concevoir et démontrer. De là découlent les qualités d'un chercheur. La première qualité est la créativité : il faut avoir des idées, saisir une hypothèse et bâtir une théorie. Mais ceci ne va pas sans la deuxième qualité : la rigueur de la démonstration. On peut avoir des idées mais il faut des preuves !

En fait, dès ma formation vétérinaire, j'avais été très intéressé par les études du système nerveux central. Lorsque j'ai rejoint le laboratoire Otsuka, la recherche sur la schizophrénie avait déjà commencé. Je me suis intégré dans une équipe déjà constituée. Je suis très heureux que le laboratoire Otsuka m'ait donné un cadre optimum pour approfondir mes recherches et me donner l'inspiration efficace ainsi que le temps nécessaire pour établir la preuve de mon hypothèse et démontrer l'efficacité de l'aripiprazole. Cet environnement m'a donné les moyens pour permettre la démonstration de l'hypothèse de l'effet agoniste partiel sur les récepteurs dopaminergiques D₂.

Je pense qu'il s'agit là d'une étape originale et innovante dans l'histoire des thérapies biologiques de la schizophrénie. ■

* Praticien hospitalier, psychiatre

LIVRES ET REVUES

La responsabilité du médecin

Sophie Hocquet-Berg

Bruno Py

Heures de France, 22 €

Centré sur la responsabilité civile et pénale du médecin, ce livre propose de nombreuses situations pratiques, loin des exposés théoriques et abstraits. Sont ainsi envisagées les principales infractions susceptibles d'engager la responsabilité pénale d'un médecin et les faits générateurs de responsabilité civile sanctionnés par les versements de dommages-intérêts au patient et/ou à ses proches.

Les auteurs répondent aux questions qui se posent quotidiennement, en s'appuyant sur la législation et la jurisprudence. Sans céder au catastrophisme ou au pessimisme, ils montrent que les risques juridiques ne se situent pas forcément où là on les imagine. Les lecteurs découvriront que les juges relèvent régulièrement le haut niveau technique et scientifique des praticiens, tout en déplorant certaines carences sur le plan relationnel et humain.

Naissance de la psychiatrie biologique

Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle

Jean-Noël Missa

Presses Universitaires de France,

30 €

Médecin et philosophe de formation, Jean-Noël Missa est actuellement professeur d'histoire et de philosophie des sciences biomédicales à Bruxelles et chercheur au Fonds national belge de la recherche scientifique. Il propose une méthodologie fondée sur une enquête historico-empirique qui se veut proche de la réalité concrète de la clinique psychiatrique. C'est l'empirisme thérapeutique qui a donné naissance à la psychiatrie biologique. L'auteur multiplie les perspectives afin d'éclairer une discipline en quête de scientificité et d'efficacité thérapeutique. En optant pour une méthode empirique qui analyse l'évolution de la médecine mentale à la lumière des témoignages de praticiens, est ainsi écrite une « *histoire vivante* » de la psychiatrie. L'ambivalence des médecins et des infirmiers quant à la valeur des traitements qu'ils pratiquaient offre une vision nuancée de la vie au sein des institutions psychiatriques. Le témoignage à la première personne d'une infirmière ou d'un psychiatre est souvent plus éclairant qu'une description d'un historien. A l'occasion, il peut également être plus corrosif qu'un pamphlet antipsychiatrique tout en laissant transparaître l'humanité de ces psychiatres qui pratiquaient des traitements parfois jugés « *inhumains* ». L'auteur décrit la lente évolution de la psychiatrie biologique au XX^e siècle. L'aliéniste des années 1910 ne possédait aucun traitement pour soigner les malades psychotiques qui végétaient dans les institutions asilaires. Pour remédier à cette situation, sa volonté était d'appliquer le modèle médical à la psychiatrie.

Dans les années 1920, la malaria-thérapie de Wagner von Jauregg a constitué la première innovation thérapeutique. Les choses changèrent avec la découverte des thérapies de choc dont la pratique s'est généralisée à la fin des années 1930.

C'est en Europe - à Vienne (malaria-thérapie, cure de Sakel), à Budapest (choc au cardiazol), à Rome (électrochoc), à Paris (chlorpromazine), à Beerse (halopéridol), à Münsterlingen (imipramine) que se sont produites la plu-

part des avancées thérapeutiques. C'est aux Etats-Unis - en particulier à Bethesda dans les laboratoires du National Institutes of Health - que, sous l'impulsion de chercheurs comme Seymour Kety, Bernard Brodie et Julius Axelrod, fleurirent les premières hypothèses neurochimiques sur le mode d'action des psychotropes et sur la pathophysiologie des maladies mentales. Au cours des décennies 1950 et 1960 s'élaborèrent ainsi les fondements de l'édifice théorique de la psychiatrie biologique. Aujourd'hui, après un demi-siècle de recherches et de spéculations théoriques dans le domaine de la neurochimie, de la génétique des comportements et des neurosciences cognitives, l'édifice théorique de la psychiatrie biologique reste encore maigre et fragile. Des progrès ont certes été réalisés. Mais il faut bien avouer qu'en ce début de XXI^e siècle, les causes biologiques de la schizophrénie et des autres maladies mentales sont toujours inconnues. Que les traitements sont toujours symptomatiques. Que les progrès considérables réalisés dans le domaine des neurosciences cognitives n'ont encore eu guère d'influence dans la pratique psychiatrique.

Clinique entre théorie et pratique

Connexions 2006 n°85

Erès, 25 €

Le dernier numéro de *Connexions* resitue la psychologie clinique dans son historicité institutionnelle (Annick Ohayon), interroge l'après-coup de l'analyse (Mady Jeannot-Hasler), marque la nécessité d'une formation clinique des enseignants (Jean-Pierre Vidal), interroge la psychanalyse à partir de l'œuvre de Salomon Resnik, de N. Abraham et M. Torok (Claude Nachin), repère l'influence de M. Balint sur la psychanalyse contemporaine (Michelle Moreau-Ricaud), ou met en travail le paradigme psychanalytique à la lumière du complémentarisme de G. Devereux (Emmanuel Diet).

L'évolution de la mémoire et la notion du temps

Leçons au Collège de France 1927-1928

Pierre Janet

Introduction de Serge Nicolas

L'Harmattan, 37 €

Durant l'année 1927-1928, Pierre Janet a donné au Collège de France une série de cours sur *l'évolution de la mémoire et de la notion du temps*. Pour Janet, les conduites temporelles peuvent, quant à leur évolution progressive, être groupées en trois principaux échelons : la durée, la mémoire élémentaire, l'organisation du temps. Le phénomène primitif relatif au temps est la durée. C'est par rapport à celle-ci que s'établira la première conduite temporelle. La première forme du temps a ainsi été une notion vague ou sentiment de durée. Ensuite, sont survenues d'autres conduites qui ont compliqué cette même durée ; ce sont les conduites de l'attente, de l'acte différé et du langage. L'acte différé, la conduite du récit, a engendré la mémoire élémentaire. Il s'agit d'une conduite verbale et sociale qui a pour but de triompher de l'absence.

L'organisation du temps, en partant de la complication apportée dans la notion du temps par l'idée de réalité, a mené Janet jusqu'à l'idée du temps qui marche et détruit, puis à l'idée du temps conservateur telle que l'élaborent la pensée scientifique, la pensée historique, et enfin à l'esprit de progrès et d'évolution. Le temps, qui a été destructeur d'abord, conservateur ensuite, devient créateur.

Les jeudis de l'Infirmier Psychiatrique

Reprise le 2 novembre 2006 à 14h

Conférences de psychiatrie clinique et médico-légale
Avec présentation de malades

Validant pour le DES de Psychiatrie et le DU de Criminologie

Renseignements et inscriptions au 01 53 73 66 07

LIVRES ET REVUES

Hygeia

Une cité de la santé

Benjamin Ward Richardson
Présentation et traduction de
Frédérique Lab
Préface de Michelle Perrot
Editions de La Villette, 12 €

De toutes les utopies du XIX^e siècle, la plus surprenante est celle de la santé absolue, puisque la maladie est encore partout présente, la pauvreté favorisant la propagation des épidémies.

Lorsque Benjamin Ward Richardson a prononcé, en 1875, au congrès annuel de la *Social Science Association*, cette conférence, il a quarante-sept ans et, derrière lui, une fort belle carrière. Médecin, il a exercé et enseigné dans divers hôpitaux londoniens, mené des enquêtes, notamment sur le choléra, fondé des sociétés et des revues, comme le *Journal Public Health*, écrit nombre d'articles et participé à d'innombrables congrès. Il préside, depuis 1868, la *Medical Society* de Londres et la section « Santé » de la *Social Science Association*, devant laquelle il parle. Plus encore qu'un savant, c'est un homme d'action, « hanté », comme la plupart de ses contemporains, par les désordres urbains, écologiques et sociaux ; un humaniste ennemi de la douleur pour les hommes et les animaux : il administre du chloroforme à ses patients et préconise l'anesthésie des bêtes dans les abattoirs ; un interventionniste convaincu qu'un bon régime, personnel et collectif, peut préserver le capital le plus précieux de l'homme : sa santé, c'est-à-dire sa vie.

Pour Richardson, les maladies pouvaient être éradiquées en respectant quelques principes qu'il énonce dans sa vision utopique de *cité de la santé*. Dans un curieux mélange de prophylaxie, d'urbanisme et de morale victorienne, Richardson dépeint, en détail, la réalité physique et sociale d'une ville où l'alcool est prohibé et le tabac n'existe pas davantage car ravalant l'homme civilisé au rang du sauvage. Par-delà cette rigueur morale, il imagine nombre de dispositifs spatiaux et techniques pour proposer un confort tout « *British* » relevant d'idées très en avance sur l'époque. La publication d'*Hygeia* eut un large écho. Jules Verne s'en inspira pour *Les Cinq Cents Millions de la Bégum* et Ebenezer Howard s'y réfère lorsqu'il établit sa théorie de la cité-jardin.

Domination et révolte : avec Frantz Fanon

Dossier coordonné par Jacques Ladsons, Jean-François Gomez et Danyd Duval
V.S.T. n°89-2006
Edité par CEMEA/Erès, 15 €

Sous toute latitude, le faible est distancé et souvent malmené par le fort. Les Déclarations universelles des droits de l'homme ou de l'enfant n'y ont pas mis fin. Comment affirmer son identité sans recourir à la révolte, ou pire au désespoir ? Frantz Fanon, psychiatre et penseur des aliénations coloniales, a ouvert des pistes que ce dossier reprend dans le contexte actuel. Ce qui vaut pour le colonisé d'hier ne serait-il pas valable pour l'immigré, le marginalisé, le handicapé et même l'adolescent... ?

Le séminaire consacré à Fanon par les CEMEA martiniquais, à l'occasion du cinquantième anniversaire de leur naissance, a semblé un point de départ intéressant coïncidant avec des publications, des rééditions, des réflexions qui situent notre époque comme sensible aux phénomènes de domination et de révolte.

naturel à la monarchie, Géricault s'engage d'abord dans la Garde nationale puis comme Mousquetaire du Roi. Cependant, et comme toute la jeunesse de son temps, il est peu à peu emporté dans le grand courant libéral qui se constitue durant tout le XIX^e siècle, et qui témoigne de la lente diffusion des idées nouvelles, après le siècle des Lumières et le choc de la Révolution de 1789.

Ce grand courant n'en est qu'à ses balbutiements durant ces dix premières années de la Restauration que connaît Géricault, qui meurt en 1824 à 32 ans de tuberculose pulmonaire. Il n'existe alors pas vraiment de « *parti politique* » : tout au plus, est créée fin 1821 la *Société de la morale chrétienne*, autour de la Rochefoucauld. Cette société de philanthropie initialement protestante devient de plus en plus œcuménique et politique jusqu'à la révolution de Juillet 1830, à laquelle elle fournit nombre de hauts fonctionnaires libéraux. Géricault baigne donc dans une société aux idéaux autant philanthropiques, voire religieux, que politiques. Ces valeurs libérales quelles sont-elles ? La défense des libertés avant tout, et du progrès dans tous ses aspects : progrès des sciences, de la médecine, de l'hygiène, progrès moral de l'humanité grâce à la diffusion de cette fameuse « *morale chrétienne* », abolition de l'esclavage, de la peine de mort, interdiction du jeu, amélioration du sort de tous ceux qu'on enferme, prisonniers, enfants en correction, aliénés, afin d'entreprendre leur réhabilitation sociale par le traitement moral, qui n'est donc pas une exclusivité de Pinel à l'égard des aliénés. Il ne faudrait donc surtout pas réduire dans ce cadre l'œuvre de Géricault à un discours stratégiquement politique, mais de le recevoir bien plus comme une série d'éclats très idéalistes, intuitifs, toujours dénonciateurs, usant des faits divers dont il a été lui-même le témoin ou qu'on lui a rapportés. Ayant réchappé en 1811 à la conscription, il dénonce les carnages napoléoniens avec une ambivalence qui montre à la fois la gloire nationale et l'horrible absurdité de la guerre. D'abord royaliste, il dénonce l'assassinat du notable républicain Fualtes par les Chevaliers de la Foi ultraroyalistes, il peint le radeau de la Méduse, symbole de la déchéance d'une France dirigée par d'anciens émigrés royalistes incompetents et dépassés, et dessine les anciens militaires napoléoniens contraints par Louis XVIII à s'exiler au Texas. Géricault est donc non pas un politique, mais un artiste engagé, solitaire, agissant toujours en franc-tireur.

Un peintre sensualiste et amoral

Pour qui connaît un peu le XIX^e siècle, l'absence absolue de toute considération religieuse dans l'œuvre de Géricault est frappante. Tous les plus matérialistes, et notamment un assez grand nombre de médecins, se réfugient au moins derrière un déisme de principe, un respect pour le culte, et leur famille insiste souvent sur la ferveur chrétienne dont ils ont fait preuve à leur mort... C'est entre parenthèse avec cette insistance qu'Esquirol lui-même parle de la conversion de son très matérialiste élève Georget dans la dernière période de sa vie. Dans un siècle où elle est omniprésente, la religion n'existe pas pour Géricault. Ce qui explique en grande partie sa réputation de « *peintre maudit* ». Peintre du matérialisme voir de la bestialité, il griffonne des scènes érotiques, des scènes d'abattage d'animaux, des scènes de pendaison, des corps en lambeaux, des scènes d'anthropophagie. Rien ne l'arrête dans son approche du réel, dans son désir de montrer, de rendre le choc inhérent à la confrontation de l'homme sensible à la réalité. Géricault est un sensualiste, qui pourrait dire comme Condillac « *je sens donc je suis* ». Parmi les « *idéo-*

Géricault, Georget, et la monomanie d'Esquirol

logues », philosophes révolutionnaires matérialistes héritiers de celui-ci, Cabanis, le plus célèbre médecin du groupe des héritiers des Lumières, affirmait en 1797 : « *avec le véritable esprit d'observation, l'esprit philosophique qui doit y présider va renaître dans la médecine* »⁽¹⁾. C'est cette approche scientifique nouvelle qui fait place à Pinel d'une part, père fondateur sous la Révolution de la nouvelle Ecole de médecine de Paris, et à Bichat d'autre part, l'un des premiers élèves de l'Ecole, jeune héros mort pour la gloire de l'anatomopathologie, qui devient avec lui la principale discipline enseignée, et grâce à laquelle se réunissent définitivement la médecine et la chirurgie.

et Savigny est publié en novembre 1817. Géricault décide alors de travailler sur l'événement. De mars à octobre 1818, il s'installe rue du faubourg du Roule à proximité de la place des Terres et de l'hôpital Beaujon. Le peintre s'obsède du réel : il fait poser Corrèard, va peindre des ciels au Havre, peint des têtes de suppliciés. Clément, le grand biographe de Géricault à la fin du XIX^e rapporte que le peintre se rend à l'hôpital voisin pour suivre avec une ardente curiosité toutes les phases de la souffrance sur le visage des malades, depuis les premières atteintes jusqu'à l'agonie, et les traces qu'elle imprime sur le corps humain. Il prend contact avec Savigny, le chirur-

rats grignotant dans leur coin des vertèbres saignantes ». C'est pourtant là que les étudiants feuilletent l'*Anatomie générale* de Bichat de 1801, complètement indispensable de ses *Recherches physiologiques sur la vie et sur la mort* parues en 1800. Géricault s'immerge donc totalement dans la condition des pionniers de la médecine de son temps, abordant le corps, la clinique, la vie et la mort comme autant de champs d'exploration scientifique. Le malaise est profond parmi ses amis et ses modèles, mais Géricault, comme toute la jeunesse médicale de son temps, est disciple de Bichat. Croisant un ami souffrant de jaunisse, il s'exclame alors devant cette « *beauté clinique* » et lui demande de poser pour lui...

Géricault s'attaque au tableau proprement dit à partir de novembre 1818, et l'expose au salon de Paris en août 1819. Le critique de la *Gazette de France* ne s'y trompe pas : « *M. Géricault s'est plu à nous offrir une vingtaine de cadavres que la mort avait déjà commencé à dévorer et dans le sein desquels une divinité barbare aurait rappelé un souffle de vie pour les livrer à l'angoisse de la destruction* ».

Le vent de la folie

L'élan créateur qui a porté l'artiste dix huit mois durant retombe en septembre 1819. Géricault épuisé et démoralisé part se reposer avec des amis sur les bords de la Seine près de Fontainebleau, doit s'aliter, garde la chambre jusqu'à la fin octobre. Il peint la chute mortelle d'un jeune ouvrier maçon parisien, scène inspirée d'un fait divers réel mais qui s'interprète aisément dans le contexte. Il commence à voir dans les bateliers qui l'entourent « *des ennemis qui l'épiaient et conjuraient sa perte* », comme le rapporte Castel, son ancien professeur au Lycée impérial, qui ajoute : « *pauvre raison humaine, et que cet accident est triste !* ». Nul doute que ses amis, gens libéraux et convaincus du progrès en marche, ont cherché à consulter un médecin parisien, redoutant la folie, sans connaître les lourds antécédents familiaux du peintre exhumés par *Le Pésant* dans un article de 1976.

Rien d'étonnant dès lors qu'ils aient demandé l'avis de Georget, âgé alors seulement de 24 ans, mais déjà le plus brillant élève d'Esquirol. Après son maître Pinel, père fondateur de la psychiatrie française, Esquirol a tout fait pour donner à la médecine mentale l'envergure d'une cause nationale, se tournant d'abord vers le ministre de l'Intérieur libéral Decazes, puis, à sa chute après l'assassinat du Duc de Berry et le durcissement du régime, vers les libéraux de l'opposition au sein de la Société de la Morale Chrétienne, qui ne lui donneront raison que bien plus tard au moment de la promulgation de la loi sur les aliénés de 1838. Sans jamais rompre avec lui, les jeunes élèves d'Esquirol sont dans les années 1820 férus d'anatomopathologie, flirtent avec la phrénologie, et croient largement qu'ils découvriront sans tarder la lésion cérébrale spécifique de l'aliénation mentale. Leurs convictions de « *cérébristes* » culminent dans l'œuvre de Georget, qui croit au siège cérébral de la folie, de l'hystérie, de l'hypochondrie, et de l'épilepsie. Nul doute que cette approche devait tout à fait convenir au matérialisme de Géricault, et à celui aussi de ses amis. Ce qui rallie néanmoins alors tous les jeunes aliénistes autour du maître Esquirol, c'est son concept de « *monomanie* ». Cette notion de folie partielle, sans délire, est un peu la bouteille à l'encre et manque de précision scien-



Fou assassin de Géricault

Cabanis s'intéressait aussi beaucoup à la question des rapports du physique et du moral⁽²⁾, débat qui nourrit durant tout le siècle les réflexions des aliénistes, qu'ils soient matérialistes et conçoivent le cerveau comme l'organe sécrétant les pensées, ou qu'ils soient catholiques et conçoivent l'homme comme une intelligence luttant contre ses pulsions. C'est dans ce contexte qu'il faut regarder les dessins que Géricault intitule « *l'homme entraîné par la volupté et la folie* », et « *l'homme s'arrachant des bras du vice* ».

Des « Fragments anatomiques » au « Radeau de la Méduse »

Le célèbre tableau des « *fragments anatomiques* » prêté par le musée Fabre de Montpellier n'est commenté à Lyon qu'au regard de l'histoire de l'art. Certes, il faut s'émerveiller devant la chorégraphie macabre que met en scène le peintre, la grâce morbide de cette main morte qui vient entourer ce pied blême. Il est daté 1818-1820. En juillet 1816 a eu lieu le naufrage de la Méduse. Le récit des deux rescapés Corrèard

gien rescapé de la Méduse, avant même qu'il ne publie ses observations sur les effets de la faim et de la soif sur l'état mental des rescapés. Il fréquente encore Dumoutier, à ses débuts aide anatomiste de la faculté de médecine, mais surtout connu ensuite comme l'un des plus célèbres phrénologues disciples de Gall, qui a révolutionné la technique de dissection des cerveaux en commençant par la base puis en dépliant les circonvolutions cérébrales. Géricault se fait procurer grâce à Dumoutier et aux internes de Beaujon des pièces cadavériques. Il les observe des jours durant pour noter leur dégradation progressive. On imagine l'atmosphère de salle de dissection qui devait régner dans cet atelier... Salle qui est le passage initiatique obligé de tous les étudiants en médecine, comme le rapporte dans ses mémoires le jeune Hector Berlioz, qui s'enfuit à toutes jambes durant l'automne 1822 de la faculté, écoeuré par « *cet horrible charnier humain, ces membres épars, ces têtes grimaçantes, ces crânes entrouverts, le sanglant cloaque dans lequel nous marchions, l'odeur révoltante qui s'en exhalait, les essaims de moineaux se disputant des lambeaux de poumons, les*

tifique, certains d'entre eux comme Jean-Pierre Falret en sont d'ailleurs très tôt convaincus. Mais elle permet à la jeune corporation de disposer d'une bannière commode pour partir à la conquête de l'opinion. C'est ce qu'a très bien montré le remarquable travail de Jan Goldstein, « *consoler et classer* », que cite Bruno Chenique sans en exploiter les hypothèses. L'expression de « *monomane* » finit d'ailleurs par être très répandue, comme en témoigne l'œuvre de Balzac, autre artiste avide et sensualiste.

Géricault a probablement souffert non pas de « *dépression* », mal du XX^e siècle, mais d'une véritable « *monomanie de la peinture* », avec ce très bref moment fécond de l'automne 1819. Géricault s'est en effet vite remis, et c'est seulement sans doute parce que le thème ne l'intéresse pas qu'il confie à son élève Delacroix la commande de peinture religieuse qui lui est faite le 31 décembre de la même année...

Si rien ne prouve que Georget a soigné Géricault, on comprend bien, de toute façon, quelles raisons avaient les deux êtres de s'apprécier. Laurenz Eitner, l'un des plus récents biographes de Géricault auquel cet article doit beaucoup⁽³⁾, a repéré les traits communs aux deux personnages : un tempérament excessif, une sensibilité exacerbée, un acharnement au travail...

Sans doute est-ce l'aliéniste, celui-ci ou un autre, qui conseille à l'artiste le voyage, et il s'embarque en avril 1820 pour un séjour en Angleterre, d'où il revient fin 1821. Eitner estime que les portraits de monomanes, influencés par la peinture anglaise, datent soit du début de 1822, avant les premières atteintes invalidantes de la tuberculose, soit durant l'hiver 1822-23, au moment de la courte rémission accordée par la maladie.

L'interprétation des portraits de monomanes

Géricault peint dix portraits, tous pour Georget qui en a été l'indéniable premier propriétaire, et qui vient de publier ses deux premiers ouvrages, dans lesquels il affirme ses conceptions du cérébrisme⁽⁴⁾. Malgré l'appui de Forbin, directeur du Louvre qui écrit en vain début 1822 au ministre de la Maison du Roi pour que l'État achète *Le radeau de la méduse* en vue de l'exposer à Versailles, Géricault dépense plus qu'il ne

gagne, perd en bourse, et se blesse à cheval, ouvrant un abcès para vertébral probablement tuberculeux. Il n'est pas très plausible qu'à cette époque on ait conseillé à l'artiste de peindre au titre d'un quelconque traitement moral, à moins qu'il n'ait tardé à mettre en pratique un conseil datant d'avant le voyage en Angleterre, ce qui est peu probable.

De même, si Georget avait attendu de Géricault des illustrations pour son livre de 1823 *De la folie ou aliénation mentale*⁽⁵⁾, il n'aurait pas commandé des tableaux d'une telle envergure. Enfin, même s'il y avait pu avoir du côté du peintre une quelconque dette envers le médecin, le thème très ciblé des tableaux poserait encore question. Il est donc plus plausible, par contre, que Georget fort de son succès éditorial a voulu aider financièrement l'artiste par cette commande importante, et qu'il en a donné précisément lui-même le thème, avec une intention précise.

Esquirol, Georget, deux recours distincts à l'art pictural

Avant Georget, Esquirol avait largement sollicité les artistes dans l'espoir de révéler par leurs représentations une vérité cachée sur la nature de la folie. À l'instar de Gall et de ses élèves, il avait fait mouler dans le plâtre quantité de têtes d'aliénés, et suivant l'intuition de Lavater et de la physiognomonie, il avait demandé à plusieurs artistes de second rang de dessiner environ deux cent portraits, dont la série de Georges François Gabriel conservée au cabinet des estampes de la Bibliothèque nationale. Portraits de petite taille, croqués sur le vif dans les asiles et dans les tribunaux, ils étaient sensés produire des informations en quantité, à moindre coût, et être éventuellement publiables, ce que fit Esquirol pour quelques uns d'entre eux en 1838⁽⁶⁾.

On comprend très bien, dès lors, que le désir de Georget, lorsqu'il commande dix grands tableaux à Géricault sur le thème exclusif de la monomanie, n'avait sans doute rien d'une quelconque prétention scientifique. Georget vise autre chose. Avec Géricault, pauvre mais célèbre grâce à son *Radeau de la Méduse*, il sait qu'il tient un peintre d'actualité, un peintre qui sait saisir les médias, un peintre de choc.

Or, après les ouvrages sur le cérébrisme, Georget s'oriente vers la seconde

bataille de sa courte vie, puisque lui aussi est emporté par la tuberculose en 1828. Les titres des œuvres publiées à cette seconde époque de sa vie en attestent⁽⁷⁾, cette bataille entraîne la jeune corporation des aliénistes devant les tribunaux, unie sous la bannière de la monomanie d'Esquirol. Encore une fois, la démarche n'a plus rien de scientifique. Il s'agit de conjuguer deux des grands combats libéraux, celui contre la peine de mort, et celui en faveur des aliénés et des prisonniers, pour faire valoir la monomanie sinon comme une cause de non lieu, tout du moins comme une circonstance atténuante, afin de sauver le fou de l'échafaud. D'ailleurs, comme l'a remarqué Eitner, les cinq portraits qui restent aujourd'hui des dix peints par Géricault illustrent tous des formes de folie partielle susceptibles de conduire les malades devant la justice : la kleptomanie, le besoin de kidnapper des enfants, l'usurpation de l'autorité militaire, l'attirance compulsive vers les jeux d'argent, la jalousie pathologique. Les cinq autres tableaux furent vendus à la mort de Georget au docteur Maréchal qui les emporta en Bretagne où leur trace se perd.

Contrairement aux dessins de Gabriel pour Esquirol, qui ont souvent des accents de caricature et forcent en tout cas très souvent le trait, comme pour corroborer la représentation, classique en littérature, d'aliénés « *horriblement grimaçants* », ou que l'on retrouve aussi dans les portraits qu'en a donnés vingt ans plus tôt Goya à Saragosse, les monomanes de Géricault s'en tiennent à des traits somme toute ordinaires. Sans doute s'agissait-il bien de montrer que la monomanie peut se cacher sous les traits de tout un chacun. Le choc, c'était de montrer un aliéné proche de nous, proche des jurés, des avocats et des juges. C'est face à ce trouble que l'aliéniste devait apparaître comme l'homme de la situation, comme l'homme d'un nouveau et mystérieux savoir.

Une hypothèse pour conclure

Mon hypothèse, au terme de toute cette analyse, est donc que Georget préparant sa guerre de conquête de la psychiatrie sur le terrain judiciaire, a demandé à Géricault, le peintre de choc, de fournir une série d'images montrant des gens du peuple très ordinaires, afin de renforcer l'idée que seul l'aliéniste par son savoir peut affirmer le

LIVRES

Alzheimer, Pick, Cotard et les autres Une histoire de la psychogériatrie à travers les éponymes

Philippe Albou

Préface de Michel Caire

Éditions Glyphe*, 24 €

L'histoire de la psychogériatrie peut être envisagée selon de nombreuses perspectives. Philippe Albou a choisi de l'aborder selon deux manières. D'une part sous la forme d'une histoire générale, avec la présentation didactique des idées, des découvertes et des pratiques successives qui ont conduit à la prise en compte particulière des maladies mentales touchant les personnes âgées et, d'autre part,

au travers de l'histoire de certaines affections mentales propres aux personnes âgées. Après avoir abordé, dans une première partie, les fondements historiques de la psychogériatrie, l'auteur fait le point sur l'origine, la nature et le devenir des principaux éponymes utilisés dans cette discipline. Certains éponymes sont en relation avec une baisse des fonctions cognitives comme : la maladie de Binswanger, le syndrome de Korsakov, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Pick et la démence à corps de Lewy. D'autres sont en relation avec un trouble délirant ou bien un trouble du comportement comme les syndromes de Cotard, de Capgras, de Charles Bonnet, d'Ekblom et de Diogène.

*85, avenue Ledru-Rollin - 75012 Paris
www.editions-glyphe.com

diagnostic mental de monomanie. Le grand argument des opposants à la monomanie soutenaient, en effet, qu'il n'était pas nécessaire de se prétendre aliéniste pour reconnaître la folie dans une affaire criminelle. Le génie de Georget aura été de savoir utiliser le génie mais surtout le succès de Géricault. Peut-être comptait-il en avoir l'usage dans des conférences ou des cours privés, et l'on sait qu'à l'époque les premiers aliénistes ou les phrénologistes étaient fort prisés par les milieux libéraux, alors que la psychiatrie n'avait pas encore rang de discipline universitaire. En quelque sorte, mettre les talents du peintre en scène au profit des talents de l'orateur, pour convaincre sans argument véritablement scientifique les milieux judiciaires déjà tentés par les idées libérales de la validité de la monomanie, et des prérogatives de l'aliéniste en tant qu'expert, prérogatives si bien dénoncées par Michel Foucault dans ses cours au Collège de France des années 1970. C'est dans ce contexte historique qu'on a pu apprécier mieux encore l'exposition du Musée des beaux Arts de Lyon... ■

Frédéric SCHEIDER*

*Psychiatre, praticien hospitalier, docteur en histoire, CHU de Pointe à Pitre

Notes

(1) CABANIS P. J. G., *Du degré de certitude de la médecine*, Paris, Firmin Didot, 1798.

(2) CABANIS P. J. G., *Des rapports du phy-*

sique et du moral de l'homme, Paris, 1802.

(3) On retrouvera dans son ouvrage les citations de cet article sans référence : EITNER, Laurenz, *Géricault, sa vie, son œuvre*, Paris, Gallimard, 1991, traduction de l'édition anglo-américaine de 1983.

(4) GEORGET, Etienne Jean, *De la folie, considérations sur cette maladie : son siège et ses symptômes ; la nature et le mode d'action de ses causes ; sa marche et ses terminaisons ; les différences qui la distinguent du délire aigu ; les moyens de traitement qui lui conviennent ; suivies de recherches cadavériques*, Paris, Crevot, 1820.

- *De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau, recherches sur les maladies nerveuses en général, et en particulier sur le siège, la nature, et le traitement de l'hystérie, de l'hypochondrie, de l'épilepsie et de l'asthme convulsif*, Paris, Baillière, 1821, 2 vol.

(5) GEORGET, Etienne Jean, *De la folie ou aliénation mentale*, Paris, Imprimerie de Rignoux, 1823, 89 p.

(6) ESQUIROL, J. E., *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, 2 vol, Paris, 1838.

(7) GEORGET, Etienne Jean, *Examen médical des procès criminels des nommés Léger, Feldtman, Lecouffe, Jean-Pierre et Papavoine, dans lesquels l'aliénation mentale a été alléguée comme moyen de défense, suivi de quelques considérations médico-légales sur la liberté morale*, Paris, Migneret, 1825.

- *Discussion médico-légale sur la folie ou l'aliénation mentale*, Paris, Imprimerie de Migneret, 1826.

- *Nouvelle discussion médico-légale sur la folie ou aliénation mentale, suivie de l'examen de plusieurs criminels dans lesquels cette maladie a été alléguée comme moyen de défense*, Paris, Migneret, 1828.

LIVRES

Perspectives en clinique du travail

Coordonné par Yves Clot et Dominique Lhuillier
Nouvelle Revue de Psychosociologie mai 2006 n°1
Erès, 25 €

Les articles retenus pour ce numéro témoignent de la diversité et de la richesse des orientations actuelles en clinique du travail. Référés à la clinique de l'activité, à la psychodynamique du travail, à la psychologie sociale clinique, à la sociopsychanalyse, à la sociologie clinique, ils rendent compte de recherches réalisées dans des secteurs professionnels variés : hôpitaux, industrie, restauration, banque, aide à domicile, élevage industriel, animation et éducation, services publics...

La variété des perspectives étudiées manifeste l'actualité et l'acuité du débat en cours dans un champ en pleine évolution. Les deux coordinateurs de ce numéro tentent, à la fin de ce dossier, d'indiquer les regards qu'ils portent sur cet essor, cherchant ainsi à dégager un développement d'une clinique du travail.

La névrose obsessionnelle
Histoire d'un concept

Chantal Brunot
L'Harmattan

Cet ouvrage propose une histoire du concept de névrose obsessionnelle afin d'en traduire la modernité. Les liens qu'entretient cette névrose avec la temporalité, la pensée, l'écriture et la mort en font un carrefour de questionnements sur la notion d'identité. L'obsession révèle une aspiration que connaît chaque être humain, celle de ne pas vieillir, de rester l'éternel enfant, d'incarner par le verbe et la pensée ce corps immuable que serait le corps idéal délivré de la mort. Les souffrances qu'elle génère sont engendrées par une lutte à mort contre la sexualité qui est la forme prégnante de notre désir de reconnaissance et de complétude en l'autre. Cet autre, l'obsessionnel n'est veu pas. La toute-puissance narcissique qu'il revendique le contraint à construire un territoire privé balisé de rituels qui ressemblent à des rituels religieux afin d'être le seul maître possible. Dans ce difficile exercice de contraintes morales, d'ascétisme, se cache une jouissance à caractère masochiste reproduisant un schéma infantile passionnel qui se découvre ainsi dans l'attachement excessif envers la mère. Cet amour originel et impossible trace sa voie à travers des symptômes dont la répétition a un sens.

Les troubles du développement cognitif
Approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent

3^e édition
Maurice Berger, L'Harmattan, 23 €

Ce livre propose un modèle de compréhension synthétique des troubles de l'apprentissage et montre que l'on peut tenter de prendre en charge les enfants qui souffrent de ces troubles, même si les outils conceptuels dont nous disposons sont incomplets. Ces objectifs expliquent la place faite aux observations cliniques et à la description des processus thérapeutiques. Dans cette troisième édition, le huitième chapitre consacré initialement aux dyslexies-dysorthographies, a été réécrit dans sa presque totalité. Un nouveau chapitre concerne certaines dysharmonies psychotiques dans lesquelles on ne retrouve pas de troubles précoces des interactions.

Frontières du diagnostic à l'adolescence. Normal ou pathologique ?

Le terme d'héboïdophrénie renvoie à une forme clinique particulière de schizophrénie, une « *eidos* », qui aurait, tout d'abord, la particularité de débiter dans cet âge si flou, qu'est l'adolescence. Mais, si l'héboïdophrénie se distingue par de « nombreux délits, de multiples infractions aux us et coutumes », avec un « aspect réfractaire aux remontrances » (2, 3), comment faire la différence avec un adolescent qui s'illustrerait dans des passages à l'acte, des défis à l'autorité, qui ferait « sa crise » en quelque sorte, comme nous pouvons si souvent le lire ou l'entendre ? Comment ne pas se méprendre sur cette adolescence, qui suscite, notamment, une part non négligeable de passages à l'acte ? Comment distinguer normal et pathologique ? Comment ne pas s'alarmer, ou au contraire banaliser ?

Pour faire le point sur ces interrogations, il faut rappeler que les connaissances sur l'adolescence sont récentes, en explosion actuellement. En 1958, Anna Freud la caractérisait comme la « *Cendrillon de la Psychanalyse* », constatant l'importance accordée, presque exclusivement, aux premières années de l'enfance. Des travaux consacrés à la problématique adolescente n'apparaissent qu'après les années soixante. Depuis lors cependant, articles, livres, symposiums n'ont pas manqué, faisant part d'une riche expérience des auteurs, mais aussi de leur embarras... Par exemple, la référence au concept de « *crise* », utilisé aussi bien en sociologie, qu'en politique, économie, médecine ou psychopathologie, reflète la pluralité des avis et le flou, qui entoure une notion retrouvée dans le vocabulaire courant. Que penser de cet usage de l'expression « *crise d'adolescence* » ? Etudions ce que notre société cherche, en criant haut et fort à la « *crise d'adolescence* », puis cherchons sur les modèles plus psychologiques et psychopathologiques, assimilant plutôt cette « *crise* » à une phase particulière du développement de la personnalité.

Crise d'adolescence ou crise de la société ?

Qui est en crise : les adolescents ou la société ? Telle est la question que se posait, il y a déjà plusieurs années, Bernard Brusset. Des travaux ethnologiques, historiques, sociologiques, ont montré qu'il n'était pas possible de comprendre l'adolescence sans envisager ses relations avec la structure d'ensemble de la société (8). La « *crise* » traversée par les adolescents semble

L'héboïdophrénie, un diagnostic d'actualité ?

liée à un changement historique, à une nouvelle culture, à de nouvelles pratiques sociales, à des modifications des rôles parentaux, avec notamment des interdits parentaux de plus en plus absents et une autorité paternelle de plus en plus fragile... Mais, à trop simplifier, à généraliser, se perd forcément une valeur explicative. Il apparaît réducteur d'imputer les difficultés des adolescents, leurs manifestations critiques, les passages à l'acte, au fait que la société est malade. Le pourquoi de cet engouement pour ce concept de « *crise* » d'adolescence serait-il alors ailleurs ? Selon Bernard Brusset (9), une convergence remarquable s'établit entre l'état de la civilisation postérieure à la phase d'industrialisation et celui de l'adolescence postérieure à la période de l'enfance. En d'autres termes, notre société serait en période d'adolescence ! Il n'est pas étonnant que les thèmes se recourent entre adolescence et mutation sociale :

- détronement de la raison ;
- perte des illusions ;
- remise en question du recours aux parents idéalisés, à Dieu...
- et bien sûr, « la crise » qui tend à rapprocher une période plus ou moins houleuse à des facteurs de croissance de l'individu ou de la société.

En fait, Bernard Brusset ne s'interroge pas ici sur la validité de ce rapprochement, mais plutôt sur son rôle. Il avance l'idée que beaucoup cherchent à se rassurer d'un bouleversement social qu'ils ne peuvent que constater, et non maîtriser ; ils ignorent où celui-ci les conduira, d'où la nécessité de se défendre contre un inconnu toujours angoissant... La valorisation de la « *crise d'adolescence* » apparaît ainsi comme un fait de société, avec une valeur de réassurance. Bernard Brusset n'est pas le seul à se positionner sur cette interprétation sociale. Michel Fize, sociologue au CNRS, spécialiste des adolescents et de la famille depuis presque 30 ans s'attaque également à la généralisation du concept de « *crise d'adolescence* ». Il utilise un titre fort, projectif vis-à-vis de la société actuelle : « *Une fable des temps modernes* » (10). Il avance que cette crise n'est pas systématique, et que l'on prend un risque à stigmatiser adolescent et crise : l'adolescent serait sommé de faire sa crise ! Pour lui, le problème repose sur la confusion entre adolescence et puberté, et de la non reconnaissance d'une classe sociale à part. Il avance que les adolescents ne forment qu'une classe sociale dominée, sans droit (les adultes

appréhendent la sexualité de leurs jeunes, le regroupement entre pairs...), sans responsabilité ; « *la crise d'adolescence ne serait alors qu'une crise majeure de la responsabilité sociale* ». Michel Fize n'hésite pas à attaquer directement les parents. On rejoint ici l'hypothèse de Bernard Brusset : il serait plus aisé, pour les parents, de crier à la crise de leurs adolescents plutôt que de reconnaître qu'ils sont, eux-mêmes, en crise avec le milieu, avec leur travail, avec leur perte de maîtrise sur leurs enfants... Une défense archaïque des parents, par la projection, en quelque sorte... Michel Fize a repris son plaidoyer pour l'adolescent dans un livre paru en 2002. Là encore, le choix de la collection n'est pas anodin : *Les idées reçues* (11) ! Il dénonce les médias qui dénigrent les adolescents, et montre que, contrairement à ce qui est souvent cru, « *les adolescents sont moins violents que les adultes, puisque 4 actes de délinquance sur 5 sont commis par des adultes !* ». Il brosse un tableau élogieux des adolescents, que nous reprendrons ici, car certains traits pourraient être inquiétants pour un praticien peu averti :

- âge du dynamisme, de la créativité, de la maturité sexuelle, de l'épanouissement physique, et de la prise de risques, trop souvent dévalorisée par les parents, alors qu'elle serait valorisée pour un chef d'entreprise... ;
- un monde avec plusieurs tribus : techno, rap, métal, skate... ;
- un peuple avec des codes : chambre = tanière ; langage (exemple du verlan : meuf, kiffer...) ; codes vestimentaires (jeans, baskets...) ; des signes de visibilité selon la tribu (foulard ; piercing ; tatouage...) ; des idoles (Star Academy, Zidane...)...

La frontière normal/pathologique, soit encore adolescent sain/héboïdophrénie, se dessine d'une façon extrêmement ténue entre certains signes d'un syndrome dissociatif et un comportement adolescent :

- trouble du système logique avec pensée magique, rationalisme morbide, préoccupations ésotérique et le goût créatif de l'adolescent ;
- morcellement du corps avec station prolongée devant le miroir et un adolescent qui étudie longuement ses transformations physiques dans une glace ;
- trouble du système verbal avec schizophasie (symbolique personnelle du discours), néologismes, et langage adolescent ;
- trouble du comportement avec une certaine bizarrerie et des choix adolescents qui peuvent apparaître tout à fait bizarres à un adulte (musique agressive, piercing...)...

L'aspect sociologique met donc en garde contre l'association systématique entre adolescence et crise. De la même façon, le rapport rendu public le 9 avril 2003 du groupe d'étude de la Commission des Affaires Sociales du Sénat (12), constitué pour la Conférence de la Famille de 2004, révèle que 15% seulement des adolescents traversent une période de malaise plus ou moins aigu. Peu arrivent finalement aux consultations spécialisées de pédopsychiatrie, même si la tendance actuelle va vers une psychiatrisation de conflits socio-familiaux. Un adolescent, conduit par son entourage en consultation pour troubles du comportement, n'est donc pas forcément le reflet de la société. Pour revenir sur l'héboïdophrénie, reste alors au praticien à ne pas manquer des signes en faveur d'une possible psychose, tout en gardant à l'esprit que la prévalence de l'ensemble des affections désignées sous le terme de schizophrénie est habituellement estimée à 1% de la population générale (7).

Crise d'adolescence et crise de développement

Dans le domaine psychologique et psychopathologique, la crise prend une définition différente de celle du champ sociologique ; elle tend à se fondre dans le concept d'évolution. En particulier, en psychopathologie, on la définit par « *un moment temporaire de déséquilibre et de substitutions rapides, remettant en question l'équilibre normal ou pathologique* » (7). Pour grandir, passer de l'enfance à l'âge adulte, la crise d'adolescence (adolescere = grandir) s'inscrit, selon certains modèles, comme un passage quasi incontournable. Dans un objectif de simplification, quatre grands modèles de compréhension peuvent être cités.

Le premier modèle, psychologique et éthique, est illustré par « *La crise d'originalité juvénile* » de M. Debesse (6). Le désir d'originalité de l'adolescent, repéré par l'adolescent lui-même, mais aussi par son entourage, se caractérise par « *un horreur de la banalité, une propension à faire de soi quelque'un d'unique, d'exceptionnel* » (5, 6). La « *crise d'originalité* » (5, 6) représente alors la forme la plus visible et la plus complète de ce désir d'originalité.

Le second modèle, plus clinique et psychanalytique, est celui de la « *crise juvénile* » de P. Mâle (13). La symptomatologie s'appuie sur deux registres : le premier, sensiblement similaire à celui de la crise d'originalité juvénile de M. Debesse (extension des intérêts, émancipation de la pensée...) ; le second, comme conflit entre des tendances infantiles persistantes et des tendances adultes (refus scolaire malgré une intelligence normale, échec systématique des examens, alternance de comportements agressifs et masochistes, difficulté d'expression...). P. Mâle isole deux formes cliniques, simple et sévère, en fonction de l'intensité de la sémiologie. Il décompose de plus « *la crise juvénile sévère* » selon trois voies : la névrose d'inhibition ; la névrose d'échec (conduites qui se retournent contre l'individu) ; et la morosité qui n'est ni la dépression, ni la psychose, mais un refus d'investir le monde, les êtres, les objets, et peut conduire au passage à l'acte par fugue, délinquance, suicide, toxicomanie... Clinicien, P. Mâle essaie de marquer la distinction normal-pathologique. Selon lui, il faut distinguer la crise juvénile d'un tableau dissociatif où il précise que : « *l'image de soi n'est pas du tout acceptée* ». Ce n'est pas seulement « *difficile* » comme dans la forme sévère. La personnalité peut se diviser avec des bizarreries sortant du cadre de la simple originalité...

Le troisième modèle, décrit par E. H. Erikson (14), est psychanalytique et social. E. H. Erikson aborde la crise d'adolescence à travers le déroulement des crises d'identité antérieures et sous un aspect psychosocial. Il observe le sujet dans l'ensemble des individus, au sein d'une société donnant les limites et les exigences de développement. Il sépare « *la crise d'identité* » (14), période normative de l'adolescence et du début de l'âge adulte, et son équivalent pathologique : « *la confusion d'identité* ». Il cherche à faire connaître ce tableau particulier, afin d'éviter une signification fatale à sa symptomatologie, comme elle pourrait l'être à d'autres âges de la vie. Il insiste sur une incapacité à s'engager de façon authentique avec parfois un sentiment de honte universelle, un désintérêt pour le temps (le sujet peut se sentir jeune et très vieux), une possibilité de désir de mourir, des troubles de concentration, « *identité négative* » souvent par opposition à la famille et à l'entourage (l'ado-

Journées de l'EPFCL - France
18 et 19 novembre 2006


Palais des Congrès
Salle Bordeaux
Porte Maillot
Paris

L'objet de Lacan

Incidences cliniques, conséquences techniques

Renseignements
01 56 24 22 56

Ecole de Psychanalyse des Forums
du Champ Lacanien www.champ-lacanien-france.net



L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie

PSN – Psychiatrie, Sciences

Humaines, Neurosciences – Numéro spécial juin 2006

Doin Éditeur

Ce numéro, après un rappel du contexte légal et obligatoire de l'EPP en psychiatrie comme dans toutes les disciplines médicales, présente les rapports entre EPP et connaissances scientifiques, donne les perspectives de l'HAS et les réponses de quelques professionnels sur ce sujet, présente des approches concrètes appliquées à la psychiatrie et porte, à titre de comparaison, un regard sur le déroulement de l'EPP en médecine générale.

Le décret du 14 avril 2005 définit l'EPP (Évaluation des Pratiques Professionnelles) comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et inclus la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique ».

Cela implique que des références et recommandations de bonnes pratiques existent, qu'il soit possible pour chaque praticien, libéral ou hospitalier, de mesurer l'écart entre sa pratique et la pratique de référence, puis d'ajuster sa pratique en fonction des écarts constatés, cela pour une amélioration des soins délivrés.

B. Falissard montre les difficultés existant pour transformer ce qui convient de rationalité au champ de l'expérience

et de la recherche, en outils adaptables au quotidien de chaque praticien, toujours confronté à des réalités entrecroisées l'éloignant parfois considérablement des conditions expérimentales. Il souligne que ce qui a une valeur statistique n'a qu'une valeur statistique. Pour ne pas se laisser aller à la tentation d'un rejet en bloc des approches scientifiques dans la détermination des bonnes pratiques médicales, il recommande de maintenir le contact avec l'avancement des connaissances scientifiques en confrontant ses points de vues avec ceux des collègues.

A. Coulomb, Directeur de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans un débat avec M.C. Hardy-Bayle, J.C. Pascal et J.M. Chabo, membre de la HAS, pointe les difficultés évidentes rencontrées en raison de la variabilité géographique et démographique des conditions d'exercice. Ce débat souligne l'attente forte de la HAS pour éclaircir le flou des pratiques de façon à offrir plus de lisibilité du dispositif de soins, à la fois pour les usagers et les payeurs.

Les professionnels de la psychiatrie relèvent les risques de réduction des pratiques à une normalisation au détriment de valeurs éthiques. Ils demandent de rester vigilant à l'égard des dérives possibles vers des formalismes stérilisants et bureaucratiques. Les praticiens devant être accompagnés dans la démarche d'EPP, une mise en garde est faite pour ne pas faire d'amalgame entre EPP et FMC (Formation Médicale Continue). Les débats sont d'accord pour convenir que les recommandations et référentiels nécessaires à l'EPP ne peuvent être issus que d'un travail

des professionnels de terrain.

J.C. Pascal réaffirme que le souci de la qualité est très largement partagé en psychiatrie. L'ensemble des médecins souhaite donner des soins avec le meilleur rapport bénéfice thérapeutique/risque mais aussi le plus confortable pour le patient et, à qualité égale, peut-être le moins coûteux pour la collectivité. M.C. Hardy-Bayle apporte le concept de « *références utiles* », enjeu du projet de Prat Psy, inspiré de la pratique quotidienne des psychiatres. Elle rappelle que la clinique ne se sépare pas de la thérapeutique et que le but reste l'amélioration de l'état de la personne soignée. Elle déroule ensuite, à titre d'exemple, les modalités concrètes d'EPP du dispositif Prat Psy.

J.L. Baldazzini, responsable de FORMEPS, organisme de formation, décrit les objectifs et méthodes utilisés dans les établissements psychiatriques en relation avec la démarche de certification. Il insiste sur la valeur ajoutée par un accompagnement partenarial, facteur clé de la réussite de l'EPP.

Trois médecins généralistes, F. Raineri, P. Arnould, J.L. Gallais, apportent leurs expériences issues de la mise en place de « groupes de pairs » dans le cadre de la Société Française de Médecine Générale.

En conclusion, ce numéro sur l'EPP permet de comprendre les attentes de la HAS et la nécessité de voir les praticiens s'approprier le dispositif d'EPP et créer les référentiels et recommandations nécessaires.

G. Wagenaar

tout type de schizophrénie confondu, la violence la plus communément associée reste le suicide : 30 à 40 fois plus élevé que dans la population générale. La Conférence de Consensus⁽⁷⁾ rapporte que 20 à 40% des patients schizophrènes font des tentatives de suicide. Leurs modalités étant souvent plus violentes (défenestration, arme...), elles aboutissent plus : 15%, contre 2% dans la population générale. L'opinion publique a souvent tendance à négliger cette violence des schizophrènes contre eux-mêmes, pour ne considérer que la part hétéro agressive de leurs comportements... Comme pour les homicides, le risque relatif semble plus élevé pour les schizophrènes paranoïdes, en lien avec leurs hallucinations et leur vécu persécutif⁽³¹⁾. Les héboïdophrènes se suicideraient moins ; les symptômes négatifs joueraient, en quelque sorte, un rôle de « *facteur de protection* »... Mais, il faut nuancer ce propos en ajoutant que, classiquement, le risque de suicide au cours de l'évolution de la schizophrénie s'associe à la prise de conscience de la maladie, au désespoir et à la dépression. Un travail d'Amador⁽³²⁾ met en évidence que les patients schizophrènes aux idées et comportements récurrents de suicide sont généralement plus conscients de leur symptomatologie négative et de leur délire, que les patients non suicidaires. Un lien entre risque suicidaire et « *degré d'insight* » du patient serait déterminant : le risque augmenterait au moment où le schizophrène sortirait du vécu délirant pour se retrouver face au vide psychotique.

Il convient ainsi de garder à l'esprit que des troubles graves du comportement peuvent masquer un processus schizophrénique, et qu'il est parfois réducteur, trompeur, de s'arrêter à un diagnostic social, une qualification pénale. De là découlent les recommandations françaises de la Conférence de consensus⁽⁷⁾ :

- rechercher si un comportement antisocial ne masque pas une schizophrénie, en particulier en milieu carcéral ;
- rappeler l'importance de la notice individuelle établie par le magistrat, d'après les informations données par le sujet, lors de la décision d'incarcération. Elle comporte des renseignements sur l'état de santé du détenu, qui devraient être communiqués dès son arrivée au service médical de la prison ;
- demander que soit faite une plus grande information sur ces comportements à risque auprès des professionnels de police et de justice ;
- attirer l'attention des professionnels sur les comportements tels que les automutilations, ou les modalités violentes ou inhabituelles d'une tentative de suicide ;
- augmenter le nombre et les moyens des services psychiatriques au sein de la prison, dépendants du ministère de la Santé.

La Conférence de consensus insiste sur la surreprésentation des patients schizophrènes détenus, soulignant que ces patients ne bénéficient pas, ou parfois trop tard, de soins adaptés. Les héboïdophrènes notamment, rarement délirants, présentant plutôt une symptomatologie négative semblent souvent ignorés. La Conférence de consensus nous interpelle sur cette symptomatologie négative. Dans l'article⁽⁷⁾ sur « *Les caractéristiques cliniques des formes de début insidieuses* », P. Delamilleure et S. Dolfus citent les travaux de Häfner et al.⁽³³⁾ où la symptomatologie négative apparaît en premier dans 50 à 70 % des cas. De même, ils citent Herron⁽³⁴⁾ montrant, dès 1962, que « *les formes de schizophrénie à début progressif étaient surtout caractérisées par un grand repli, un déficit psychomoteur, une indifférence aux performances et une diminution de la motivation*... »... des signes négatifs donc... De plus, selon Häfner et al.⁽³⁵⁾, cette phase couvrirait, dans 75% des cas, une durée d'environ cinq ans,

lescent choisit des identifications souvent présentées, par ses proches, comme dangereuses ou indésirables aux stades antérieurs du développement)...

Le quatrième et dernier modèle est purement psychanalytique, issu d'une réflexion dynamique. La crise d'adolescence est considérée comme un processus, un « *organisateur psychique* » (E. Kestemberg), un mouvement de « *déliation des systèmes de représentations montés antérieurement par le moi, suivi d'un mouvement de liaison* », pour un retour à un nouvel état d'équilibre^(15, 16). L'adolescent traverse des changements, des contradictions, des conflits⁽⁵⁾. La symptomatologie apparaît alors variable et les passages à l'acte, les conduites d'opposition ne sont pas forcément pathologiques. Selon E. Kestemberg⁽¹⁷⁾, la crise devient pathologique lorsque la puberté et l'adolescence « *auront été non seulement critiques, mais aussi traumatiques* ». Elle distingue quatre niveaux pathologiques :

- absence apparente de crise, soit l'absence de réorganisation spécifique ;
- négation partielle ou totale de l'adolescence avec effacement de l'idéalisation naturelle de cet âge, comme si « *rien ne c'était passé* » (exemple de l'anorexie mentale) ;
- valorisation excessive du changement pubertaire avec activisme sexuel et parfois inhibition de l'activité intellectuelle ou créatrice ;
- découverte de sa propre altérité, avec un adolescent qui devient étranger à lui-même et à l'objet, suggérant l'entrée dans un processus schizophrénique.

Ainsi, selon les lectures sociologique, psychologique, voire psychanalytique, les troubles du comportement, les passages à l'acte de l'adolescent sont à nuancer. La société tendrait à stigmatiser « *la crise* » des adolescents pour se rassurer, tandis que les discours développemental utilise « *le concept de crise* » ou sens de concept d'évolution. Pour schématiser : pour les uns, la crise s'apparente au pathologique, ou plutôt « *au nuisible* », avec des comportements gênant la microsociété familiale et la société en général, les adolescents

seraient de plus en plus insupportables, ingérables, avec des passages à l'acte regroupés sous le vocable « *crise d'adolescence* ». Pour les autres, au contraire, la « *crise d'adolescence* » s'inscrit dans une normalité développementale, et s'avère nécessaire pour parvenir à une structure d'adulte. Néanmoins, à la lecture de chaque modèle, même si certains symptômes prêtent à confusion avec des éléments sémiologiques d'un syndrome dissociatif, il est clair que jamais un adolescent, dans « *la normalité de sa crise* », n'atteindra une situation de gravité sociale et de dangerosité. Par exemple : tentatives de suicide, suicides, toxicomanies sont déjà des troubles graves de l'adolescence. L'agir en tant que stratégie interactive, mécanisme de défense, entrave à une conduite mentalisée, ou encore refus, devient ici un autre problème. L'impression clinique semble déterminante pour s'orienter vers une psychose et l'important semble, de toute façon, de ne pas laisser passer les troubles graves du comportement. Existe-t-il une relation significative entre certains comportements graves et une pathologie schizophrénique ? Ces troubles ont-ils un intérêt pour établir un diagnostic précoce de schizophrénie ?

Conférence de consensus de Janvier 2003

Dans son article de la Conférence de Consensus⁽⁷⁾, P. Carrière rappelle que les troubles du comportement sont très vagues au sein de la schizophrénie, et que de nombreux symptômes peuvent prendre cette appellation. Il cite, en référence, Kapsambélis⁽¹⁸⁾ : « *il s'agit d'une pathologie qui touche la totalité de la personne* ». Cet auteur choisit de réduire son éventail d'étude et observe seulement les troubles graves du comportement, soit ceux ayant une gravité sociale ou une dangerosité pour le sujet ou pour autrui, ce qui frôle les limites du spectre héboïdophrénique.

Selon diverses études : Monahan J. et Steadman H.⁽¹⁹⁾, Swanson et al.⁽²⁰⁾, Stueve et Link⁽²¹⁾, Angermeyer⁽²²⁾, une relation modérée, mais significative,

existe entre violence et schizophrénie. Néanmoins, ce risque est à nuancer car :

- la contribution des maladies mentales, au niveau d'insécurité de la société, est particulièrement faible selon Swanson : environ 3%^(5, 18) ;
 - le risque est beaucoup moins élevé que pour un proche ou un membre de la famille du patient^(7, 20) ;
 - le risque est particulièrement augmenté si l'usage de toxiques est associé^(5, 19) : multiplication du risque de 7 à 17 fois selon une revue de la littérature effectuée par Angermeyer⁽²²⁾.
- La population schizophrène apparaît surreprésentée en prison : 2 à 4%^(23, 25), contre 1% de la population générale. Des études mettent en évidence que, pour un très grand nombre de schizophrènes incarcérés, la plupart commettent un acte de violence avant la première prise en charge médicale : Mullen et al.⁽²⁶⁾ sur deux grandes populations de schizophrènes ; données de Gallet⁽²⁴⁾ sur la maison d'arrêt de Toulouse, en 2000, où dans près d'un tiers des cas des patients diagnostiqués schizophrènes (31%), le passage à l'acte criminel était la première manifestation pathologique.

Les travaux finlandais d'Eronen^(27, 28), portant sur la quasi-totalité des auteurs d'homicides entre 1980 et 1992, montrent que les schizophrènes, non traités, ont un risque de commettre un acte violent huit fois supérieur à la population générale (pour les psychopathes, le risque est dix fois supérieur à la population générale).

Au niveau diagnostic, Eronen relève que les sujets dangereux sont plus souvent des schizophrènes paranoïdes que des héboïdophrènes. Pour Y. C. Carraz⁽²⁹⁾ comme dans nos recherches bibliographiques, un seul auteur, Rinderknecht⁽³⁰⁾, associe crime et héboïdophrénie. Si le crime semble donc plus fréquent pour les schizophrènes, les héboïdophrènes semblent peu s'illustrer dans ce domaine. Parallèlement, comparativement à la population générale⁽⁷⁾, les schizophrènes ont quatorze fois plus de risque d'être victimes d'agression, sont trois ou quatre fois plus victimes d'accidents, et six fois plus souvent victimes d'homicides. Enfin,

LIVRES

La lettre et l'œuvre dans la psychose

Fabienne Hulak

Postface de Pierre Vermeersch
Erès, 23 €

L'auteur engage la clinique psychanalytique dans la question de l'œuvre dans son rapport à la structure psychotique et aux perspectives de résolution de certaines de ses manifestations. En s'appuyant sur les écrits des psychiatres de la fin du XIX^e et début du XX^e siècle, elle brosse le parcours du sujet depuis la souffrance jusqu'à son essai de résorption par la création dans un travail psychanalytique. Quelles qualifications accorder aux productions de la folie ? Symptômes ou créations artistiques ? Fabienne Hulak étudie les phénomènes de création permettant aux sujets psychotiques un arrimage pacifié à l'Autre. Elle montre une généalogie de la fonction de la lettre, au cœur de la psychiatrie classique à travers les concepts historiques tels que phénomène élémentaire, délire, stéréotypie, et, à partir d'une analyse de la fonction de l'œuvre comme restauration du lien social. Prendre en compte cette fonction littéraire dans le cadre d'une relation transférentielle offre pour elle des perspectives thérapeutiques intéressantes.

Emancipation sexuelle ou contrainte des corps ?

Sous la direction de Hélène

Marquié et Noël Burch

L'Harmattan, 16 €

Nous vivons dans une société où il est couramment admis, triomphe de la psychanalyse freudienne, que la sexualité est à la base de tout : comportements, relations, identités ; et de ce tout individualiste, on passe à une ambition sociopolitique plus large, comme le souligne Sandrine Garcia dans l'article qui ouvre ce recueil. Le texte de Danielle Haase-Dubosc rappelle que, pour l'immense majorité des femmes, l'émancipation (y compris l'émancipation sexuelle) reste, aujourd'hui, telle qu'elle a été posée par les femmes du XVII^e siècle : elle concerne d'abord l'accès à l'autonomie financière, à l'éducation et à une légitimité de pensée, le droit à questionner leurs désirs propres, et à vivre une sexualité définie selon leur point de vue.

A côté d'une esthétique de la transgression sexuelle, Hélène Marquié signale que la production des femmes chorégraphes se caractérise aussi par la revendication d'un corps féminin développant une certaine esthétique misérabiliste de la féminité narcissique, fragile, malade. Esthétique particulièrement bien représentée dans la production littéraire des jeunes romancières « *filles de la libération sexuelle* », auxquelles s'attache Audrey Lasserre qui s'interroge sur les traits communs de ces écritures du corps au féminin, et notamment sur la reprise de stéréotypes masculins et misogynes.

Remontant le temps jusqu'au XVI^e siècle, Eliane Viennot s'interroge sur la véritable identité de sexe de Jeanne Flore, auteur d'un texte, à l'époque, célèbre, et soulève la question du sens des « *discours amoureux* ».

Sophie Houdard se penche sur la littérature et la philosophie libertines, dont on ne connaît quasi exclusivement que les productions masculines. Rejoignant l'analyse de Danielle Haase-Dubosc, elle souligne que la sexualité et le corps des femmes deviennent objets d'un exercice philosophique au centre des récits libertins.

LIVRES

Syndromes douloureux atypiques

Stephen D. Waldman
Coordination scientifique de l'édition française Julie Cosserrat
Elsevier, 42 €

Les syndromes douloureux atypiques peuvent être rencontrés dans l'exercice quotidien de chaque praticien car tous les appareils peuvent être concernés. En raison de leur relative rareté, ils sont le plus souvent mal connus et de diagnostic retardé. Ils sont alors à l'origine de multiples consultations et examens dont une grande partie peut s'avérer inutile. Ce livre a été conçu par un anesthésiste spécialiste de la prise en charge de la douleur, ce qui explique sa conception. L'auteur a privilégié les descriptions cliniques, enrichies par une iconographie très parlante qui évoque immédiatement le type de tableau douloureux. Les diagnostics différentiels sont détaillés, car certaines confusions peuvent avoir des conséquences graves. Le principe de la prise en charge est à chaque fois rappelé, reposant le plus souvent sur un traitement oral ou des infiltrations locales.

Familles contemporaines et temporalités

Laurence Charton
l'Harmattan, 23 €

Laurence Charton aborde les différentes interprétations qui ont foisonné au cours des dernières décennies sur les changements familiaux. Elle précise la place de la famille dans l'évolution sociale. Des entretiens biographiques menés avec des femmes désireuses d'adopter une attitude réflexive par rapport à leur vécu familial permettent de montrer que le rapport au temps est une dimension essentielle des expériences relatées. Il est marqué par des continuités, des réorientations et des ruptures qui singularisent diverses manières de faire et de comprendre sa propre histoire.

d'où une distinction parfois non évidente avec cinq années d'adolescence difficiles et tumultueuses. Il convient alors de s'interroger sur des adolescents un peu bizarres, qui semblent amotivés, ralentis, s'illustrant par exemple dans des vols, des fugues à répétition... Et si cet adolescent entrainé dans la maladie ? Statistiquement, il lui resterait quelques années avant l'apparition de symptômes plus francs qui conditionneraient le repérage de l'épisode psychotique...

Caractéristiques de l'héboïdophrénie

A travers les écrits de Kalhbaum⁽¹⁾, de ses héritiers, et nos constatations, tentons de préciser le tableau de l'héboïdophrénie.

Éléments de diagnostic positif

Citons :

- 1) Le sujet est un jeune adolescent « hétéro »⁽¹⁾, auparavant très sage et affectueux.
- 2) Des antécédents familiaux⁽¹⁾, notamment d'éthylisme familial.
- 3) Des troubles du caractère avec, en mots clefs, opposition et insoumission, fréquemment observées dans le milieu familial, mais aussi à l'école (métamorphose brusque d'un écolier travailleur en un sujet distrait et indiscipliné d'où bien souvent une succession de changements d'établissements scolaires), et plus tard sur le marché du travail (multiples employeurs). Face aux règles, ou sans raison précise sinon un désir presque utopique de « changer de paysage », « d'aller au soleil de la côte d'azur », il n'est pas rare d'assister à des fugues, qui peuvent se transformer en vagabondage (Halberstadt⁽³⁶⁾, Benon⁽³⁷⁾). Pour subsister, l'héboïdophrénie va ainsi commettre vols, petits délits, et est conduit parfois vers la prostitution, les perversions sexuelles, appartenant à une bande de délinquants, des milieux excentriques, ou artistiques...

4) Des traits psychotiques, avec une symptomatologie négative :

- autisme qualifié de « morose » par Guiraud⁽³⁸⁾ ;
- négativisme, que Guiraud⁽³⁸⁾ interprète comme une « résistance violente négativiste » avec des oppositions fréquentes, brutales, sans raison valable, mais tournées contre autrui et la société ;
- apragmatisme...

Dans sa description du « personnage héboïdophrène », Jacques Chazaud⁽³⁹⁾ parle de « rododomontade narcissique », qui serait un trait pathognomonique de l'héboïdophrénie :

« Les traits du personnage... consistent toujours sur un fond discret de subdépersonnalisation (parfois simplement ébauchée en goût excessif pour les sports ou la danse), en vellétés artistiques souvent plus rêvées que réalisées, en fantaisies éveillées compensatrices allant jusqu'aux fantasmes les plus polymorphes de supériorité, en « prétentions » intellectuelles plus ou moins solides ou naïves... S'y ajoutent des moments critiques et délirants... alternativement catatoniques, paranoïdes, maniacoïdes, ou persécutifs, mais toujours très épisodiques (parfois quelques jours seulement). S'y ajoutent des désirs constants d'expatriation, de changements de nationalité, avec réalisation fréquente de voyages pathologiques, qui ne sont pas de simples fugues, mais des tentatives de nouveau départ dans un ailleurs aussitôt décevant quand il n'est plus mythique. La grandiloquence plus ou moins maniérée, l'emphatisme parfois prêcheur, la révolte, prenant chez la femme la voie d'une liberté sexuelle désinvestie avec avortements et abandons d'enfants, sont érigés en catégories existentielles... style d'adolescent farceur quand bien même le sujet a la trentaine... poursuit ses buts sans ténacité durable, interchangeant les dépravations... »⁽³⁹⁾

5) Une évolution non pas vers la démence précoce, mais vers des décompensations psychotiques à minima, très brèves, avec conservation de la personnalité, sans dissociation trop prononcée.

Principaux diagnostics différentiels

1) Une crise d'adolescence.

2) Une psychopathie.

Insistons sur :

- la biographie : dès son plus jeune âge, le psychopathe, que d'autres nomment également déséquilibré, est un enfant très difficile, inéducable, insolent, et ce trait s'accroît avec l'âge, contrairement à l'héboïdophrène plutôt enfant calme, docile, affectueux ;
- l'analyse des mobiles, des motivations dans les passages à l'acte : le psychopathe, égoïste, agit pour lui, pour son unique intérêt personnel, pour se valoriser, ce qui fait défaut dans les actes commis par l'héboïdophrène, souvent trop loin de la réalité pour chercher un profit ;
- le plaisir de mal faire, de violer les interdits, de transgresser la loi, présent chez le psychopathe, est absent chez l'héboïdophrène.

3) Une hébéphrénie avec son évolution vers « la démence précoce » et, comme pour la psychopathie, une motivation des passages à l'acte, différente de celle de l'héboïdophrène. Michaux⁽⁴⁰⁾ indique que l'hébéphrénie commettrait plutôt des actes absurdes, sans motivation, avec une exécution stéréotypée, impulsive, sans réflexion, contrairement à l'héboïdophrène souvent capable de les expliquer, de les justifier.

Le vol de l'héboïdophrène serait mieux ordonné, adroitement exécuté, comme le serait celui d'un escroc habituel, mais à cette seule différence qu'il est souvent sans utilisation. L'impulsivité survenant sur fond d'apragmatisme est aussi un point important. L'hébéphrénie peut suivre un schéma mouton qui va se dérouler jusqu'à une fin inexorable, et dans un but qui échappe à tout un chacun du fait de la discordance et de l'autisme. Plus imprévisible, plus impénétrable, il apparaît donc plus dangereux que l'héboïdophrénie.

Le médico-légal ressurgit alors...

Quelques orientations médico-légales

Le principe d'« irresponsabilité pénale du fou », qui apparaît dès la civilisation égyptienne dans le livre des morts⁽⁴¹⁾, puis dans la Bible⁽⁴²⁾, s'établit durant l'antiquité gréco-romaine⁽⁴²⁾ pour traverser les siècles jusqu'à nos jours. Pour le cas particulier de l'héboïdophrénie, rien n'apparaît clairement. Pourtant dans l'entre-deux-guerres, certains auteurs (Rinderknecht, Halberstadt, Benon, Guiraud) attirent l'attention sur les faits médico-légaux pouvant révéler une héboïdophrénie. Ils insistent sur des passages à l'acte particuliers dans des contextes de vagabondage, d'alcoolisme, de prostitution... mais, un flou subsiste dans le domaine judiciaire. Pour le clinicien, le psychopathe est responsable de ses actes. Mais, qu'en est-il de l'héboïdophrénie, surtout lorsque l'on observe l'évolution de certaines classifications et la dénomination ambiguë de « schizophrénie pseudo-psychopathique » ? Que préconiser pour des actions d'apparence perverse, mais sur fond d'irrationalité ? Que penser de celui qui n'évolue pas comme l'hébéphrénie dans un monde autistique, qui reste dans la société, mais avec des tendances autistiques, comme s'il était dans un début de perte de contact avec la réalité ?

Nous rejoignons ici une des critiques de l'article 64 du Code Pénal de 1810, la question de personnes atteintes d'un trouble mental insuffisamment grave pour être qualifié d'« état de démence », mais de nature à influencer leur libre arbitre⁽⁴³⁾. L'article 64 ne considère, en effet, que les patients dont l'évolution se caractérise par cet « état de démence », état que Kalhbaum a d'ailleurs tenu à rejeter pour son tableau d'héboïdophrénie. « Il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». Face à ce problème qui ne concerne, évidemment, pas seulement l'héboïdophrénie, il faudra attendre le 1^{er} Mars 1994 pour que l'article 64 soit aboli et remplacé par l'article 122.1 du Nouveau Code Pénal (NCP). En 184 ans, se sont succédés :

1) La circulaire Chaumié du 12 Décembre 1905, qui introduit la notion d'« anomalies mentales » au sens large, et la question d'une responsabilité atténuée ;

2) La Circulaire de 1958, article C 345 de l'Instruction générale pour l'application du code de procédure pénale, par laquelle l'expert n'a plus à se prononcer sur la responsabilité (celle-ci relève alors de la seule compétence du juge). En parallèle, à la disparition du terme héboïdophrénie, nous comprenons l'absence dans la littérature de travaux interrogeant sur la responsabilité des héboïdophrènes. L'article C 345, qui constitue encore actuellement la mission type d'un expert psychiatre avec ses cinq questions, contourne la question. Néanmoins, se substitue des notions assez complexes^(44, 45) : dangerosité - en notant que la dangerosité psychiatrique (au sens d'une éventualité) est bien différente de la dangerosité pénale (fait accompli) -, curabilité, réadaptabilité...

3) L'article 122.1 du NCP : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ». Le deuxième alinéa vient combler la lacune de l'article 64. Avec les termes de « troubles psychiques ou neuropsychiques », qui se substituent à « état de

Prise en charge de la psychopathie

Recommandations et rapport d'orientation de la Commission d'audition

Suite à une demande du ministère de la Santé et des Solidarités, une audition publique sur la « Prise en charge de la psychopathie », organisée par la Haute Autorité de santé, s'est déroulée les 15 et 16 décembre 2005. Elle a permis un débat entre experts, professionnels et public, au terme duquel une Commission d'audition s'est réunie pour rédiger un rapport d'orientation et des recommandations. Les recommandations de la Commission d'audition portent sur la définition de ce trouble de la personnalité. Elles concernent sa prévention chez l'enfant et l'adolescent ainsi que sa prise en charge chez l'adulte. La Commission d'audition émet des recommandations sur la coordination et la formation des différents acteurs des secteurs sanitaire et judiciaire concernés, ainsi que sur les recherches à mener.

Les recommandations de la Commission d'audition

• La Commission d'audition constate que la « psychopathie » n'est pas une maladie mentale, mais un trouble de la personnalité qui ne peut être reconnu qu'à l'âge adulte. Elle recommande en conséquence d'utiliser la formulation : « organisation de la personnalité à expression psychopathique » plutôt que le terme « psychopathie ». Les données concernant la prévalence de ce trouble de la personnalité dans la population générale sont inexistantes.

• Différencier organisation de la personnalité à expression psychopathique et acte de délinquance

En l'absence de données fiables, la Commission d'audition recommande la plus extrême prudence sur l'existence d'un lien causal entre organisation de la personnalité à expression psychopathique et délinquance. Les études existantes, qui montrent une surreprésentation des personnes souffrant de troubles mentaux en prison, ne portent pas spécifiquement sur les personnalités à expression psychopathique.

• Promouvoir la recherche

Face au manque de données scientifiques valides en France, la Commission d'audition insiste sur la nécessité de disposer d'études fiables afin, d'une part, de mieux fonder les décisions médicales, d'autre part, d'éclairer les choix de politique publique. Ces études doivent associer plusieurs champs disciplinaires : psychiatrie, psychologie, santé publique, sociologie, criminologie.

• Prévenir et prendre en charge les enfants et les adolescents présentant des troubles des conduites

Il résulte des études publiées et de l'audition publique des experts que la majorité des personnes souffrant à l'âge adulte d'une organisation de la per-

sonnalité à expression psychopathique a présenté des troubles des conduites pendant l'enfance et l'adolescence.

Malgré les incertitudes, les données actuelles conduisent la Commission d'audition à préconiser des actions préventives précoces, assorties d'une offre de prise en charge individuelle lorsque cela est nécessaire. Même si la Commission d'audition est consciente du risque de stigmatisation inhérent à toute politique de repérage précoce, elle estime que le risque de laisser des enfants en souffrance sans proposition de prise en charge est largement plus important. Cependant, dès lors que ces troubles des conduites peuvent annoncer des difficultés ou impasses de développement, la Commission d'audition préconise une stratégie de repérage et de prévention non spécifique. Elle insiste sur le fait que le repérage n'a de sens que s'il est accompagné d'une offre de prise en charge.

• Prendre en charge les adultes de manière coordonnée

La Commission d'audition estime que les personnes souffrant d'une organisation de la personnalité à expression psychopathique doivent bénéficier d'une prise en charge thérapeutique fortement articulée avec la prise en charge sociale. Compte tenu du parcours de ces personnes, jalonné par des ruptures affectives, familiales et sociales réitérées, elle insiste sur la nécessité d'un cadre structurant et d'une coordination sans faille de tous les intervenants.

• Améliorer la coordination entre les champs sanitaire et judiciaire

La Commission d'audition souligne que les experts s'accordent sur l'impossibilité de déterminer avec certitude si une personne souffrant d'une organisation de la personnalité à expression psychopathique est ou non susceptible de récidiver. Elle estime que l'obligation judiciaire de soins présente un intérêt à condition qu'elle soit médicalement fondée et que la relation entre les juges de l'application des peines, le service d'insertion et de probation et la structure soignante soit suffisamment structurée et organisée. Elle se montre, en revanche, réservée sur les dispositions visant à subordonner des réductions de peine au suivi d'une thérapie en prison. Elle insiste sur le déficit de moyens humains disponibles pour prendre en charge ces personnes.

• Favoriser la formation des différents acteurs

Enfin, la Commission d'audition insiste sur la nécessité de conduire une politique volontariste de formation de tous les intervenants afin de leur donner une culture commune concernant les modalités de repérage de troubles éventuels et l'offre de prise en charge.

Le rapport d'orientation « Prise en charge de la psychopathie » ainsi que les recommandations de la Commission d'audition sont disponibles sur le site Internet de la HAS (www.has-sante.fr).

LES WEEK-ENDS DE PSYCHOGÉRIATRIE À SAINTE-ANNE Programme 2006-2007

Continuité psychiatrique : J.C. Montfort, Hôpital Sainte-Anne, Paris
Continuité gériatrique :

A.-M. Mathieu, Hôpital Corentin Celton, Issy-les-Moulineaux

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

Thème des week-ends

Premier week-end : *Les troubles du comportement, névroses graves et états limites*

Deuxième week-end : *Les personnes âgées ayant un trouble schizophrénique*

Troisième week-end : *La souffrance des patients, des familles et des soignants*

Quatrième week-end : *La vie des personnes âgées, pièges et réussites*

Méthodes pédagogiques : Le thème de chaque demi-journée comporte un exposé avec son illustration vidéo puis est suivi d'échanges.

Horaires : quatre week-ends (le vendredi de 9h à 17h et le samedi de 9h à 12h).

Dates : 6 et 7 octobre 2006 ; 15 et 16 décembre 2006 ; 23 et 24 mars 2007 ; 25 et 26 mai 2007.

Lieu : Amphithéâtre Morel, Hôpital Sainte-Anne (entrée : 1 rue Cabanis, 75014 Paris. Métro Galvinière).

Inscriptions : Cet enseignement est ouvert exclusivement aux médecins, psychiatres, gériatres, généralistes.

La participation peut être envisagée pour un ou plusieurs week-ends et comportera, pour ceux qui le désirent, à chaque fois le samedi après-midi la visite guidée d'un lieu de soins psychiatriques de la région Ile-de-France.

Renseignements et inscriptions : Secrétariat de l'unité Psychogériatrique, Service du Dr Gérard Massé, 01 45 65 84 49.

démence », peuvent être considérés certains patients encore en lien avec la réalité. Comment ne pas penser alors aux héboïdophrènes ?

Par cette modification de 1994, le Code Pénal offre une alternative à la loi du tout ou rien énoncée dans l'article 64. Néanmoins, pour les experts psychiatres, il n'en reste pas moins difficile de déterminer la frontière entre « discernement totalement aboli » ou « discernement simplement altéré ». Il ne faut pas négliger l'évolution actuelle de l'expertise psychiatrique et la tendance actuelle de certains psychiatres à considérer qu'un procès, qu'une incarcération au titre des rôles de punition, purgeation de la prison, responsabiliseraient leur patient, et amélioreraient leurs chances de guérison. La justice est utilisée à des fins thérapeutiques ! Ne s'orientent-ils pas vers une dérive de leur mission initiale, celle de reconnaître des patients psychiatriques et de les conduire dans des lieux de soins plutôt que derrière des barreaux ? Si éventuellement pour l'adolescent où rien n'est encore fixé, où tout peut se jouer, ou se rejouer, il est peut-être parfois préjudiciable de lever toute responsabilité, en se basant sur le principe que rien n'est plus aliénant que l'absence de sanction, que dire alors face à la constatation d'une surreprésentation de schizophrènes incarcérés ? Que penser de ces schizophrènes, apragmatiques, repliés dans une cellule ? Sont-ils vraiment à leur place ? Bénéficient-ils de soins adaptés ? Que proposer pour un héboïdophrène ? Une admission en hôpital psychiatrique de sûreté... où les places se font de plus en plus rares ? Un placement d'office en hôpital psychiatrique, en service ouvert ? Peu satisfaisant... Il apparaît ainsi bien difficile d'être catégorique et l'expert, s'il est mandaté pour un tel patient, aura à peser le pour et le contre.

Rencontrer un psychiatre n'est pas encore systématique pour tout héboïdophrène incarcéré, malgré les Services Médico-Psychologiques Régionaux, assurant la surveillance et le traitement des détenus présentant des troubles psychiques, et ne relevant pas d'une hospitalisation...

Conclusion

Héboïdophrénie, que de discussions depuis les premières descriptions de Kahlbaum ! Pourtant, l'héboïdophrénie semble bien distinct d'un adolescent « en crise », d'un psychopathe dans ses passages à l'acte, et même de l'héboïdophrène plus impénétrable, plus dissocié. Finalement, s'impose un entretien à la recherche de quelques éléments clefs. La distinction n'est pas évidente. L'héboïdophrène peut se cacher sous une apparence perverse. Ne faut-il pas alors penser à ces patients qui ne bénéficient pas toujours d'une aide psychiatrique ? Un traitement neuroleptique, une « thérapie verbale reconstructive » comme le préconisait Pierre Mâle⁽⁴⁶⁾, basée sur la gratification et l'intégration plus complète de la réalité, associés par exemple à l'ergothérapie pour lutter contre l'apragmatisme de l'héboïdophrène, ne seraient-ils pas judicieux ? Pouvons-nous être satisfaits, par ailleurs, de la surreprésentation des schizophrènes incarcérés ? Ne laissons-nous pas passer ces quelques éléments ténus qui font parfois la différence entre un psychopathe, une crise juvénile et un héboïdophrène ? Ainsi, en écho aux recommandations de la Conférence de Consensus de 2003, il semble particulièrement utile de sensibiliser médecins, mais aussi professionnels de la police et de la justice, à ces comportements antisociaux particuliers. Ne faudrait-il pas revenir à cette idée d'une structure intermédiaire entre l'hôpital psychiatrique et la prison, un établissement pénitentiaire spécifique ? ■

Nathalie Coulon*
Michel Walter**

* Psychiatre, interne du Chu de Brest. Adresse e-mail : nathalie.coulon@yahoo.fr

** Psychiatre, professeur, secteur universitaire de psychiatrie du Chu de Brest. Hôpital de Bohars, BP 17, 29820 Bohars. Téléphone : 02.98.01.51.56. Adresse e-mail : michel.walter@chu-brest.fr

Bibliographie

(1) KAHLBAUM K. L., *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Entteilung*

der Seelenstörungen, Kafeman Edit. Dantzig, 1963.

(2) KAHLBAUM K. L., *Ueber eine Klinische Form des moralischen Irreseins*, Allgem. Zschf. F. Ps. 1885, 41, 711. Neurol. Centralblatt. 1884, 476. Erlenmeyer's Centralblatt. 1884, 470.

(3) KAHLBAUM K. L., *Ueber Heboïdophrénie*, Allgem. Zschf. F. Ps. 1890, 46, 461.

(4) LÉVY-SOUSSAN P., *Psychiatrie*, Coll. Med-line. Estem édition. Paris, 1994.

(5) MARCELLI D., BRACONNIER A., *Adolescence et psychopathologie*, 5ème éd. Coll. Les âges de la vie. Masson, Paris, 2000.

(6) DEBESSE M., *La crise d'originalité juvénile*, 1ère éd. PUF, Paris, 1936.

(7) PETITJEAN F., MARIE-CARDINE M. et col., *Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques*, Conférence de consensus 23 et 24 Janvier 2003. Fédération française de psychiatrie. John Libbey Eurotext. Paris, 2003.

(8) BRUSSET B., *Psychopathologie de l'adolescence*, in Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent*, Edition Quadrige/ PUF, Paris, 1999, III, 2181-2199.

(9) BRUSSET B., *Qui est en crise : les adolescents ou la société ?* Autrement. 1975, 1, 68-81.

(10) FIZE M., *Crise d'adolescence : une face des temps modernes*, Regards. 1999, 5.

(11) FIZE M., *Les adolescents*, Collection les Idées reçues, Edition le Cavalier Bleu. Paris, 2002.

(12) BRISSET C., JEAMMET P., PETIT-CLERC J. M., *L'adolescence en crise*, Journal du sénat. 2003, Mai, 3.

(13) MÂLE P., *La crise juvénile*, Payot, Paris, 1982.

(14) ERIKSON E. H., *Identity youth and crisis*, W. W. Norton Co. Inc. 1968.

(15) KESTEMBERG E., *L'identité et l'identification chez l'adolescent*, *La psychiatrie de l'enfant*, PUF, Paris, 1962.

(16) TERRIER C., TERRIER G., *L'adolescence : un processus*, Revue Française de psychanalyse 1980, 44, 3-4, 581-590.

(17) KESTEMBERG E., *La crise d'adolescence*, Revue Française de psychanalyse. 1980, 44, 3-4, 524-530.

(18) KAPSAMBÉLIS V., *Troubles du comportement et pathologie schizophrénique*, Séminaire de Psychiatrie biologique. Hôpital Sainte-Anne, Paris, 2000-2001.

(19) MONAHAM J., STEADMAN H., *Violence and mental disorders: developments in risk assessment*, University of Chicago Press. Chicago, 1994.

(20) SWANSON J., SWARTZ M., ESTROFF S., BORUM R., WAGNER R., HIDAY V., *Psychiatric impairment, social contact, and violence behaviour: evidence from a study of outpatient-committed persons with severe mental disorder*, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1998 Dec, 33 Suppl. 1, 86-94.

(21) STUEVE A. LINK B. G., *Gender differences in the relationship between mental illness and violence: evidence from a community-based epidemiological study in Israel*, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1998 Dec, 33 Suppl. 1, 61-67.

(22) ANGERMEYER M. C., *Schizophrenia and violence*, Acta. Psychiatr. Scand. 2000, 102, 407, 63-67.

(23) TEPLIN L. A., *The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program*, Am. J. Publ. Health. 1990, 80, 663-669.

(24) GALLET E. et al., *Les psychotiques incarcérés*, Forensic. 2000, 2-3, 48-52.

(25) GOLDEFY M. et al., *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus, études et résultats*, DREES 2002, 181, 10.

(26) MULLEN P. E. et al., *Community care and criminal offending in schizophrenia*, Lancet. 2000, 102, 407, 63-67.

(27) ERONEN M. et al., *Schizophrenia and homicidal behavior*, Schizophr. Bull. 1996, 22, 1, 83-89.

(28) ERONEN M. et al., *Mental disorders and homicidal behaviour in Finland*, Arch. Gen. Psychiatry. 1996, 53, 6, 497-501.

(29) CARRAZ J. C., *Héboïdophrénie*, Thèse de médecine, Strasbourg, 1968, n°42.

(30) RINDERKNECHT G., *Über Kriminelle Heboïde*, Zschf. f. d. g. Neurol. 1920, 57, 35.

(31) FENTON W. S., MC GLASHAN T.

H. et al., *Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders*, Am. J. Psychiatry 1997, 154, 199-204.

(32) AMADOR F. X. et al., *Suicidal behavior in schizophrenia an its relationship to awareness of illness*, Am. J. Psychiatry 1996, 153, 9, 1185-7.

(33) HÄFNER H., RIECHER-RÖSSLER A., MAURER K., FÄTKENHEUER B., LÖFFLER W., *First onset and early symptomatology of schizophrenia. A chapter of epidemiological and neurobiological research into age and sex differences*, Eur. Arch. Psychiatr. Clin. Neurosci. 1992, 242, 109-118.

(34) HERRON W. G., *The process-reactive classification of schizophrenia*, Psychol. Med. 1962, 59, 329-343.

(35) HÄFNER H., LÖFFLER W., MAURER K., HAMBRECHT M., AN DER HEIDEN W., *Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia*, Acta. Psychiatr. Scand. 1999, 100, 105-118.

(36) HALBERSTADT G., *La forme héboïdophrénique de la démence précoce*, Annales médico-psychologiques 1925, II, 23-32.

(37) BENON R., *Démence précoce et vagabondage*, Annales médico-psychologiques

1923, I, 370.

(38) GUIRAUD P., *Psychiatrie clinique*, 3ème édition, Le François, Paris, 1956.

(39) CHAZAUD J., *Vues sur l'héboïdophrénie. Travaux originaux*, L'Encéphale 1964, 6, 671-685.

(40) MICHAUX L., *Les troubles du caractère*, Hachette, Paris 1964, Vol. I.

(41) GOUREVITCH D., *La psychiatrie dans la civilisation hébraïque ancienne*, in *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, POSTEL J., QUETEL C., Nouvelle édition Dunod, Paris 1994, 28-29.

(42) BENEZECH M., *Données historiques anciennes sur la psychiatrie médico-légales, in 2000 ans de Psychiatrie*, Publication Ardx. 2000.

(43) LE GUNEHÉC F., *L'irresponsabilité pénale, le point de vue du juriste*, Psychiatrie légale, Ellipses, Paris 1995.

(44) BADIE C., *Naissance et évolution actuelle de l'expertise psychiatrique*, Thèse de Médecine. Brest 2003, n° 290312.

(45) LANDRY M., *Le psychiatre au tribunal*, Privat, Toulouse 1976.

(46) MÂLE P., *Psychothérapie de l'adolescent*, Quadrige / PUF, Paris 1964.

LIVRES ET REVUES

La santé en périnatalité : de la promotion à l'illusion

Dossier coordonné par Paul Marciano et Pierre Callamand

Spirale n°37, Erès, 12 €

Les progrès dans le domaine de la santé en périnatalité qui sont vertigineux ont prouvé leur efficacité dans certains volets comme l'accompagnement des femmes enceintes, la réanimation néonatale et le suivi des enfants prématurés. Ces avancées doivent s'accompagner d'une refondation philosophique, éthique, psychologique et sociologique afin que les progrès médicaux ne soient pas assujettis à un emballement moderniste doublé d'une logique résolument marchande. Cet ouvrage rassemble les travaux des intervenants des XVI^e rencontres nationales de périnatalité de Béziers des 6 et 7 avril 2006. Pour P. Marciano l'un des enjeux majeurs consisterait à mettre en exergue l'idée suivante : la promotion de la santé légitimée par ses considérables avancées et malgré des actions déclinées dans de multiples domaines, ne parviendra pas à soustraire certains sujets à une authentique souffrance somatique, psychologique et sociale. Cet inévitable échappement à ce que nous pourrions considérer comme un quadrillage médico-psychosocial, renvoie les professionnels de santé à leurs limites, à leurs incapacités, voire impuissance, et, en même temps, de façon symétrique, à la liberté du sujet.

Le sonore et la figurabilité

Edith Lecourt, *L'Harmattan*, 30 €

A la fin des années 1970, l'auteur a pensé que les difficultés qu'elle rencontrait en musicothérapie venaient en grande partie du fait que la question n'était pas de déterminer les morceaux de musique (ou extraits demorceaux) inducteurs de tel ou tel état émotionnel, mais de savoir ce qui fait que, dans certains cas, la musique, plutôt que la parole a un impact thérapeutique. C'est-à-dire qu'il fallait s'interroger sur la musique elle-même, en général, sur ce que l'on appelle musique. Et ce, non d'un point de vue technique, ou musicologique, mais au niveau de tout individu, c'est-à-dire d'un point de vue fondamentalement subjectif. Cet ouvrage développe un cheminement de pensée avec l'élaboration d'une conceptualisation de l'expérience sonore, le développement de ce que la clinique apporte directement comme perspectives d'analyse ; enfin, la dernière partie comporte quelques textes plus synthétiques. Une théorisation est présentée à partir de deux cas cliniques : un enfant autiste et un adolescent en grande difficulté. Le contexte de la relation psychothérapeutique, musicothérapique, par le développement d'une écoute attentive à chaque bruit, son, parole, musique, émis, offre une qualité de l'être ensemble, un espace de sémantisation d'une intersubjectivité qui, par la pathologie, n'apparaît parfois encore seulement qu'en perspective.

Soigner les morts pour guérir les vivants

Magali Molinié, *Les Empêcheurs de penser en rond*, 19 €

L'auteur a rencontré de nombreuses personnes qui ont témoigné de ce que signifie pour elles être en relation avec un défunt. Ce livre est nourri de leurs récits. S'il est une contribution à la psychopathologie du deuil, c'est à partir d'un point de vue volontairement décentré : celui qui conduit à explorer les relations entre les vivants et les morts en portant l'attention sur le partenaire qui a été négligé jusqu'alors dans les recherches : à savoir le mort. Une meilleure appréciation des contraintes auxquelles il engage les vivants contribue à enrichir la connaissance générale des complications du deuil et la réflexion sur leur prévention et les modalités de leur prise en charge.

La tentation pornographique Réflexions sur la visibilité de l'intime

Mathieu Dubost, *Ellipses*, 11 €

Dans ce volume, l'auteur traite, d'un point de vue philosophique, de la question de l'intimité et de la sexualité à l'écran en interrogeant la diffusion de la pornographie dans notre société. La pornographie s'impose comme un phénomène de masse. Mais ce sont essentiellement des supports photographiques et filmiques qui la diffusent, ce qui bouleverse sa signification. Expliquer son succès par les seules frustrations des spectateurs revient à en négliger la spécificité. Si filmer constitue un acte original, projeter des corps nus à l'écran revient à mobiliser une puissance de dévoilement qui excède toutes les autres. La pornographie invite ainsi à repenser l'image et les manières d'exposer la nudité. En interrogeant ses intentions profondes, on comprend qu'elle exprime une tentation inhérente au cinéma. Il s'agit donc de décrire la visibilité de l'intimité sexuelle en vue d'esquisser une réflexion générale sur le film et ses pouvoirs.

LIVRES

**Au risque de l'adoption
Une vie à construire ensemble**

Cécile Delannoy
Préface de Jacques Lévine
Postface inédite de l'auteur
La Découverte

Ce livre qui n'est pas un encouragement systématique et aveugle à l'adoption n'est pas non plus dissuasif. Il vise à ce que chacun soit en possession des données du problème, de toutes les données. Ecrire sur l'adoption, loin d'être une tâche facile, expose à deux dangers : trop faire peur, ou trop rassurer ; trop insister sur les dérapages qui accompagnent nombre d'adoptions, ou trop les passer sous silence. L'auteur invite à ne jamais oublier de mettre en regard des échecs ou semi-échecs comme les réussites. Les rares statistiques disponibles* mettent en évidence, dans ce qu'on appelle les « populations à problèmes », une surreprésentation des enfants adoptés. Ils sont en France moins de 1% des enfants (4 000 à 5 000 adoptions chaque année pour 750 000 naissances, moins de 1 sur 150), confiés à des familles identifiées comme « milieu stable » par les services sociaux de placement et souvent issues des couches culturellement et économiquement favorisées. Ils sont surreprésentés également dans les internats d'établissements qui accueillent des enfants ou adolescents à problèmes. Ces réalités constatées par les services sociaux, ce trouble intérieur qui habite de nombreux jeunes adoptés demeurent absents de la parole sociale sur l'adoption. Il se pourrait que l'adoption, à notre époque de procréations assistées, de familles recomposées, de brassages culturels, soit un révélateur d'une crise plus générale des liens de filiation, des liens d'appartenance.

On trouve en annexe, dans ce livre, une description détaillée des soixante-dix familles rencontrées : âges des adoptants et des adoptés, origine des enfants adoptés, milieux sociaux, composition des fratries, etc.

*Il en existe très peu, puisque la mention de la filiation adoptive est interdite dans toutes les enquêtes de l'INSEE. Il est donc pratiquement impossible d'avoir accès à des données scientifiquement exploitables.

Faut-il plaindre les bons élèves ?

P. Huerre, F. Azire
Editions Hachette

Les bons élèves, les meilleurs, devraient être sans problèmes. Ils auraient plutôt tendance à susciter une sorte de jalousie d'autant plus cachée qu'elle ne serait pas politiquement correcte avec les mythes de l'égalité des chances et de l'élitisme républicain.

Si les travaux des sociologues, Bourdieu notamment, contredisent ces mythes, cet ouvrage montre le prix à payer, parfois, pour atteindre l'excellence, le conflit qui peut exister entre une « voie royale » narcissisante pour un groupe familial et les exigences personnelles des sujets sur lesquels pèsent de telles obligations de résultats. Paradoxalement, ce sont ceux qui posent problème, ceux qui « échouent » (échec très relatif car ils restent des étudiants excellents) qui manifestent ces forces de vie, qui montrent qu'on peut se dégager d'identités factices et prothétiques. On peut recommander la lecture de cet ouvrage à tous ceux qui ont à prendre en soin des lycéens ou des étudiants. Si nécessaire, les médecins qui liront cet ouvrage en apprendront aussi un peu sur eux-mêmes...

A. Frotin

Les récentes recommandations de L'ANAES⁽¹⁾ confirment l'importance de prendre en compte l'anxiété maternelle au cours de la grossesse et préconisent de dépister systématiquement les difficultés psychiques maternelles dès le quatrième mois de grossesse par un entretien individuel ou de couple. Dans le même temps, les techniques d'investigation par imagerie et de diagnostic prénatal ont fait des progrès importants. Certains travaux ont mis en évidence l'impact de l'utilisation de ces techniques sur le psychisme des futures mères, et en particulier sur le niveau de leur anxiété au cours de la grossesse. Après une brève revue des données de la psychopathologie de la périnatalité, nous présenterons la méthodologie et les résultats d'une étude réalisée en 2005 dans le service de gynécologie obstétrique du CHU de Tours, visant à évaluer l'impact de la découverte d'une malformation foetale sur le développement des représentations maternelles du fœtus et les conséquences de telles modifications des représentations sur les symptômes d'anxiété et de dépression des futures mères. Nous discuterons les résultats de cette étude en particulier dans ses aspects pratiques potentiels en terme de modalité de suivi psychologique des femmes enceintes, en particulier celles suivies pour un diagnostic de malformations foetales.

Approche psychopathologique de la périnatalité

Jusqu'en 1940, il existait peu de références théoriques dans le domaine de la périnatalité. Ce sont les psychanalystes qui les premiers fournissent un cadre théorique à la compréhension des remaniements psychiques contemporains de la grossesse. Freud en 1915⁽²⁾ attribue le désir de maternité à la phase œdipienne, l'enfant désiré est le fruit de la relation imaginée avec le père. Winnicott en 1956⁽³⁾ est un des premiers à décrire la grossesse comme le moment d'un état psychique particulier, un état de susceptibilité ou de transparence psychique, où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience, alors qu'en temps ordinaire ils sont enfouis. Après les années 1940, John Bowlby⁽⁴⁾ élabore la théorie de l'attachement, qui met l'accent sur le statut primaire des liens d'attachement et sur le rôle majeur des interactions avec les parents dans le développement de l'enfant. Durant les années 1990, Massimo Ammaniti^(5,7) présente une synthèse de la recherche psychologique et de l'approche psychanalytique et développe les notions de représentations et d'identités féminine et maternelle. Il propose une typologie des représentations de l'enfant par la mère au cours de la grossesse et après la naissance et développe un outil spécifique d'évaluation des représentations de soi et de l'enfant pendant la grossesse : l'IRMAG (Intervista per le Rappresentazioni Materne in Gravidanza - Interview pour l'évaluation des représentations maternelles pendant la grossesse)⁽⁷⁾.

La grossesse est en effet un moment évolutif fondamental du développement de l'identité féminine, pendant lequel la femme va se construire progressivement une nouvelle image en tant que femme et en tant que mère avec un enfant⁽⁸⁾. Les représentations maternelles, organisées à travers une structure narrative spécifique, peuvent fournir des indices sensibles sur la façon dont la femme affronte cette expérience de la grossesse : comment la femme vit la maternité, comment elle construit progressivement l'image du fœtus et de l'enfant à venir et comment elle prépare la naissance de l'enfant. Ces représentations peuvent être de trois types selon Ammaniti, selon leur niveau de différenciation et d'éla-

Impact de l'annonce d'un diagnostic prénatal de malformation foetale sur l'anxiété, la dépression et les représentations maternelles d'attachement : une étude pilote

boration, et sont à rapprocher des trois styles maternels décrits par Raphael-Leff en 1983⁽⁹⁾.

Type des représentations (Ammaniti)	Styles maternels (Raphael-Leff)
Intégrées/équilibrées	Mère facilitante
Réduites/désinvesties	Mère régulatrice
Non intégrées/ambivalentes	Mère réciprocatrice

Ces styles maternels deviendront opérationnels lors de l'allaitement et du soin de l'enfant au travers de modalités interactives spécifiques à chacun d'eux. Ainsi les mères « facilitantes » vivent la maternité comme une expérience d'épanouissement. Elles vivent une véritable union avec le fœtus. L'enfant devient un compagnon imaginaire différencié, avec lequel elle dialogue. Ces femmes acceptent bien la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Les « mères régulatrices » vivent la maternité comme une expérience obligée pour avoir un enfant, et sont par ailleurs gênées des modifications corporelles. Elles évitent la relation fusionnelle régressive avec le fœtus, qui peut être considéré un peu comme un intrus. Ces femmes développent peu de « fantasmes » sur le fœtus. Elles acceptent mal la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Enfin les mères « réciprocatrice » vivent la grossesse de manière confuse et désorganisée. Ammaniti relie fortement représentations maternelles et interactions précoces mère-enfant. A ce jour, il n'existe pas d'étude qui lie représentations maternelles, anxiété, dépression en pré et postnatal.

En effet, la grossesse peut être un moment de vulnérabilité pour l'écllosion de difficultés intra-psychiques non résolues. Cette vulnérabilité serait variable selon les sujets, mais aussi selon le vécu événementiel et émotionnel de la grossesse, comme par exemple la réactivité anxio-dépressive à un diagnostic prénatal. Très peu de littérature existe sur l'impact psychologique du diagnostic prénatal, moment d'annonce de potentielles anomalies foetales. Mais le peu d'études actuelles tendent à montrer que la découverte de malformations foetales induit des réactions anxieuses majeures chez les deux parents, indépendamment du caractère bénin ou guérissable de la malformation. Aussi, la découverte échographique d'une malformation cardiaque est source de réactions anxieuses maternelles, moins intenses qu'en cas de découverte de la malformation lors de l'accouchement. Une approche multidisciplinaire permet une réduction de l'anxiété maternelle supérieure à celle résultant de l'information standard donnée par un obstétricien isolé^(11,12).

On connaît assez peu les facteurs déterminants de la construction des représentations maternelles, et en particulier l'impact de l'annonce des malformations sur ces représentations et sur les interactions précoces mère-enfant. Ce travail, réalisé en 2005 à la maternité de Tours⁽¹³⁾, avait pour prin-

cipal objectif d'évaluer l'impact de la découverte d'une malformation foetale sur le développement de dimensions psychopathologiques d'anxiété, de dépression, et sur les représentations maternelles du lien d'attachement mère-fœtus. Ce travail devait également permettre de comparer entre eux l'impact psychopathologique de plusieurs types de malformations foetales : morphologiques faciales (fente labio-palatine), fonctionnelles (agénésie de membre), et viscérales (cardiaques, pyélo-urétérales).

La principale hypothèse du présent travail est que la découverte d'une malformation à l'échographie du deuxième trimestre de la grossesse a un impact sur les représentations maternelles du lien d'attachement mère-fœtus, et en conséquence le développement de symptômes d'anxiété et de dépression. Notre seconde hypothèse est que le risque de développer des éléments anxieux et/ou dépressifs à l'annonce d'un diagnostic de malformation anténatale dépend du type de malformation. De même, l'établissement des représentations maternelles et du lien d'attachement en période post-natale serait différent selon le type de la malformation dépistée.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude cas témoins auprès de parturientes recrutées à la maternité du CHU de Tours, soit dans le cadre d'un suivi normal, soit dans le cadre de l'unité de médecine foetale qui prend en charge les femmes à risque d'être porteuse d'un fœtus malformé. Le recrutement a eu lieu sur une période d'une année, de manière consécutive et prospective, grâce aux échographistes qui proposaient à ces futures mères de participer à l'étude soit après une échographie de routine, soit après une échographie spécifiquement programmée au centre de diagnostic prénatal, centre de référence régionale si un diagnostic de malformation était suspecté. Nous avons donc inclus des femmes enceintes investiguées pour recherche d'une malformation foetale isolée et curable. La malformation pouvait être soit faciale, soit cardiaque, soit du contenu ou de la paroi abdominale, soit des membres. L'inclusion se faisait à 7 mois de grossesse. Nous avons exclu toutes les femmes enceintes dont le fœtus souffrait de plusieurs malformations associées, relevant d'une interruption médicale de grossesse. Nous avons recruté, pour le groupe contrôle, des futures mères pour qui la grossesse se déroulait sans complication organique, et pour lesquelles aucune anomalie échographique n'avait été décelée à l'échographie de 22 SA. Aucune des femmes recrutées n'avait d'antécédent psychiatrique. A l'issue de l'échographie, les femmes étaient classées dans le groupe étudié (présence d'une malformation) ou dans le groupe témoin (absence de malformation). L'évaluation psychologique des femmes se faisait entre 28 et 32 SA et avait lieu soit à la maternité, soit au domicile selon le souhait de la femme, au cours d'un unique entretien par l'expérimentateur. Avant chaque évaluation, le clinicien

prenait le temps d'expliquer à la future mère les objectifs de l'étude, les modalités de l'entretien et de remplissage des différentes échelles de façon simple. Enfin, il recueillait son consentement par écrit. L'évaluation durait en moyenne deux heures et comprenait d'abord le recueil d'informations sociodémographiques du couple, les antécédents médicaux et obstétricaux de la femme. Puis, l'anxiété était évaluée avec le STAI (Inventaire d'Anxiété Trait - Etat de Spielberger)⁽¹⁴⁾, la dépression avec l'EPDS (Edinburgh Post-natal Depression Scale)^(15,16). Des expériences de vie potentiellement traumatiques étaient recherchées dans l'histoire de la femme à l'aide du questionnaire « Expériences de vie potentiellement traumatiques », (liste extraite d'un entretien structuré pour le diagnostic de PTSD selon le DSM-IV (CAPS)^(17,18). L'évaluation de l'« Etat de Stress Aigu » selon les critères diagnostiques du DSM-IV ne se faisait que pour les femmes du groupe « Malformations », l'événement traumatique étant l'annonce d'une malformation foetale. Ensuite, la femme exprimait ses pensées et son vécu de l'expérience de la grossesse au cours d'un entretien standardisé, l'IRMAG, qui permet d'explorer les représentations de soi en tant que mère et les représentations de l'enfant. Chaque entretien était enregistré et intégralement retranscrit, permettant une double cotation de l'IRMAG par une psychologue clinicienne entraînée à la passation et la cotation de l'outil. Le score à l'IRMAG classait chaque patiente selon l'un des trois types de représentations. Associées à l'entretien cinq listes d'adjectifs sont présentées à la femme sous la forme d'échelles visuelles analogiques (EVA), pour compléter et approfondir certains domaines abordés au cours de l'interview. Ces EVA recouvrent les thèmes suivants : les caractéristiques individuelles de l'enfant, de la femme, de son partenaire, et les caractéristiques maternelles de l'interviewée et de sa mère. Tous les outils utilisés étaient validés en français et en prénatal^(7,14-18). La « période de désinvestissement » est un critère qui a été créé pour cette recherche, si lors de l'entretien proposé, la future mère dit explicitement qu'elle a désinvesti sa grossesse, sur une période minimum d'une semaine. Dans le discours de la femme, il est alors question de ne plus vouloir de cette grossesse, de ne plus souhaiter sentir bouger son bébé, et d'éviter d'y penser.

Les comparaisons de variables continues ont été réalisées à l'aide de tests non paramétriques U de Mann-Whitney. L'association entre plusieurs variables quantitatives a été étudiée en calculant des coefficients de corrélation de Pearson (r), et entre variables qualitatives à l'aide du test exact de Fisher (p). Les données ont été exploitées en utilisant le logiciel d'analyses statistiques STATISTICA.

Résultats

Sur un an, la recherche a été proposée et acceptée par 50 femmes qui présentaient les critères d'inclusion requis, mais 16 d'entre-elles n'ont pu

PRIX PREMIERE COMMUNICATION
BRISTOL-MYERS SQUIBB
OTSUKA PHARMACEUTICAL FRANCE

être incluses pour diverses raisons (lieux de résidence trop éloignés de la maternité, rendez-vous non respectés liés à une grande fatigue, accouchements prématurés). Parmi les 34 femmes incluses, 23 portaient un fœtus souffrant d'une malformation isolée et curable (groupe « malformations » GM) : malformation faciale (1) ; malformation cardiaque (6) ; malformation abdominale (16). Le groupe « Témoins » (GT) comprenait 11 femmes sans aucune anomalie échographique fœtale. On ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre le groupe témoin et le groupe étudié, quand on compare les origines socio-économiques des couples, et les antécédents personnels, familiaux et obstétricaux des femmes.

L'analyse de l'échantillon entier montre une moyenne des scores d'« anxiété état » de 34,5 (± 10,5) et de 39,5 (± 9,5) pour l'« anxiété trait ». D'après les données de la littérature (14), ces scores moyens d'anxiété peuvent être qualifiés d'intensité faible. Avec une moyenne de 8,6 (± 6,1), les scores de dépression sont inférieurs au score seuil considéré comme pathologique (fixé à 12 en recherche, et à 11 en clinique). Les

viewées sont « intégrées / équilibrées ». Le jour de l'entretien, toutes les femmes investissent leur grossesse, même celles qui ont vécu une période momentanée de désinvestissement (n=3). Mais ces dernières (toutes du GM) datent leur période de désinvestissement depuis l'annonce du diagnostic jusqu'aux résultats du bilan en cours. La comparaison des représentations maternelles de soi et du fœtus (selon l'IRMAG) ne permet de retrouver aucune différence significative entre le GT et le GM.

Les représentations maternelles sont plus orientées sur l'enfant (n=19) dans le GM, et plus orientées sur la mère (n=3) dans le GT. Dans l'analyse des échelles de représentations incluses dans l'IRMAG, des résultats statistiquement significatifs sont à prendre en compte : les femmes du GM décrivent leur enfant à venir comme plus triste, plus fragile que les femmes du GT. Quant aux pères du GM, ils sont présentés par leurs femmes comme « plus sociables » et « plus confiants ». Toutes les femmes se décrivent en tant que mères comme plus « affectueuses », plus « joyeuses » que leur propre mère. Toutes les grossesses des femmes rencontrées sont des grossesses désirées,

pour l'ensemble de l'échantillon. Nous retenons surtout que l'annonce de la malformation fœtale pourrait jouer le rôle de rappel d'un traumatisme antérieur obstétrical ou autre. Dans une récente étude, Armstrong (20) montrait que les femmes aux antécédents de mort périnatale lors d'une précédente grossesse étaient plus anxieuses à la grossesse suivante.

Aussi, lors de l'annonce du diagnostic de la malformation, l'attitude de l'échographe semble fondamentale dans le vécu des femmes, comme l'avait souligné Michel Soulé (19). Quant à la corrélation significative entre délai à la grossesse et événements de vie, la femme serait peut-être dans un comportement d'évitement d'une nouvelle situation anxiogène ou bien dans une situation pseudo-dépressive avec une peur du futur. Par ailleurs, ce travail a montré une forte corrélation entre anxiété et dépression, corrélation relativement fréquente. L'hypothèse d'un impact négatif sur les représentations maternelles du diagnostic de malformation n'est ni infirmée ni confirmée. Dans tous les cas, les similarités retrouvées entre les caractéristiques de la représentation de soi en tant que mère et de la représentation du fœtus sont superposables aux résultats d'Ammaniti dans son étude pilote (7). Dans le dernier trimestre de la grossesse, les femmes paraissent avoir développé une représentation de leur rôle de mère et de leur enfant. Il semblerait que cette représentation de soi que la mère développe influence la représentation de l'enfant, et c'est pour cela que ces représentations auraient tendance à coïncider. L'IRMAG pointe bien la vision d'un enfant fragilisé, et mesure surtout le lien d'attachement à ce futur enfant. Il donne cependant peu de détails sur la façon dont la mère appréhende la pathologie de l'enfant. L'IRMAG offre l'occasion aux femmes de raconter leur histoire de femme devenant mère, avec les particularités des problématiques personnelles et intergénérationnelles. Il met aussi en évidence, par le récit de la grossesse, les périodes de désinvestissement importantes à repérer.

Conclusion

Les modalités techniques actuelles de surveillance de la grossesse ne sont pas sans impact psychologique. Cet impact reste à préciser à travers des recherches interdisciplinaires, qui sont l'occasion pour ces femmes d'évoquer leur subjectivité de la grossesse parfois douloureuse, mais aussi de sensibiliser les équipes périnatales à ces problématiques. Cette étude pilote se poursuit actuellement à Tours avec des échantillons plus importants, avec la perspective d'élargir l'investigation au suivi postnatal et à l'étude des interactions familiales en particulier mère-bébé mais aussi mère-père. ■

Couturier C.*, Descriaud C.**, Camus V., Perrotin F.**, El Hage W.

*Chef de clinique assistant au CHRU de Tours.
** Maternité Tours.

Texte de la communication présentée à la 104ème session du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française à Brest, du 6 au 7 juin 2006 dans le cadre du Prix Première Communication de Bristol-Myers Squibb - Otsuka Pharmaceutical France.

Bibliographie

- (1) ANAES, Service des Recommandations et Références Professionnelles, *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé*, Mai 2005.
- (2) FREUD S, *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1982 (1re éd. : 1915).
- (3) WINNICOTT DW, *Préoccupation maternelle primaire*, in *De la pédiatrie à la Psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, (trad. de J. Kalmanovitch)

LIVRES ET REVUES

Thérapie psychanalytique de couple et de famille ici ou ailleurs

Dossier proposé par Bernadette Legrand et Philippe Robert
Dialogue juin 2006 n°172, Erès, 16 €

A l'heure où l'EFPP (Fédération européenne de psychothérapie psychanalytique) a voté la création d'une section spécifique concernant les couples et les familles, et où une Société internationale de psychothérapie analytique de couple et de famille doit voir le jour, ce numéro est un « patchwork » regroupant histoires, études de cas, concepts, approfondissements théorico-cliniques, etc. Il n'a pas pour prétention d'être exhaustif et se veut être, pour chaque clinicien et chaque « école », l'occasion de s'interroger sur ses références et parfois ses certitudes. En dehors de ce dossier, ce numéro se fait l'écho de recherches portant sur des questions d'actualité : « L'importance de l'enfant dans la construction identitaire de ses parents » - tout particulièrement du père - et les « conflits masculins dans les familles recomposées ». Le dernier article éclaire sur les différents professionnels du couple et de la famille.

L'enfant au risque du virtuel

Sous la direction de Serge Tisseron avec Sylvain Missonnier et Mickaël Stora
Dunod, 21 €

Internet, blogs, messagerie instantanée, jeux vidéo, réseaux... Le développement des nouvelles technologies a bouleversé les habitudes sociales. En même temps, les écrans invitent à un dialogue avec eux. Ils ne proposent plus seulement de regarder des images, mais permettent de renouer avec les échanges interactifs précoces qui associent un bébé et un adulte dans des gestes, des mimiques et des vocalises partagées. Ces usages s'accompagnent de formes de socialisation mais aussi de désocialisation. Quel est leur rôle dans la construction de la personnalité et ses dysfonctionnements ? Une nouvelle culture qui se cherche s'accompagne, certes, de nouvelles pathologies, mais n'exclut pas un usage auto-thérapeutique de ses possibilités. Ce livre recherche une compréhension des relations humaines aux machines.

L'enfance au cœur

Marie et Pauline deux pionnières de l'école maternelle

Suzy Cohen
L'Harmattan, 19,50 €

Deux femmes sont à l'origine de l'école maternelle : Marie Pape-Carpentier (1815-1878) et Pauline Kergomard (1838-1925). Institutrices devenues inspectrices des salles d'asile, sensibles à la misère des enfants, elles ont tout fait pour multiplier ces établissements et les transformer en écoles maternelles laïques. Parcourant la France, elles ont cherché à promouvoir l'éducation des enfants de 2 à 6 ans en brisant des conceptions ancestrales et sans confondre éducation et instruction.

Leurs ouvrages, souvent réédités, révèlent une créativité pédagogique exceptionnelle et un apport important à l'élaboration d'un accueil éducatif adapté aux enfants d'âge maternel. Leurs démarches, le plus souvent parfaitement identiques sur les grands problèmes de leur époque, apportent aussi un éclairage sur l'évolution des mentalités.

Cet essai de biographie croisée de ces deux pionnières vise à éclairer leur combat contre l'ignorance, pour le progrès social et l'émancipation des femmes, et particulièrement pour une enfance heureuse.

(4) BOWLBY J, *Attachement et perte*, 3 vol., Paris, PUF, 1978 (1ère éd.).

(5) AMMANITI M, BAUMGARTNER E, CANDELORI C, POLA M, TAMBELLI R, ZAMPINO F, *Rappresentazioni materne in gravidanza : Contributi preliminari*, Rivista di Psicologia Clinica n°1, 1990, pp. 36-50.

(6) AMMANITI M, *Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant*, Psychiatrie de l'enfant, XXXIV, 2, 1991, pp. 341-358.

(7) AMMANITI M, CANDELORIC C, POLA M, TAMBELLI R, *Maternité et grossesse, étude des représentations maternelles*, (trad. Paula R. Matte Bon), Paris, PUF, 1999.

(8) DEGIOVANNI A, *Aspects psychologiques de la Grossesse*, in DARVES-BORNOZ JM, *Problématique féminine en psychiatrie*, Paris, Masson, 2000, pp.149-155.

(9) RAPHAEL-LEFF J, *Facilitators and regulators : Two approaches to mothering*, The British journal of medical psychology, n°50 (4), 1983, pp. 379-390.

(10) AUSTIN MP, HADZI-PAVLOVIC D, LEADER L, SAINT K, PARKER G, *Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament*, Early human development, n°81 (2), 2005, pp. 183-190.

(11) AITE L, TRUCCHI A, NAHOM A, SPINA V, BILANCIONI E, BAGOLAN P, *Multidisciplinary management of fetal surgical anomalies: the impact on maternal anxiety*, European journal of pediatric surgery, n°12(2), Apr. 2002, pp. 90-94.

(12) SKLANSKY M, TANG A, LEVY D, GROSSFELD P, KASHANI I, SHAUGHNESSY R, ROTHMAN A, *Maternal psychological impact of fetal echocardiography*, Journal of the American Society of Echocardiography, n°15 (2), feb. 2002, pp. 159-166.

(13) COUTURIER C, *Impact du diagnostic*

prénatal des malformations fœtales sur l'anxiété, la dépression et les représentations maternelles d'attachement, DES de psychiatrie (dir. EL HAGE, W et PERROTIN, F), Université François Rabelais de Tours, 2005.

(14) SPIELBERGER CD, *Inventaire d'Anxiété Trait-Etat de Spielberger* (State-Trait Anxiety Inventory ou STAI), 1983, (trad. française : Schweitzer MB et Pauhlan I), 1990.

(15) ADOUARD F, GLANGEAUD-FREUDENTHAL NMC, GOLSE B, *Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France*, Archives of women's mental health, n°8 (2), 2005, pp. 89-95.

(16) GUEDENEY N, FERMANIAN J, GUELFY JD, DELOUR M, *Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh Post-Natal Depression Scale sur une population parisienne*, Devenir, vol. 7, n°2, 1995, pp. 69-92.

(17) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)*, Washington DC, 1995 (4ème éd.), (trad. française par GUELFY JD et al, Paris Masson, 1996).

(18) BLAKE DD, WEATHERS FW, NAGY LM, KALOUPEK DG, KLAUMINZER G, CHARNEY DS et al, *A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1*, Behavior therapy, n°13, 1990, pp. 187-188.

(19) SOULE M (dir.), *Ecoute voir... l'échographie de la grossesse : les enjeux de la relation*, Erès, 1999.

(20) ARMSTRONG DS, *Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies*, Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing, n°33 (6), 2004, pp. 765-73.

Tableau 1 : Scores moyens aux dimensions d'anxiété, de dépression, d'événements de vie et de représentations maternelles

	Groupe Malformations (n=23)	Groupe Témoins (n=11)	p
Age moyen	29,5 ± 4,2	30,1 ± 5,7	ns
Antécédents de malformations	3	0	<0,01
Antécédents de fausses-couches	8	2	ns
Types de malformations :			
cardiaques (n=6)	6 (26%)	-	ns
faciales (n=1)	1 (4%)	-	ns
abdominales (n=16)	16 (69%)	-	ns
STAI Anxiété état	35,6 ± 10,1	32,2 ± 11,5	ns
STAI Anxiété trait	40,4 ± 10,4	37,4 ± 6,9	ns
EPDS	8,8 ± 5,3	8,1 ± 7,7	ns
Événements de vie	2,4 ± 2,2	3,4 ± 2,4	ns
Traumatismes psychiques	0,4 ± 0,9	0,3 ± 0,4	ns
Représentations maternelles :			
intégrées limitées	1 (4%)	1 (9%)	ns
intégrées orientées sur soi	3 (13%)	3 (27%)	ns
intégrées orientées sur l'enfant	19 (82%)	7 (63%)	ns

scores moyens d'« anxiété état », d'« anxiété trait » et de dépression sont plus élevés pour le GM que pour le GT, toutefois, ces différences sont statistiquement non significatives. Le nombre moyen d'événements de vie vécus potentiellement traumatiques est de 2,7 événements. Entre les deux groupes, il n'y a pas de différence significative pour le nombre d'événements de vie et pour le nombre de traumatismes psychiques.

Par ailleurs, 6 femmes sur 23 (26%) du GM ont vécu l'annonce du diagnostic comme traumatisante et ont développé les symptômes d'un état de stress aigu.

L'étude des corrélations retrouve des corrélations significatives entre les scores à l'EPDS et les scores au STAI état (r=0,39 ; p<0,001) et au STAI trait (r=0,41 ; p<0,001). Une corrélation significative a aussi été notée entre le nombre d'événements de vie et le délai à la grossesse (r=0,35 ; p<0,001). Trois corrélations significatives ont aussi été trouvées entre : Période de désinvestissement et Antécédents de malformations (p=0,07) ; Période de désinvestissement et Etat de stress aigu (p=0,05), et, Traumatismes psychiques et Fausses couches spontanées (p=0,06).

La cotation des interview IRMAG avec la grille proposée par Ammaniti (7) a montré que les représentations maternelles de toutes les femmes inter-

avec le projet de mettre au monde et d'éduquer un enfant. Donc, la découverte d'une malformation impliquerait chez certaines femmes une période de désinvestissement, mais toutes finissent par réinvestir, voire surinvestir l'enfant à venir.

Discussion

Il s'agit d'une étude pilote, prospective, avec constitution progressive d'un échantillon de petite taille. Les groupes sont non homogènes et non appariés, du fait des grandes difficultés rencontrées pour inclure des patientes. En ce qui concerne les scores retrouvés d'anxiété et de dépression, en moyenne faibles dans les deux groupes et sans différence significative, plusieurs hypothèses sont à envisager : la grossesse serait en elle-même anxiogène surtout en présence d'antécédents obstétricaux, aussi si la grossesse réactualise une histoire infantile douloureuse. L'existence d'une malformation fœtale serait un facteur anxiogène supplémentaire à l'anxiété maternelle. Mais, les résultats restent insuffisants pour confirmer ou infirmer l'hypothèse que l'anxiété est majorée en fonction du type de malformation. Le nombre important d'états de stress aigus ainsi que les hauts niveaux des scores d'« anxiété Trait » sont à mettre en parallèle avec la fréquence relativement élevée des événements potentiellement traumatiques

LIVRES

Dictionnaire du mot Folie

Laurence François
Préface de Vincent Elbaz

Dictionnaire du mot Piano

Marc Kowalczyk Préface de
Zabou Breitman et Jean-Claude
Deret-Breitman
Editions Educaweb

Deux opuscules très sympathiques sont parus dans la collection Educaweb. Ils se complètent. Cela ressemble à une libre association en suivant différents auteurs, extrêmement divers, qui ont parlé de la folie. Ils sont au moins 250 : poètes, musiciens, philosophe, écrivain, psychiatre bien entendu, etc... Laurence François est psychiatre. Petites phrases piquées ici ou là, à partir d'un système alphabétique, ce qui donne un ouvrage qu'on peut poser et reprendre quelle que soit la page. Pour le psychiatre que je suis, ce rappel du mot haschich par Moreau de Tours, me paraît totalement d'actualité : « *J'avais vu dans le haschich un moyen puissant, unique, d'exploration en matière de pathogénie mentale, je m'étais persuadé que par elle on devait pouvoir être initié aux mystères de l'aliénation, remonter à la source cachée de ces désordres si nombreux et variés qu'on a l'habitude de désigner sous le nom collectif de folie* ».

Il en est de même pour le document sur le piano qui a l'originalité en plus d'être introduit par une préface d'un dialogue succulent entre Jean Claude Deret-Breitman et sa fille Zabou. L'auteur est musicologue, pianiste, et comme pour l'ouvrage précédent, on peut s'informer sur le contenu soit par ordre alphabétique du mot choisi, soit par un dictionnaire de noms cités. Par exemple, on trouvera au mot « *Enfer* » la notation suivante : « *L'enfer du musicien représente ce cas d'hallucination formidable où se trouverait un compositeur condamné à entendre simultanément toutes ses compositions exécutées, bien ou mal, sur tous les pianos du globe* », qu'on pourra repérer en fin d'ouvrage sous le nom de son auteur : Charles Baudelaire. Bref, deux ouvrages à avoir chez soi et ... à picorer.

F. Caroli

Guide des lieux de soins**Alcool - tabac - drogues**

Ile-de-France 2004

Ce guide est édité grâce au soutien de la Préfecture de la région d'Ile-de-France et de la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales.

Il rassemble les coordonnées des structures d'Ile-de-France qui peuvent être consultées pour des questions liées à la consommation et à la dépendance à des substances psychoactives (drogues, alcool, tabac). Il a été élaboré grâce à la collaboration :

- de la DRASS d'Ile-de-France qui a mené une enquête auprès des structures de prise en charge en addictologie dans le cadre des travaux du Programme régional de santé adictions ;

- du CRIPS (le Centre régional d'information et de prévention du sida) qui assure des interventions de prévention et de réduction des risques liés à l'usage de drogues ;

- de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, qui réalise et édite des répertoires de structures spécialisées dans plusieurs domaines de l'action sanitaire et sociale en Ile-de-France.

Ce guide peut être obtenu auprès des Directions Départementales des Affaires sanitaires et sociales et des Directions d'action sociale des départements d'Ile-de-France.

CRIPS. Tél. : 01 56 80 33 12. www.lecrisp.net

Ce texte traite de ce que les patients expriment au sujet de la prise et de l'effet du médicament. Je m'intéresserai à la manière d'intégrer ces renseignements objectifs et subjectifs dans le dialogue thérapeutique avec pour support, le traitement d'une jeune femme, Madame J. que je vois en consultation depuis 3 ans.

Les médicaments en psychiatrie, comme partout en médecine, ont des fonctions très diverses : maintenir des équilibres biologiques complexes sans guérir pour autant (traitement du HIV, du trouble bipolaire), donner un sentiment de confort avec le risque de créer une dépendance (anxiolytiques), tendre à rétablir des échanges moléculaires même sans mesure préalable (traitement antidépresseur). Le tout sur fond d'inconnues persistantes concernant l'action de ces molécules (neuroleptiques, thymorégulateurs) (1).

A quoi s'ajoute qu'en psychiatrie, plus peut-être encore que dans d'autres domaines de la médecine, le médicament est le support de diverses projections, celles du patient et de son entourage. Celles aussi du psychiatre. « *Une part parfois importante et parfois majeure des besoins, pulsions et défenses du patient se trouve engagée dans le médicament et ce qu'il représente* » rappelle Vassilis Kapsambelis (2). Il s'agit donc de bien définir en vue de quoi se fait la prescription, si elle est sensée soulager ou soigner et si le patient pense ou non pouvoir guérir par les seuls médicaments. C'est à cette complexité de la prescription que nous allons nous arrêter ici, considérant qu'elle est riche de potentialités psychothérapeutiques. Et je le ferai à partir de la clinique psychiatrique la plus quotidienne. Cette question est d'autant plus importante à aborder qu'elle s'inscrit dans le débat très actuelle concernant l'articulation parfois délicate entre prescription et psychothérapie.

Madame J. est presque encore une adolescente quand, à 19 ans, elle est hospitalisée pour la première fois en HDT pour une bouffée délirante aiguë. D'origine ivoirienne, elle est mariée à un homme d'origine malienne avec qui les relations sont très conflictuelles. Elle est déjà mère d'une petite Manon âgée de deux ans à cette époque. A son arrivée à l'hôpital, elle présente un délire hallucinatoire, interprétatif et imaginaire aux thèmes variés : elle se vit comme objet d'une possession, entend des voix qui lui reprochent d'être une mauvaise mère et la menacent de mort.

Elle fait part également d'hallucinations cénesthésiques avec la sensation que des serpents et des insectes grouillent dans son corps et qu'elle porte en elle un bébé mort. Elle souffre d'hallucinations visuelles représentant des personnes âgées qui flottent tels des fantômes dans la pièce. Elle se demande si toutes ces manifestations ne sont pas liées à un sort jeté par une secte ou par son mari vis-à-vis duquel elle entretient des sentiments de jalousie, de méfiance, voire de persécution. Il s'associe aux éléments délirants, une humeur dépressive et des troubles du comportement avec agitation. Il n'y a pas de syndrome dissociatif.

L'hospitalisation se passe assez douloureusement pour Madame J. qui tolère mal d'avoir à se plier aux règles de la vie en communauté. Très angoissée, elle est demandeuse de beaucoup d'attention, supportant mal d'attendre ou d'être livrée à elle-même. Et le jour où elle fugue, je me trouve à négocier avec elle dans le parc pour qu'elle réintègre le service. Pourquoi cet empressement de ma part ? Cette inquiétude... Je ne le saurai que plus tard.

La symptomatologie va progressivement s'amender. Elle reçoit un neuroleptique et un antidépresseur ainsi qu'un encadrement institutionnel et une sortie est possible au bout de 6 semaines.

Prise d'un comprimé, prise en compte de la maladie

La part subjective

Avant de passer au détail de la relation thérapeutique, jetons un regard sur les principaux facteurs qui interviennent dans la perception subjective de la médication par les patients. Des études distinguent les patients qui ressentent de manière désagréable la médication, ce sont les répondeurs dysphoriques, de ceux qui ont une perception positive, les répondeurs syntoniques (3).

On a pris l'habitude d'associer différents facteurs à ces différences de perception.

Parfois le patient n'évoque pas spontanément la question du traitement, par difficulté de se représenter la « *maladie* » ou parce qu'il ignore comment parler de soi, ce qui peut renvoyer à une difficulté plus globale de verbaliser ses affects, d'évoquer ses besoins personnels, de se positionner et d'oser entrer éventuellement en opposition avec le thérapeute. Il peut en résulter une méconnaissance de la « *maladie* » et des raisons du traitement. Le malade tend à se placer dans une position de pseudo-soumission au médecin, avec tout le risque d'incompréhensions réciproques que cela comporte : mauvaise acceptation, moins bonne tolérance au traitement, voire abandon. Et du côté du thérapeute : agacement, sentiment d'être mis en échec, désinvestissement de la situation ou alors activisme.

Pour sortir de telles impasses, il semble utile de changer de point de vue tout d'abord reconsidérer la notion de « *maladie* », et faire part au patient de ce que ce mot véhicule de compliqué en psychiatrie. Laisser place à l'expression subjective en écoutant ce que le patient ressent, exprime. Le médicament, et tout ce qu'il implique, peut ainsi devenir un thème central de l'entretien. Il permet de laisser venir la manière de vivre la « *maladie* » avec toute la souffrance, l'insatisfaction, parfois la colère qui en résultent. Le médicament devient alors le vecteur de ces conflits, il est tour à tour bénéfique ou mauvais en fonction de mouvements internes propres au patient.

La perception et l'acceptation d'un traitement sont ainsi liées à la représentation que chaque patient se fait de la « *maladie* » dite mentale. En psychiatrie, cette représentation est très variable, elle est fonction de l'histoire personnelle et familiale du patient ; du côté du psychiatre, il y a aussi matière à réflexion selon l'histoire propre du praticien, selon qu'il privilégie l'axe biologique, cognitivocomportemental, psychanalytique ou systémique. Tout cela vaut grandement la peine d'être intégré à la relation thérapeutique.

La part objective

A cette vision subjective et tout imprégnée de l'histoire personnelle, on a pris l'habitude d'associer des informations qui sont données au cours des entretiens, des groupes de paroles ou à l'aide de documents ; on considère qu'ainsi le sujet est sensibilisé au mieux sur sa maladie, son degré de gravité, ses répercussions et son évolution. Mais comment, et en vue de quoi ces informations sont-elles données ? Bien souvent, ce sont des termes biologiques ou génétiques qui sont utilisés. En effet, lorsqu'un auteur accepte de se faire le messager du doute, des inconnues qui persistent, de la prudence nécessaire à avoir concernant l'étiologie des troubles et l'effet d'un traitement, on voit bien comment cela entraîne loin et sur des chemins qui impliquent d'établir une relation individualisée avec les patients.

Ce qui pose d'autres questions : jusqu'à quel point ne faudrait-il pas inclure dans les informations données au patient et à sa famille, des informations sur le poids éventuel de l'histoire, des événements, sur la constitution de la personnalité ? Et pourquoi pas aussi, sur le degré de liberté que chaque être humain a d'influencer son destin, quel que soit sa maladie, son handicap ? Dans le cas de Madame J. on voit très bien l'importance de ces notions : elle s'interroge sur un sort qui lui aurait été jeté tout en acceptant les médicaments, mélange d'éléments provenant des différentes cultures dans lesquelles elle se trouve prise. Ces mouvements paradoxaux peuvent servir à amorcer le dialogue, à l'aider à penser à être et en même temps à intégrer ce en quoi le médicaments lui sont désormais utiles, tirailée entre son histoire de son pays d'origine et l'équipe psychiatrique à laquelle elle s'est attachée. On aimerait la retenir, lui donner accueil, asile, lui faire trouver des racines, et cela joue sans doute un rôle dans la manière très active dont j'essaie de la faire revenir au moment de sa fugue.

Mais revenons aux facteurs influençant la perception de la prise d'un traitement. L'environnement joue un rôle considérable : le regard porté par les proches sur la maladie et ses traitements, la stigmatisation par la société influencent la perception du patient. Et pour Madame J., ce que disent ces proches est essentiel. Ainsi, son père soutient la thèse de la possession en partant même au pays pour tenter de lever le sort... Il serait intéressant de savoir si ces personnes âgées qui « *flotent autour d'elle* » ne sont pas tels des aïeux fantomatiques veillant sur elles du fond de ces origines africaines. Et ce

serait important à découvrir avant d'effacer la trace de ces fantômes à coup de neuroleptiques dits incisifs.

La part liée à la compliance

On sait, aujourd'hui, très précisément, que l'histoire du traitement médicamenteux est décisive : si le premier traitement a été mal toléré, on note souvent une perception dysphorique durable et tenace des médicaments ultérieurs. On ne peut que penser aux premiers traitements parfois donnés à forte dose mais à priori justifiés face à un premier épisode particulièrement floride ou associé à des troubles du comportement... traitements très souvent associés à une pléiade d'effets secondaires...

Il devrait être de règle aujourd'hui de s'arrêter sur ces effets indésirables tout au long de leur prescription, ces effets secondaires dits primaires entravant parfois à moyen, voire au long cours, le bien-être du sujet et le renvoyant à d'autres difficultés. On sait que les psychotropes peuvent, à des degrés variables, entraîner des dysfonctionnements de la sphère digestive ou sexuelle, de la sphère endocrinienne avec une intolérance au glucose, une prise de poids, une aménorrhée et une galactorrhée. Les effets neurologiques avec des dyskinésies aiguës ou tardives, un syndrome extrapyramidal et d'une akathisie sont possibles ainsi que des troubles cognitifs. De quoi faire peur... S'il est aisé d'objectiver une dyskinésie aiguë ou une galactorrhée et d'en déterminer le caractère iatrogène, il est parfois difficile de distinguer les effets secondaires primaires d'une perception dysphorique du traitement, voire

NOUVEAU PROGRAMME Séminaire Babylone 2006-2007 Psychanalyse, littérature et arts

Direction et coordination : Dr M. CORCOS ; C. DUGRÉ-LE BIGRE
Amphithéâtre de l'Institut Mutualiste Montsouris

Lundi 2 octobre 2006 à 20h30 : Littérature
Catherine CHABERT, *Figures de femmes : Une vieille maîtresse de Barbey D'Aureville et La princesse de Clèves de Mme de Lafayette*
Discutants : Marthe COPPEL-BATSCH - Isabelle NICOLAS

Lundi 4 décembre 2006 à 20h30 : Cinéma
Patrick MILLER, *Auto-portraits au masculin : sexualité et mélancolie dans « Blow-up » et « Profession Reporter » d'Antonioni*.
Discutant : Daniel HURVY

MARDI 9 janvier 2007 à 20h30 : Littérature
Paul DENIS, *Jorge Luis Borges, clinicien de la honte*

Lundi 5 février 2007 à 20h30 : Littérature
Monique SCHNEIDER, *De Goethe à Freud : dans les parages de l'enfant mort, l'ombre du roi des Aulnes et le défi médical*
Discutant : Monique DAVID-MENARD

Lundi 5 mars 2007 à 20h30 : Littérature
Anne-Marie SMITH, *L'inconscient de l'écriture, Virginia Woolf*
Discutant : Maurice CORCOS

Lundi 2 avril 2007 à 20h30 : Littérature
Nicole JEAMMET, *Amour et sexualité dans la littérature d'aujourd'hui (chez C. Millet, C. Laurens ou encore A, Ernaux)*
Discutant : Marthe COPPEL-BATSCH

MARDI 15 mai 2007 à 20h30 : Littérature
Annette FREJAVILLE, *Marie Bonaparte : Journal d'une princesse orpheline*

Lundi 4 juin 2007 à 20h30 : Cinéma
Serge TISSERON, *Autour d'Alfred Hitchcock*

Inscription le soir même à 20h15 : Entrée : 10 € - Tarif réduit étudiant : 5 €
Institut Mutualiste Montsouris - Département de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte, 42 Boulevard Jourdan, 75014 Paris - Amphithéâtre de l'IMM, Hall d'accueil
M° Porte d'Orléans - RER Cité Universitaire
Tél. : 01 56 61 69 19 - E-mail : corinne.dugre-lebigre@imm.fr

de symptômes « résiduels » de la maladie. Le thérapeute est souvent confronté à ce type de difficulté face à un sujet qui se plaint d'un ralentissement idéique ou moteur, d'une certaine indifférence (équivalent ou non à l'« *abraison des affects* »), d'une difficulté à se mobiliser ou d'une prise de poids. Si ces effets secondaires primaires sont aujourd'hui considérés comme néfastes et à réduire au maximum, il ne faut pas oublier qu'ils étaient auparavant considérés comme faisant partie du traitement. V. Kapsambelis rappelle à ce propos que le syndrome parkinsonien était un marqueur de complaisance de la prise des neuroleptiques d'ancienne génération. Cette remarque nous pousse à nous interroger sur les effets des neuroleptiques. On peut supposer qu'ils permettent de diminuer les stimuli externes qui assaillent le sujet en jouant un rôle analogue au rôle de pare-excitation joué par la mère dans les premières phases du développement, (selon la conception de l'école psychosomatique de Paris). Ainsi, la limite entre le moi et l'extérieur serait mieux définie, et le sujet, mieux centré sur son propre corps, tirerait profit de cette diminution de l'excitation sous forme d'une restauration de l'investissement narcissique. Le regard porté par les patients sur les effets secondaires pourrait alors être vu comme la tentative de réinvestir positivement le corps. Dans le cas de madame J., c'est là un thème de grande importance, elle qui toute jeune à 17 ans s'est trouvée à porter une enfant, en même temps que se transformait son corps d'adolescente. Il est possible qu'elle n'ait pu sortir indemne de ce trop plein d'excitations habituellement mieux séparées dans le temps. Et c'est peut-être cela qui l'a amenée à délirer : il lui a été impossible de devenir femme en même temps que devenir mère. L'ajout des médicaments, s'ils viennent encore une fois perturber le corps, risque d'avoir pour elle un retentissement particulièrement néfaste. Et ce risque peut être diminué, il peut même parfois être évité par l'établissement d'un dialogue thérapeutique précis et par une prescription très prudente. Ce qui se passe autour du traitement médicamenteux représente donc un outil de travail essentiel. Ce qui veut dire - et j'y insisterai dans cette présentation - que la position du psychiatre ici, consiste à être prescripteur et psychothérapeute. La prescription s'intègre dans la relation que le médecin noue avec le patient, autrement dit dans une relation thérapeutique dont les dimensions transféro-contretransférentielle méritent d'être prises en considération. Après l'hospitalisation, un suivi régulier se met en place. Malgré la prise à priori régulière du traitement, madame J. présentera des épisodes de recrudescence délirante mais ils seront plus rares et courts. Entre ces épisodes persistent certains troubles : elle évoque une sensation de transparence corporelle et la persistance à minima d'hallucinations acoustico-verbales la plupart du temps lointaines et au contenu imprécis. Elle conserve de bonnes capacités d'adaptation, mais l'expression de sa pensée, de son discours et de ses affects est assez pauvre. Elle parvient à trouver sa place de mère auprès de Manon et à travailler pendant d'assez courtes périodes. La relation à son mari reste conflictuelle mais madame J. traverse dorénavant les événements de vie de manière plus sereine. Au cours du suivi, Madame J. travaille aussi la question de sa place dans la lignée familiale et dans sa culture. Elle s'est sentie différente de ses proches depuis l'enfance. Elle date l'apparition des premières visions à cette époque, ce qui l'a amenée à s'enfermer et s'isoler dans un mutisme. Différente, elle a continué à l'être en voulant se convertir à une autre religion que celle dans laquelle elle a été éduquée et en se mariant à un homme d'une culture différente de celle de sa

famille. Elle s'est ainsi exposée au courroux de son père. La question de l'identité de Madame J. est donc bien au centre de sa problématique et nos médicaments n'y peuvent rien. Au pire, ils peuvent aggraver l'impression de ne plus être maîtresse d'elle-même. Je vais évoquer maintenant ce que Madame J. dit de sa maladie. Lors des épisodes symptomatiques, madame J. demande assez volontiers des changements de médicaments pour être soulagée davantage. Elle demande aussi une hospitalisation lorsque les troubles sont trop envahissants. Si elle montre par ces demandes qu'elle considère les troubles comme relevant d'une maladie, il lui est très difficile d'en parler. Elle considère cette maladie comme honteuse, venant marquer une fragilité handicapante, surtout dans le contexte d'un éventuel divorce et de la question de la garde de l'enfant... Les troubles sont aussi compris en lien avec ses origines elle les perçoit, tout comme son père, comme la manifestation d'une possession... Cette perception semble lui permettre de renouer avec ce père dont elle souhaiterait tant être reconnue. Les doutes récurrents concernant le traitement, son efficacité relative et ses effets secondaires gênants viennent renforcer cette impression. En difficulté pour parler d'elle, Madame J. ne peut évoquer spontanément l'existence d'effets secondaires du traitement. Pourtant sous neuroleptiques de nouvelle génération, elle a présenté une aménorrhée associée à une galactorrhée nécessitant des changements de médicaments. Si ces effets secondaires ont disparu, elle présente actuellement un surpoids important localisé surtout au niveau de l'abdomen. Une constipation opiniâtre accentue l'impression d'être grosse. Incitée à en parler, elle exprime sa détresse par rapport à ce changement de morphologie qui fait rupture dans sa vie : auparavant elle était plutôt fine enfin « dans sa norme » précise-t-elle. Rupture ou différence, elle la ressent aussi au sein de sa famille : aucun membre ne présente de surpoids. La perception de son corps mis à mal par la maladie est donc à nouveau modifiée négativement par le traitement. Ce changement est renforcé par le regard des autres qui la croient enceinte et lui proposent, par exemple, de s'asseoir dans le bus... Il est notable, malgré tout, que ce corps n'est plus aux prises de vécus hallucinatoires terrifiants... Il n'y a plus de grouillements dans son ventre ni de sensation de porter en elle un enfant mort... On peut proposer quelques hypothèses pour tenter de trouver un sens à ce que vit Madame J. et pouvoir continuer à travailler avec elle. Tout d'abord, comment les effets secondaires viennent-ils s'intégrer à la perception corporelle de madame J. ? Perçoit-elle mieux ce corps malgré ou grâce à ces changements ? Peut-on imaginer que ce surpoids lui permette une sorte de réinvestissement de son corps, comme une manière de redéfinir cette limite si fragile entre elle et l'extérieur ? Ainsi, ce gros ventre viendrait lutter contre la sensation de transparence comme une sorte de protection et de rempart. Effet attendu du traitement, avec ou malgré celui des effets secondaires, il semble en tous cas que Madame J. ne soit plus aux prises avec un vécu d'intrusion et de dépossession de son corps et qu'elle ait retrouvé un sentiment de sécurité. S'il n'est pas possible compte tenu du type d'entretiens que nous avons établis d'aller plus avant dans de telles hypothèses, penser à ces problématiques donnent de l'intérêt au travail. Un autre aspect de sa souffrance est le lien qui semble exister entre la problématique du délire centré sur la maternité et les effets secondaires qui touchent cette même sphère. Y a-t-il un lien et un sens à ces manifestations ? Ces effets secondaires permettraient-

ils de prolonger le fantasme de grossesse ? Toujours est-il que ces changements corporels viennent, à leur tour, nourrir ce sentiment de différence qui l'anime depuis son enfance. Mais cette fois, cette différence ne lui est pas imputable, elle est liée à un facteur extérieur, le traitement. Peut-être que cette différence en devient, de ce fait, plus tolérable. Ces effets secondaires ont aussi une autre caractéristique : ils sont bien des éléments de réalité que, la patiente et le thérapeute peuvent aborder avec une perception concordante des troubles ; une réflexion est alors possible à partir de ce point de rencontre. Un autre effet secondaire plus difficile à objectiver et à rapporter au médicament est le ralentissement idéique et moteur dont se plaint la patiente et ce, quel que soit le traitement. Elle évoque ces troubles régulièrement en début de chaque entretien et les considèrent comme très gênants. Elle se plaint d'une asthénie et doit faire une sieste dès qu'elle est inactive. S'il est vrai que les premiers traitements entraînaient ce genre d'effets secondaires, les doses

prescrites actuellement sont très faibles et l'hypothèse d'une origine iatrogène de cette asthénie est peu probable. La perception dysphorique persiste-telle ou est-ce une impression de vide qui s'impose maintenant à madame J., vide consécutif à la perte du vécu délirant ? Le repli dans le sommeil serait une manière de lutter contre ce vide ou encore contre des moments persistants d'angoisse... Enfin, on ne peut écarter l'hypothèse d'un équivalent dépressif. De manière un peu plus optimiste et qui semble contradictoire (mais la vie psychique est faite de contradictions...) ces moments peuvent être considérés comme une capacité à pouvoir se détendre et se laisser aller, elle qui garde une peur vespérale au moment de l'endormissement... Je vais clore en évoquant les tentatives de Madame J. pour se réapproprier son corps. Si ce corps n'est plus possédé et envahi par des sensations très désagréables, madame J. est maintenant confrontée à une sensation de transparence avec une difficulté à ressentir son corps. Des séances de gymnastique douce lui ont été proposées, mais elles

n'ont pu se mettre en place. Finalement Madame J. est tentée de s'inscrire à un cours de danse africaine... Y trouvera-t-elle un moyen de se réapproprier son corps par une part de sa culture ? L'avenir nous le dira... ■

Dr E. Botvink*,
Dr F. Quartier Frings**

**Service Dr G. Vidon, hôpital Esquirol
**CH Genève

Références

- (1) AUBRY, FERRERO, SCHAAD, *Pharmacothérapie des troubles de l'humeur*, Ed. Med et Hygiène, 2004.
- (2) Vassilis KAPSAMBELIS, *Formulations psychanalytiques des effets des neuroleptiques*, Rev. Franç. Psychanal. 2002, 2.
- (3) VAN PUTTEN T. et all (VAN PUTTEN T., MAY PRA, MARDER SR et al.), *Subjective response to antipsychotic drugs*, Arch. Gen. Psychiatr. 1981, 187-90
- (4) CH. BONSAC, PH. CONUS, R. PHILLIPOZ, J. BOVET, J. SPAGNOLI, H. DUFOR, *La perception subjective de l'effet des neuroleptiques chez des patients schizophrènes ambulatoires, une étude transversale*, L'Encéphale, 1998, XXIV, 315-23.

Mission Nationale
d'Appui en
Santé Mentale

Journée des 19 et 20 octobre 2006
à La Fondation John Bost - La Force

Fondation
John Bost

Psychiatrie et Handicap, entre sanitaire et médico-social Un progrès vers la citoyenneté ?

La loi du 30 juin 1975 a largement contribué à l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées. Ordonnances de 1996, article 51 : pour rompre le clivage sanitaire/médicosocial, elles permettent aux établissements publics de santé de gérer les structures médicosociales. La loi du 2 janvier 2002 a conforté la méthodologie en vue de bonnes pratiques dans le secteur médicosocial. La loi du 11 janvier 2005 a reconnu la notion de handicap psychique, incluse également dans le plan de santé mentale. Au-delà des préoccupations économiques qui ont prévalu dans la mise en oeuvre des restructurations, la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale souhaite établir un rapport d'étape avec les acteurs de ces changements. Réfléchir sur la qualité de vie et de soins des 100 000 personnes qui vivent et travaillent dans les structures sociales et médicosociales. Analyser la genèse de la création de ces structures : le redéploiement a-t-il été imposé ? Le projet a-t-il été construit par des équipes soignantes, des équipes éducatives, les deux ? Inscrire ces créations dans des valeurs éthiques et pratiques à même d'influer sur le fonctionnement de la structure et de tenir compte de la vie quotidienne de l'ensemble des acteurs, usagers, professionnels, familles. Passer le relais, et de quelle manière, en cas de troubles du comportement des résidents. Introduire une réflexion sur la clinique (réunion clinique, supervision d'équipe, augmentation des temps médicaux...) dans des institutions sociales et médicosociales à la fois lieux de vie et lieux de soins.

La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale et la Fondation John Bost proposent un questionnaire à l'ensemble des institutions accueillant et soignant des personnes handicapées psychiques. Les réponses seront présentées et analysées lors des Journées qui se tiendront les jeudi 19 et vendredi 20 octobre 2006 à la Fondation John Bost. Professionnels, cliniciens, formateurs, responsables politiques, responsables des politiques sociales et sanitaires, associations de parents et amis, acteurs de la vie quotidienne pourront y approfondir le débat en partageant et confrontant leurs analyses et propositions.

JEUDI 19 OCTOBRE

Accueil : Dr Gérard Massé et Pasteur Christian Galtier

Ouverture : *Perspectives éthiques*, Pr, Didier Sicard, Président du Conseil consultatif national d'Éthique.

11h-12h30 en plénière : présentation des résultats du questionnaire, DREES et MNASM

14h30-18h30 : ateliers thématiques Pathologie, Clinique et Prise en charge en quatre groupes.

Objectif des ateliers : faire le point sur l'état de la réflexion et des pratiques cliniques et/ou sur les modalités de prise en charge à partir des axes de recherche clinique qui paraissent aujourd'hui les plus prometteurs et des points forts et faibles des prises en charge actuelles. Réflexion sur les directions dans lesquelles doivent se développer les prises en charge pour l'avenir, dans quels types de services ou d'institutions ?

Autismes et troubles apparentés : Jean-Claude Creupelandt, Pr Jacques Hochmann, Dr Claude Blachon, Dr Jacques Constant, Dr Dominique Fiard

Psychoses et dysharmonies infantiles parvenues à l'âge adulte : Christian Colet, Dr Philippe Gabbai, Pr Roger Misès, Karine Groisil, Isabelle Lafont

Psychoses adultes déficitaires : Jean-Michel De Zen, Dr Denis Leguay, Dr Gilles Vidon, Sarah Sarragoussi, Dr Walkher Cheliout

Polyhandicap : Pr Gérard Ponsot, Dr Bernard Garreau, Philippe Chava Roche, Thierry Varignon

20h : soirée de gala au château de Monbazillac

VENDREDI 20 OCTOBRE

9h-10h30 : Ateliers transversaux en quatre groupes

Objectif des ateliers : faire le point sur l'état de la réflexion et des pratiques, en dégager des recommandations qui seront présentées dans la suite de la journée.

Formation des professionnels : Nicole Chavallard, Martine Mandopoulos-Clemente, Marcel Jaeger, Philippe Chavroche, Dr François Bach

Projets de vie et de soin : Dr Karine Martin, Jean-René Loubat, Jean-Yves Barreyre, René Clouet, Guillaume Lejeune

Articulation et liaisons Sanitaire/Médico-social : Patrick Mordelet, Jacques Houver, Catherine Martin-Leray, Daniel Brandého

Accueil et accompagnement du vieillissement des personnes malades et handicapées mentales : Gérard Zribi, Pr Jean-Louis Lejonc, Dr Bernard Desplanques, Patrice Legrand

11h-12h30 : présentation des recommandations des ateliers transversaux (plénière)

14h-15h45 en plénière, table ronde : Politiques, planification, CNSA et Professionnels, avec Bernard Cazeau (président du Conseil Général 24), Daniel Garrigue (député-maire), Pierre Gauthier (ARH Midi Pyrénées), un représentant de la CNSA, Patrick Gohet (délégué interministériel aux personnes handicapées)

15h45-16h15 en plénière : séance de clôture, Jean-Jacques Trégoat, DGAS et Jean Castex, DHOS (pressentis)

Inscriptions : CeF (Centre de Formation Professionnelle au Travail Sanitaire et Social)

Place du Marché Couvert - BP 414 - 24104 Bergerac cedex

SIRET : 781 669 601 00051 Code APE : 803Z - N° déclaration organisme de formation : 72 24 00013 24

Le psychiatre, aussi bien dans sa pratique professionnelle que dans sa vie personnelle, est confronté à l'émotion, qu'il ressent en lui-même, et qu'il reconnaît chez les patients qui viennent le consulter. Mais quelle est la nature de cette émotion, qui tantôt nous transporte de joie, et tantôt nous fait vivre les affres de l'enfer ?

Si nous tentons d'en comprendre sa nature, et les niveaux de conscience qu'elle implique, il convient de porter un regard attentif à notre propre mental, dans son défilé incessant de pensées, et à notre corps, dans la myriade de sensations qui viennent à nous d'instant en instant. L'observation est l'outil central de la compréhension. C'est donc à elle que nous avons recours pour explorer la nature de ce que nous ressentons et de ce qui forme notre vécu.

Une réaction entre corps et pensée

Nous pouvons constater que l'émotion est contemporaine de pensées spécifiques, qui précèdent sa survenue ou l'accompagnent, et de sensations corporelles, diverses dans leur nature et leur localisation. Elle donne ainsi l'impression d'être un intermédiaire entre le corps et le mental, un signal qui nous est adressé pour nous faire ressentir la nature des phénomènes perçus et nous mettre en contact avec un corps si sou-

L'émotion, une voie vers l'unité

vent ignoré. En ce sens, on pourrait qualifier l'émotion de réaction, puisqu'elle implique la pensée, matière subtile, le corps, matière dense, et leurs interactions réciproques.

Pour qu'il y ait réaction, il se doit d'y avoir deux objets différents qui interagissent. Si vous versez de l'eau dans de l'eau, rien ne se passe. L'eau reste de l'eau. Si vous mettez en contact de l'eau et du feu, l'eau va se réchauffer, bouillir, se transformer en gaz et s'évaporer. Le feu, s'il n'est pas suffisamment alimenté, va s'éteindre. L'eau et le feu en fusionnant se transforment mutuellement.

La séparation

Pour transposer un tel constat au fonctionnement de notre intériorité, nous pouvons observer que les émotions, quelles qu'en soit leur nature, impliquent un sentiment de séparation. Nous n'avons peur de quelqu'un ou de quelque chose que si nous nous en sentons séparés. Nous ne nous mettons en colère contre quelqu'un ou quelque chose, que si nous nous en

sentons séparés.

Les émotions dites « négatives » sont celles qui accentuent ce sentiment de séparation. Les émotions dites « positives » sont celles qui l'atténuent. Sont nommées « négatives » toutes les réactions qui amènent une fermeture, une condensation, une contraction, en d'autres termes une souffrance. Sont nommées « positives » toutes les réactions qui amènent une ouverture, une dilatation, une expansion, en d'autres termes une joie. La souffrance est ainsi une expérience de condensation, et la joie une expérience d'expansion.

La peur

Prenons l'exemple de la peur. La peur est tout d'abord une expérience sensorielle, corporelle. Le corps se contracte, le souffle s'étrique, l'intestin se noue, la gorge se resserre. Les circonstances qui déclenchent une pareille réaction sont celles qui mettent en danger les systèmes de défense construits par le moi, attaché à son individualité. Par exemple, nous avons peur d'une maladie, car elle met en danger le corps et les attachements multiples propres à la personnalité. Nous sommes identifiés à ce corps et à son devenir. Tout ce qui met en cause ce fragile équilibre déclenche une sensation de peur. Si, par contre, vous n'êtes plus attaché à ce corps et à ses possessions, il n'y a plus de peur. Le devenir du corps ne vous préoccupe plus. Lorsque la peur est d'origine purement mentale, elle est liée aux projections que le mental construit, et qui sont prises pour la réalité. Par exemple, nous imaginons qu'il puisse nous arriver quelque chose dans un avenir proche. Une sensation de peur nous étreint. Un sentiment de danger se révèle. Danger pour qui ? Bien sûr, danger pour « moi ». Nous ne ressentons pas la même expérience si un incendie ravage la maison du voisin que si les flammes lèchent notre corps ou celui de nos proches. Il en est de même pour le compte en banque. Les difficultés de fin de mois du voisin ne nous concernent pas de la même manière que les nôtres. L'idée d'un moi, différent et séparé de l'autre, est donc indissociable de l'expérience de la peur.

La colère

Examinons aussi la question de la colère. Nous nous mettons généralement en colère parce que nous ne sommes pas d'accord avec quelqu'un ou quelque chose. Pas d'accord, pas en accord. Nous ne « résonnons » pas à la même fréquence que ce quelqu'un ou quelque chose. Il y a donc dissonance entre deux objets qui se ressentent séparés. Notre enfant ne fait pas ce qu'on lui dit. La colère monte. Le ton se hausse. Une énergie puissante se mobilise pour parvenir à un but, celui d'affirmer sa loi ou de briser les résistances du désaccord de l'autre. Briser les résistances, n'est-ce pas transformer le deux en un ? La digue sépare l'eau de l'amont de l'eau de l'aval. Lorsque la digue se fissure, l'eau de l'amont et l'eau de l'aval fusionnent. Un violent mouvement se manifeste, qui ne s'apaise que lorsque la fusion est accomplie. De la même manière, la colère disparaît lorsque le moi en colère et celui qui a suscité la colère fusionnent en une unité cohérente. Moi et l'autre ne sommes alors plus séparés. La colère n'est pas.

La tristesse

Voyons l'émotion de tristesse, le chagrin. Ne ressentons-nous pas du chagrin

par nostalgie d'une expérience heureuse oubliée. On peut situer cette expérience sur un plan horizontal, dans notre passé, ou sur un plan vertical, dans le souvenir d'un état qui était joyeux, serein, sans manque. Tant que « je » ne fais pas un avec le vécu désiré, une tristesse est présente. Lorsque nous disons, « *tu me chagrines* », nous attribuons à l'autre la cause du chagrin que nous expérimentons, sans nous rappeler que nous avons déjà connu cette expérience de chagrin dans des circonstances bien différentes, qui n'ont rien à voir avec les circonstances présentes. Attribuer donc une cause en dehors de nous-mêmes à cette émotion de chagrin n'est qu'une projection mentale.

La joie

Qu'en est-il de la joie et des expériences qui lui sont associées ? Nous nous sentons joyeux lorsque nous obtenons ce que nous désirons. S'il s'agit d'un objet, à l'instant où lui et nous sommes un, le désir nous quitte et la joie est là. S'il s'agit d'un être, à l'instant où lui et nous sommes un, le désir nous quitte aussi, et la joie est là. S'il s'agit de l'unité de l'être, à l'instant où elle et nous sommes un, le désir nous quitte, et la joie est là. Le désir de joie peut donc être vu comme une quête d'unité. Plus l'unité de l'être est proche, plus nous nous sentons paisibles, à la maison, tranquilles, dilatés, ouverts. Plus l'unité de l'être est loin, plus nous nous sentons agités, inquiets, contractés, fermés.

Une piste est donc ouverte : celle qui mène de la division à l'indivision, de la multiplicité à l'unité.

L'accueil

Les émotions, quelles qu'en soient leur nature, ont la particularité de se résorber dès lors qu'elles sont accueillies. De la même manière que le morceau de sucre se résorbe lorsqu'il est plongé dans de l'eau, un fragment se résorbe dès lors qu'il est placé dans un espace plus vaste qui lui permet de perdre sa densité.

L'accueil de l'émotion est ainsi une attitude optimale, qui va permettre sa révélation, puis sa résorption.

Que signifie accueillir l'émotion ? Tout d'abord, la contempler, l'observer comme si elle était posée sur la table. C'est assez facile dès lors que l'on considère l'émotion dans sa manifestation corporelle. Les sensations corporelles qui accompagnent l'émotion sont alors observées, écoutées. Les tensions, sous le pouvoir de l'écoute, se détendent, les contractions se relâchent. L'expansion propre aux expériences de joie s'approfondit, jusqu'à ce que disparaisse le sentiment d'individualité. Gérer l'émotion signifie donc l'accepter, comme nous acceptons un être aimé. Nous lui disons « *bienvenue* ». Il se sent alors à son aise, et nous aussi. Et dans cette aisance partagée, la séparation disparaît. L'unité règne.

La conscience

Cette juste gestion des mouvements d'énergie qui traversent l'intériorité implique donc un « *savoir écouter* », qui n'est rien d'autre qu'un « *savoir aimer* ». L'écoute, l'amour et l'acceptation sont tous le reflet d'une seule et

même conscience qui contient et englobe. C'est à partir de cette unité de conscience que nous pouvons dire : il y a amour, écoute et acceptation. Mais la conscience elle-même ne peut être vue, pour la bonne raison qu'elle est ce qui regarde. Avez-vous déjà noté que nous pouvons voir les visages de toutes les personnes que nous rencontrons, mais nous ne pouvons pas voir le nôtre. Quelles que soient les contorsions que nous pouvons faire, sans l'aide d'un miroir il est impossible de voir notre propre visage. Il en est de même avec la conscience. Nous savons la connaître, puisqu'elle est ce que nous sommes, dans notre intimité, mais nous ne pouvons pas la voir en tant qu'objet d'observation.

L'unité

Du point de vue du moi qui se croit séparé, l'émotion est analogue à une friction, qui accompagne la dissolution des limites du moi dans l'unité de la conscience. Lorsque le fil de l'émotion est suivi jusqu'à sa source, il amène à la conscience elle-même, témoin du monde, qui voit sans pouvoir être vu. En faisant ainsi face à l'émotion qui nous tenaille, nous savons mieux faire face aux émotions qui submergent nos patients, éveillant parfois en nous des peurs auxquelles nous ne sommes guère préparés à faire face. Nous savons fort bien que la fuite est inutile, et que la résolution des conflits ne peut se faire qu'à travers une présence attentive. Permettons donc à cette qualité de présence de se révéler en nous. C'est notre propre expérience qui pourra faire écho chez nos patients, et éveiller aussi en eux la beauté méconnue de la réalité de ce qu'ils sont.

Epilogue

Loin s'en faut que nous puissions épuiser un thème aussi riche en quelques lignes. Ce qui est ici proposé est une exploration de phénomènes courants en psychologie et psychopathologie, non à la lumière des livres, mais à travers notre propre compréhension de nous-mêmes. L'évidence est que les mécanismes qui nous emprisonnent ne sont pas différents de ceux qui emprisonnent nos patients. Nous n'avons donc pas le choix que d'étudier notre fonctionnement intérieur, si nous voulons comprendre ceux qui viennent nous voir. Tant que notre compréhension de nous-mêmes ne s'est pas clarifiée, il est difficile de conseiller les autres sans les fourvoyer dans des « *voies de garage* ».

A chacun donc de voir où l'amènent l'amour et la compassion, qui font naître le sens du partage dans une écoute mutuelle et réciproque, là où les notions de pouvoir, de dominance et de soumission sont absentes. C'est à ce prix qu'une véritable qualité d'échange peut se mettre en place. Rendons donc hommage à une telle qualité de thérapie, dans laquelle le thérapeute et son patient ne s'enferment pas dans des schémas réducteurs, mais gardent le goût et la ferveur d'une recherche partagée de compréhension d'eux-mêmes. ■

Dr Jean-Marc Mantel *

*Psychiatre, 486 chemin Combattants A.F.N., 06140 Vence. E-mail : jm.mantel@free.fr

LIVRES

La bientraitance en situation difficile

Comment soutenir des enfants et des adolescents vulnérables

Sous la direction de Jean-Pierre Pourtois et Huguette Desmet
L'Harmattan, 25 €

Cet ouvrage regroupe un ensemble de contributions qui se penchent sur des enfants et des adolescents en situation de risque et sur ceux qui présentent un risque pour leurs proches et pour la société. Le premier groupe se compose de ceux qui ont subi un deuil, sont négligés, sont placés en famille d'accueil ou en institution, qui vivent l'immigration ou qui sont handicapés. Le deuxième groupe se compose d'enfants et d'adolescents agressifs, violents, délinquants ; et puis, il y a aussi les « *décrocheurs scolaires* ». Les textes présentés qui se situent à la charnière de la théorie et de la pratique, sont proposés par des chercheurs et/ou des praticiens impliqués dans l'accompagnement.

On est particulièrement séduit par les formes de soutien actif qui présentent des caractéristiques communes : elles sont de nature développementale, stimulent la relation, privilégient la confiance et incitent à la réflexivité.

Drogues et substitution

Retour à une clinique du sujet

Jean-Pierre Jacques, Christian Figiel (dir.)

De Boeck, 24,50 €

Cet ouvrage se présente à la fois comme un traité objectif de la thérapeutique des dépendances et comme une réflexion subjective et engagée sur ces pratiques cliniques. Les auteurs mettent en valeur un savoir-faire accumulé par de nombreux cliniciens de Belgique et de la francophonie d'ailleurs. Rappelons que la Belgique a accueilli bien plus tôt que d'autres et de façon bien moins rigide, les traitements de substitution. Avec des collègues néerlandais, suisses et britanniques, les praticiens belges ont démontré le bien-fondé d'une substitution confiée aux médecins, aux pharmaciens et aux autres intervenants de la première ligne, et des conditions optimales de travail en partenariat et en réseau avec les équipes spécialisées. Ce savoir-faire, qui va bien au-delà de la substitution, est exposé par une dizaine de contributions. L'originalité du propos tient dans un rapprochement entre les thèses psychopharmacologiques nord-américaines de la substitution et les thèses psychanalytiques. Un troisième courant traverse cet effort de synthèse : un abord théorique et pratique de l'exclusion sociale et sanitaire, qui tient compte des effets pervers de la répression pénale et de la stigmatisation morale des usagers de drogues. La substitution vise autant à soulager, à court terme, le sujet harcelé par sa dépendance et par la répression qu'à se donner le temps et l'occasion d'une éventuelle rencontre transférentielle.

Qu'est-ce qui vous amène ?

Martine Bacherich

Gallimard, 22,50 €

Contrairement à trop d'écrits psychanalytiques actuels, qui se contentent de simples « *vignettes cliniques* » pour illustrer de pléthoriques et souvent soporifiques élaborations théoriques, Martine Bacherich nous offre ici de belles et longues histoires cliniques autrement plus « *parlantes* ». Elle renoue en cela avec Freud qui, en 1895, notait : « *Je suis encore étonné de voir que les histoires de malades que j'écris se lisent comme des nouvelles et manquent, comme ainsi dire, du cachet sérieux de la science. Je me console en me disant que c'est vraisemblablement la nature même du sujet plutôt que mon propre choix qui est responsable de cet état de choses* ». La part théorique n'est pas, pour autant, absente de ces récits : elle est souvent brillante, non-dogmatique, puisant à de nombreuses sources et riche d'enseignements. On lira aussi avec plaisir la seconde partie du livre où l'auteur dévoile ses intérêts pour d'autres sujets, en particulier la peinture et... la lingerie féminine.

M. Goutal

Site internet et psychiatrie

Le laboratoire Organon a mis à disposition des psychiatres le site internet Orgapsy (www.orgapsy.com) exclusivement réservé à la psychiatrie. Ce site propose de nombreuses informations médicales et juridiques : dossiers thématiques, chroniques médico-juridiques, cas cliniques. Il offre, par ailleurs, un certain nombre de services pratiques : la possibilité de télécharger des lettres types juridiques, l'accès à l'agenda des congrès en psychiatrie, des liens vers des sites internet spécialisés ainsi qu'un service de bibliographie internationale. Ce site, en accès sécurisé, est exclusivement réservé aux professionnels de santé.

Un atelier d'écriture se dirige autour d'une personne spécialisée dans l'écriture que cela soit le livre, le théâtre, la poésie... Il se déroule en groupe de personnes qui vont s'essayer à écrire avec des consignes données par la ou le thérapeute ; ces consignes sont des supports à l'écriture. Elles sont diverses : du mot aux phrases, à la lecture d'un texte... à l'invention, la création.

Quels sont les rapports à l'écriture, ses compétences, ses enjeux... ?

Le dispositif de l'atelier est représenté par le groupe lui-même, les propositions d'écriture, les modes de socialisations des textes et les retours... Les applications sont nombreuses : pratique artistique, soutien scolaire, projets ponctuels, club de lecture, journal intime, de voyage.

Là, à l'hôpital de jour du CRPS, la première visée est celle du loisir et thérapeutique mais le groupe se trouve confronté à d'autres visées comme celle principale, à mon sens, est d'être acteur de son écrit. Ce groupe fait suite à celui qui se déroulait dans la grande salle qui accueille chaque jour les patients pour la journée. C'était le vendredi matin, chacun sur son fauteuil, je m'approchais d'eux avec une table des feuilles, des crayons. Là, petit à petit nous avons joué avec les mots, c'est moi qui écrivais vu qu'il n'y avait pas de table ! Nous faisons des jeux de rapidité, de recherche, des brainstormings ; c'était la parole qui était en cause.

Maintenant, la parole a laissé place à l'écrit, tout naturellement, après un petit café et les papotages du matin.

Le groupe se déroule chaque vendredi, dans la salle de psychomotricité, le temps que tout le monde arrive et s'installe. Il dure une heure trente. Chacun a son dossier, sa pochette à feuilles blanches et presque sa place attitrée. Neuf personnes fréquentent ce groupe de manière très régulière.

La première séance a eu lieu un vendredi 13 et s'est installée dans la fluidité de celui d'avant. C'est un groupe qui sera dit « fermé ». Certaines personnes viendront une fois et ne pourront suivre faute de problème de langue, d'écoute ou de forte instabilité. Ces personnes ne seront pas abandonnées mais invitées sous une autre forme. C'est un groupe surprenant. Cette possibilité d'évoluer sans crainte, de poser des questions, d'avoir envie de faire et d'écrire.

Les consignes, les propositions d'écriture sont simples au départ, c'est « une mise en jambe », plus tard cela deviendra une « mise en plume », puis le travail.

La première séance

Le groupe cherche librement six mots ; il suffit de lever les yeux et de parcourir la salle pour commencer. Ceci pendant une minute : le temps marqué est important il rythme les exercices, la fatigue, l'empressement l'aide... Chacun donne un numéro à ses mots les uns en dessous des autres. Je prends le dé, le numéro sorti fait faire à chacun l'écriture d'une phrase librement. Puis, c'est une autre personne qui tire le dé, nomme le numéro et propose la même consigne. Le sourire de la personne qui guide est présent ; c'est elle qui me « remplace » ; chacun lui lit sa phrase. On écoute toutes les propositions, les regards sont posés, le silence est là. Le retour est fait par moi, au début.

Le retour est un moment important car il replace l'écrit de la personne, il lui renvoie quelque chose d'autre, il est toujours positif mais pas si évident. Au début c'est ; « c'était bien » maintenant la personne qui fait le retour parle un peu plus, cherche les mots et parfois les souvenirs aident : « ça me rappelle la Bretagne ».

Chacun choisit un mot de sa liste et le donne à quelqu'un d'autre (à qui vais-je le donner ?), de manière équilibrée afin que chaque personne ait une liste de cinq mots et voilà, le groupe qui écrit une histoire. Certes, c'est une

Un atelier d'écriture à l'hôpital de jour

« J'écris pour me parcourir » Henri Michaux

petite histoire mais c'est une histoire, des phrases qui se suivent qui parlent de quelque chose, de quelqu'un... d'autre.

Le groupe reprend sa première liste et chacun sur sa feuille, note un ou deux mots qui lui plaît. Comme parfois, il y a trop de mots : on vote à main levée afin de n'avoir qu'une seule et unique liste commune de cinq mots.

Ce qui s'est passé là : d'une liberté de mots sans contrainte on se retrouve à un mot unique de sa liste. Puis un mot est au hasard choisi sur une liste et donné à tous, avant de revenir à sa liste personnelle et de donner à l'autre son mot pour arriver à cinq mots et écrire son histoire.

Quels jeux de mots !

Puis, de nouveau, tous les mots de tous sont relus et quelqu'un choisit de manière personnelle pour finir par un vote en vue de retourner, comme au début, à une seule liste unique.

Les consignes d'écritures sont simples ; il suffit de ne pas trop « coller les mots » même si cela arrive très souvent au début. Maintenant, je note que chaque mot de la liste s'éloigne de l'autre. L'important c'est l'écrit et le fait de se voir lire par l'autre, montre un courage et un plaisir.

Quelque part on est là, vraiment ! Mu a fini bien avant tout le monde, et attend. Maintenant, elle relie son texte, cherche et discute moins souvent avec sa voisine. « Tu sais avant j'écrivais des poésies mais le T m'a rendu une mauvaise vue ».

Quand je vois toutes les têtes penchées sur les feuilles, le silence, je souris et j'imagine la fumée qui sort au dessus d'eux. Quand je leur dis cela, ils rient mais c'est du « sérieux ».

Jeux de mots, inventaires, échanges de mots, choix de mots... et propositions sur thème avec, petit à petit, des consignes (sans le verbe « avoir », sans le « je »).

Tout le temps, les participants sont parlants et quand il y a une difficulté personne n'est laissée pour compte ; aujourd'hui c'est l'entre aide, les exemples fusent.

C'est l'évolution d'un mot vers une phrase puis vers un texte, vers une histoire. Personne n'a de difficulté à la lecture de son texte, respect, écoute. Le retour se fait avec des mots simples « j'aimais bien ça ou ça », et parfois quelqu'un demande une explication « Pourquoi t'as écrit ça ? ».

Parfois, le groupe est moins dynamique si quelqu'un va mal par exemple mais toujours concentré.

Maintenant peu de paroles, peu de bavardages mais une certaine écoute une préparation à.

Certaines propositions étonnent au début mais quand elles s'installent dans l'écrit c'est la surprise de ce qui est possible de faire : exemple les « tout à coup », les « il y a ».

Le groupe s'interpelle, donne son avis et parfois de manière détournée me donne des idées de propositions. C'est la discussion, le partage, les avis s'entrecroisent. Parfois, ce sont des éclats de rire, cela fait du bien, des jeux de mots, ou le silence quand chacun est penché sur sa feuille blanche. Pendant ce temps, j'écris moi aussi en détail tout se qui se passe « t'écris quoi ? », les réactions, les signes... pour moi-même. Et, j'aime aussi écrire. Parfois, je leur parle de mon atelier et il y a quelque temps, j'ai apporté mon cahier et j'ai lu... « tu fais comme nous ».

Parfois, le groupe est surpris, beaucoup de « je », des souvenirs qui reviennent sur le thème de l'océan comme la colo-

nie de vacances de K, ou la première fois que Mo a vu la mer car son « père ne pouvait pas payer des vacances », des implications personnelles rien de plus. Je remets en place les différents modes d'écriture, autobiographique, loisir. Chacun commence à s'inscrire dans un « style » d'écriture et entre eux les patients le reconnaissent. « Là, c'est bien toi ».

La place sur la feuille s'étale, on change de feuille, l'écriture se pose en prenant de la place.

On a tous le même mode opératoire pour commencer ; date, prénom, numérotation et marge. Marge, dont les participants commencent à comprendre la signification : « On peut écrire de dans ».

A la suite d'observations, ce qui est formidable, c'est que d'eux mêmes, avec leurs mots : ils aperçoivent quelque chose. Comme une ouverture sur d'autres mots, d'autres possibilités d'écrire, d'autres formes d'écriture. « Ça donne envie d'être à la campagne » ; donc, l'écrit fait imaginer l'autre, imprègne l'écoute de l'autre et peut donner envie.

Parfois, par rapport à la dynamique du groupe ; les consignes auxquelles j'avais réfléchi peuvent changer, et là depuis quelque temps je n'arrive pas à placer « la proposition sur l'inventaire de l'orchestre » car il y a toujours quelque chose à jouer avant.

On en rit.

La place de la verbalisation est grande : exemples donnés, questionnement sur le reçu, écoute des silences, quand quelques uns ont fini : je demande « si tout va bien », ou encore « on va s'arrêter dans x temps ». En effet, le temps est toujours posé comme repère et guide. Ne jamais laisser une personne dans l'inquiétude de l'écrit. Ma déchire sa feuille. A la bougeote cela est repris.

L'orthographe, la ponctuation ? Ce n'est pas un problème tant qu'il n'y a pas de demande ; maintenant cela est questionné : Mu « je ne sais pas écrire », Mo « ça à un -e- ».

Toujours rassurer, donner le choix : permettre de retrouver l'envie d'écrire et de lire son écrit à l'autre. Là, il est donc perdu car l'autre s'en approprie momentanément mais c'est aussi son tour à un autre moment.

On commence parfois à travailler la compréhension d'un texte, la logique. Là, c'est encore différent ; « comment me faire comprendre, qu'est-ce que je cherche à dire ? »- et « comment je m'y prends pour que l'autre me comprenne ».

Les consignes aujourd'hui se précisent dans la création toujours libre mais qui s'attache à l'intérieur de la proposition à un : « et encore je rajoute ».

Quels sont les objectifs thérapeutiques ?

A la suite de stages et de formations, de ma participation à un atelier d'écriture, du plaisir de lire et d'écrire et de ma place de thérapeute j'ai essayé de faire passer l'envie d'écrire, d'ouvrir le champ de la communication, de donner envie de chercher les mots, d'autres mots pour convaincre, faire comprendre, s'expliquer, le poser sur une feuille comme un signe.

Signe qui sera reconnu par l'autre dans l'écrit et dans la parole, tout en restant dans la création et l'imagination.

En effet, ce sont des patients considérés comme lourds ou chroniques, éparpillés dans leur maladie qui peuvent à

un moment donné, se retrouver en groupe dans une logique de l'écrit pas évidente car oubliée, laissant place à une parole en disfonctionnement et qui là, peuvent à travers une concentration, une envie de pouvoir faire, se retrouver dans une communication individuelle et collective.

Groupe surprenant dans ce nouveau travail, assidu, percutant, imaginatif, plein d'émotion, de courage, et pourquoi pas ... la découverte d'un certain plaisir.

.... Quelques écrits pris au hasard des pochettes...

A la suite d'un inventaire sur la cuisine... « Avec les couverts et les fourchettes, je m'assois sur une chaise pour faire de la musique comme un chef d'orchestre. Je fais sonner mon micro onde, claque la porte du frigo, la cocotte minute sonne comme une locomotive puis je casse les verres en guise de fin de symphonie ».

Ce participant n'a pas une réelle cuisine. ...

« J'ai acheté une belle série d'assiettes avec de jolis couverts qui vont bien dans la décoration de ma cuisine, mon frigo est décoré de petits objets magnétiques, je fais cuire des artichauts dans ma cocotte minute ».

Les émotions arrivent sans risque... « Aujourd'hui, j'ai cassé une assiette, la chaise que j'ai cassée était neuve, Aujourd'hui le micro onde que j'ai acheté est tombé en panne Aujourd'hui le frigo est vide, Aujourd'hui la cocotte minute ne sonne plus Aujourd'hui la fourchette que j'ai achetée est pas assez belle Aujourd'hui le couvert a pas été rangé ».

Dans d'autres écrits, il y aura plus d'espoir, mais cette personne a-t-elle accès à une cuisine ? A nous propose ici un autre exercice : les « Aujourd'hui ».

Autres écrits sur les « j'aimerais » et « je déteste »
« J'aimerais être un artiste
J'aimerais savoir jouer du piano
J'aimerais être libre
J'aimerais bien manger un couscous
J'aimerais me sortir de ce trou noir
J'aimerais faire mes devoirs
J'aimerais qu'il s'arrête de pleuvoir ».

Un jeune patient...
« Je déteste ma pluie qui tombe
Je déteste me souiller
Je déteste porter des lunettes
Je déteste l'heure
Je déteste aller dehors pour rien
Je déteste arroser les fleurs
Je déteste manger dehors ».

Beaucoup à faire pour être un tout petit peu mieux...
Là, on peut inverser ...
« Je déteste être bête
Je déteste le mauvais pouvoir
Je déteste le mot déteste comme la peste
Je déteste le gâchis
Je déteste le profit
Je déteste être triste
Je déteste retourner ma veste
Je déteste trop de leste
Je déteste les petites et les grandes fêtes
Je déteste ne pas être à ma place ».

Et pour finir, une petite histoire, avec du « je » sur quatre mots proposés...

« Par un après midi d'automne, sous un ciel nuageux et humide des petites bêtes appelées vers de terre se sont montrées dans le jardin que j'avais joliment fleuri, prise de panique en voyant cela, j'ai dû fermer mes cahiers et mes livres ». ■

Evelyne Petit-Bernon

*Psychomotricienne, CRPS, Service 11, Hôpital Paul Guiraud, Villejuif. evegilpetit@wanadoo.fr

LIVRES ET REVUES

Profession ergothérapeute

Claude Wagner
L'Harmattan, 27 €

Dans une première partie, ce livre montre la place de l'ergothérapie dans l'espace professionnel tant du point de vue de la qualification, de la formation qu'au niveau de la hiérarchie. Les domaines de compétence des ergothérapeutes sont présentés en les confrontant avec ceux des autres professions paramédicales.

La deuxième partie est consacrée aux différents enjeux liés aux pratiques thérapeutiques des ergothérapeutes ainsi qu'aux études paramédicales qui les fondent. Un chapitre insiste sur les réglementations administratives qui régulent la profession au sein de l'hôpital et, également, dans le cadre de l'exercice libéral.

La passion de l'origine

Essai sur la généalogie des arts premiers

François Warin
Ellipses, 14,50 €

A l'occasion de l'ouverture du musée du quai Branly, François Warin propose un essai illustré destiné à ceux qui s'interrogent et souhaitent découvrir le sens des « arts premiers ».

Au détour des deux derniers siècles, la rencontre de l'art nègre a exposé à la différence et à l'altérité comme telles. Elle a réveillé l'art européen à une époque où il se mourait d'une lente amnésie. Son entrée au musée a aussi allumé la guerre entre esthétique et anthropologie. La véhémence et la récurrence d'une telle discordance demandaient d'abord une critique et l'énoncé de critères rigoureux permettant de se repérer dans un paysage nouveau.

Cette histoire s'est déroulée en dehors de l'Afrique et il fallait aller voir comment est vécue et pensée, sur le continent noir, cette hantise de l'origine qui caractérise les arts premiers, et comment, en particulier, est représentée, dans son ambivalence, l'origine du monde (le féminin, à la fois béni et maudit).

Cette fouille jusqu'à la racine matérielle et maternelle des choses, cette quête du simple et de l'archaïque à l'oeuvre dans les arts premiers, continuent à travailler l'art contemporain.

Secret, honte et violences

La honte à l'épreuve de la psychanalyse

Le Coq-Héron 2006 n°184
Erès, 16 €

Le thème autour duquel s'est organisé ce numéro est lié à l'importance du vécu de la honte, ses aspects dévastateurs au sein de la vie émotionnelle, ses conséquences violentes dépressives avec passages à l'acte ou, encore, les tentatives d'évitement pour s'en dégager.

La honte, détresse muette à décrypter, peut parfois se révéler au travers de souffrances physiques, par des actes tels des scarifications, des piercings sinon des actes plus directement dangereux. Actes qui doivent détourner le regard de ce qui fait honte ou faire disparaître celui-là même qui a honte. L'aspect trans-générationnel du traumatisme induisant les manifestations de honte, se place au centre de secrets et de violences familiales que soutient souvent la force de son emprise. Pour le thérapeute, la honte est toujours source d'alerte et elle reste bien différente de la culpabilité.

LIVRES

Organodynamisme et neurocognitismeRobert Michel Palem
L'Harmattan, 14 €

L'Organodynamisme (mis au point par Henri Ey entre 1938 et 1977) est, pour R.M. Palem, une structure d'accueil et de coexistence qui a, dès le début, renoncé à s'opposer à la psychanalyse, qu'il intègre positivement dans son pôle « dynamique » (Inconscient compris). Mais il n'y aurait pas, non plus, de contradictions majeures entre le grand plaidoyer de Ey pour un « corps psychique » ou un « devenir conscient » et ce que peuvent déployer comme efforts les théoriciens cognitivistes. Leurs recherches pourraient même éclairer sur l'organisation antihallucinatoire et, plus généralement, sur les grilles structurantes et les instruments opératoires de l'esprit.

Histoire des aphasies Une anatomie de l'expression

Denis Forest

Presses Universitaires de France
23 €

Les aphasies ont été, non pas seulement un objet biomédical ou linguistique, mais aussi un objet philosophique. De même qu'il est possible, jusqu'à un certain point, de connaître la pensée de Maine de Biran, celle de Hegel et celle d'Auguste Comte, en considérant leur réaction au système de Gall, de même ce que Bergson, Ernst Cassirer ou Maurice Merleau-Ponty ont écrit des aphasies et de questions psychophysiologiques connexes peut être considéré comme un révélateur de leurs positions. En adoptant une perspective un peu plus large, si on retrace une histoire de Cabanis à Merleau-Ponty, sans même remonter à la psychophysiologie de Descartes, ni en amont de lui, ni à la relation de Diderot à Bordeu ; sans même en venir au paysage contemporain, on peut affirmer qu'une part importante de la pensée française s'est définie par rapport aux explications neuropsychologiques en général. Les aphasies ou la tension persistante entre ce qu'on en connaît et ce qu'elles sont, sont au centre de ce livre et non simplement ce qui a pu en être dit. Ce qui compte, ce sont les extrapolations qu'elles permettent au sujet du langage normal.

Denis Forest pose la question philosophique du langage (de sa possibilité, et de sa relation à celui qui s'exprime en lui) à partir de la connaissance de son substrat biologique, et à partir de celle des pathologies de la parole. L'idée que les dissociations empiriques, pathologiquement induites, ont un intérêt proprement conceptuel, a été défendue et illustrée. Si l'on peut apprendre quelque chose sur la vision à travers des cas où la conscience d'accès demeure en l'absence d'une conscience phénoménale de l'objet vu (le patient, en regardant l'objet, apprend quelque chose à son sujet, tout en étant convaincu de ne pas le voir), alors on doit aussi pouvoir apprendre quelque chose sur l'expression verbale en en faisant l'anatomie, c'est-à-dire en examinant les types de désintégration de la parole dont la pathologie est la source. Les connaissances relatives aux aphasies sont présentées à travers l'histoire complexe de leur formation, parce que le présent de la neuropsychologie est en débat avec son passé : qu'il s'agisse de préjugés qu'il faut identifier pour mieux les tenir à distance ; qu'il s'agisse d'options explicatives et d'observations cliniques.

Trouble bipolaire, rispéridone et pratique de ville

Questions à Joël Pon* par Serge Tribolet**

Serge Tribolet : Quels sont les troubles bipolaires que vous rencontrez le plus souvent en pratique de ville ?

Joël Pon : Toutes sortes, du bipolaire I, anciennement maniaco-dépressif aux autres bipolaires, dépression récurrente unipolaire, cyclothymie, dépression avec inversion de l'humeur. Il est certain que c'est à travers le canal de la dépression récurrente que se fait le plus grand nombre de diagnostics. C'est, le plus souvent, le psychiatre qui pose le diagnostic et initie le premier traitement thymorégulateur devant un faisceau d'arguments évocateurs : récurrence dépressive, cyclicité, antécédents familiaux, caractère « chimiorésistant » de la dépression, périodes éventuelles d'hyperthymie ou d'hypomanie. Le généraliste est appelé souvent à confirmer ou compléter les éléments parlants de l'anamnèse qui étayent le diagnostic.

S.T. : A partir de quel moment de la prise en charge d'un patient ayant présenté une rechute de trouble thymique, envisagez-vous l'instauration d'un traitement préventif ?

J. P. : Un épisode maniaque signe toujours la bipolarité et initie toujours un traitement préventif. Un épisode dépressif récurrent laisse toujours un doute. L'instauration d'un traitement préventif se fait dès le premier épisode si l'anamnèse retrouve un faisceau d'arguments associés pertinents : notion d'hérédité familiale, âge de début du trouble, tempérament cyclothymique sous-jacent, notion de périodes d'hyperthymie ou d'inversion de l'humeur sous antidépresseur. Il est plus tardif dans le cadre de la dépression récurrente assez pure mais la tendance est de prescrire un traitement préventif des rechutes le plus précocement possible.

S.T. : Les antipsychotiques atypiques représentent-ils dans votre pratique un élément important dans la thérapeutique des patients bipolaires ?

J. P. : Les neuroleptiques traditionnels ne sont plus utilisés qu'en traitement secondaire symptomatique tel que la cyamazine en recherchant les effets anxiolytiques ou sédatifs. La préférence est donnée aux antipsychotiques compte tenu de leurs avantages bénéfice / risque. Les antipsychotiques, du fait de leur efficacité et de leur tolérance, appellent au consensus et sont utilisés à visée curative dans le traitement des épisodes maniaques et des délires mélancoliques et à visée préventive pour diminuer le risque de rechutes.

S.T. : Avec la rispéridone observez-vous une amélioration sur le fonctionnement social d'un patient présentant un trouble bipolaire ?

J. P. : L'amélioration du fonctionnement social sous rispéridone s'observe grâce à la réduction des symptômes psychotiques sans désertification de la personnalité sous-jacente et sans altération des fonctions cognitives et affectives. Le patient garde une ouverture au monde et à la relation aux autres à tous niveaux : familial, social, professionnel quand il est intégré, mais surtout, il garde une ouverture à la relation thérapeutique.

L'image du patient déshabité et vidé de sa personnalité par les neuroleptiques n'existe plus. Je pense à tel patient d'une quarantaine d'années, véritablement bipolaire et actuellement traité par Rispéridone. Il me surprend souvent par son dynamisme à effectuer un travail pourtant difficile (il réceptionne les livraisons dans un grand Supermarché) tout en gardant une vie relationnelle assez riche (amis, musique, voyages). Il offre aux entretiens une certaine finesse psychologique alors qu'antérieurement traité lors des phases maniaques par neuroleptiques, il restait désertifié et un peu indifférent à sa vie intérieure et au monde qui l'entourait.

S.T. : Quelles sont les exigences thérapeutiques que vous recherchez dans la prise en charge d'un adolescent bipolaire ?

J. P. : L'adolescent requiert une optimisation du rapport efficacité / tolérance comme il impose une information et une éducation sur la maladie encore plus poussée que pour l'adulte. L'adolescent accepte toujours difficilement un diagnostic de maladie chronique qui vient assombrir son horizon existentiel comme il supportera toujours très mal les effets secondaires d'un traitement, surtout ceux qui émoussent ses désirs, brident son corps ou l'alourdissent et limitent ses élan affectifs et sexuels. L'absence d'effets secondaires favorisera une observance qui a la réputation, à cet âge, d'être fragile et faillible. C'est pour cela qu'une action éducative pour le jeune patient et sa famille reste fondamentale, la tentation du « je vais arrêter le traitement pour voir ce que cela donne » ou du « je n'ai plus besoin de traitement puisque je vais très bien » restant très fortes. Il est important de rappeler que : même muette et asymptomatique la maladie reste présente, chaque nouvel épisode de décompensation aggrave et péjore le pronostic. Bien sûr, il est important d'obtenir une adhésion cohérente du patient et de sa famille qui reste partie prenante dans cette maladie qui vient souvent troubler son fonctionnement harmonieux. Notons au passage qu'un entourage qui connaît bien, et son malade, et sa maladie, peut être un allié précieux pour repérer les symptômes précoces ou les signaux symptômes annonciateurs des périodes de déséquilibre. Ainsi, se posent les bases d'une alliance thérapeutique qui devient à son tour un élément rassurant et sécurisant pour l'adolescent.

S.T. : Est-ce que le traitement de la manie avec un antipsychotique atypique instauré à l'hôpital influe sur la prise en charge ultérieure de la thymorégulation en cabinet de ville ?

J. P. : Les épisodes aigus sont traités à l'hôpital ou en clinique et suivis, ensuite, en ambulatoire en consultation ou cabinet de ville où s'effectue la surveillance de la stabilité psychique du patient et de la qualité de la thymorégulation. Mais il est utopique de penser que la ligne thymique du patient restera stable et immuable. Le suivi aura aussi pour fonction de gérer et réguler les inflexions thymiques qui ne manqueront pas de survenir, mais qui, par leur caractère modéré resteront du ressort d'une pratique ambulatoire. Il y aura donc toujours un lien direct

entre le traitement antipsychotique instauré à l'hôpital et la prise en charge ambulatoire. Il ne saurait y avoir discontinuité. Le seul changement envisageable est celui de la modulation des traitements associés, sédatifs ou anxiolytiques, et c'est souvent une réduction progressive des posologies hospitalières qui permettront une meilleure adaptation à des conditions de vie souvent plus dynamiques. Il est certain, par ailleurs, que les antipsychotiques actuels permettent d'élaborer des projets de réhabilitation plus ambitieux et adaptés, car ils gardent au patient leur intégrité cognitive et leur implication dynamique.

S.T. : Les symptômes dits psychotiques sont-ils les indicateurs permettant un repérage précoce d'un trouble bipolaire initial ou en récédive ?

J. P. : Il est certain que les symptômes psychotiques argumentent de façon plus nette vers un trouble bipolaire, de la même façon que l'on affirmait autrefois que la manie signalait la psychose maniaco-dépressive. Le repérage, le diagnostic et le traitement préventif, sont alors plus précoces que lors des entrées par la scène dépressive. Mais il faut cependant rester vigilant devant certaines manies « froides » caractérisées par une hyperthymie sans adhésion affective, certaines manies marquées par une grande variabilité de l'humeur oscillant entre hyperthymie et dépression, souvent associées à des angoisses massives régulièrement destructurantes, certains délires mégalomaniaques bizarres ou trop « historiques ». Il peut s'agir alors de modes d'entrée dans la schizophrénie au travers d'épisodes psychotiques aigus à coloration maniaque. Ces patients nous feront souvent hésiter, ultérieurement, entre le diagnostic de trouble bipolaire et de schizophrénie dysthymique.

S.T. : Comment améliorer l'observance pour un meilleur suivi en ambulatoire ?

J. P. : L'amélioration de l'observance passe par le vécu positif du traitement, son absence d'effets secondaires délétères (dynamiques ou métaboliques) sur la vie du patient, son respect de l'intégrité esthétique, sa discrétion dans la vie quotidienne. Trois préoccupations principales reviennent toujours dans l'esprit du patient : la crainte des effets sédatifs, la hantise de prendre du poids, la

peur de voir leur efficacité sexuelle se réduire... L'amélioration de l'observance passe aussi par l'information et l'éducation données sur la maladie, son génie évolutif, ses symptômes sentinelles, et l'impact des thérapeutiques proposées.

S.T. : Quelle stratégie adoptez-vous pour faire reconnaître au patient des symptômes annonciateurs de l'accès maniaque ? La rispéridone représente-t-elle un apport dans cette stratégie ?

J. P. : La reconnaissance par le patient (ou son entourage) des ou d'un symptôme annonciateur de la floraison maniaque est fondamentale pour anticiper et écrier une décompensation qui s'annonce. Chaque patient a souvent son signal-symptôme et le reconnaît quelquefois lui-même. Souvent, c'est la famille, qui a repéré ce symptôme d'alerte. Je me souviens de la mère d'un patient bipolaire qui prenait très vite rendez-vous pour son fils dès qu'il mettait, en fin d'hiver, ses chemises tahitiennes très fleuries et colorées car c'était inmanquablement le début d'un épisode maniaque. Cependant, ce ciblage ne se révèle souvent qu'à l'épreuve du temps et à travers l'apprentissage par le patient de sa propre maladie. Chez certains patients, la tentation de la nier ou la minimiser reste grande et ce n'est souvent qu'à l'épreuve des expériences douloureuses qu'il y a acceptation du diagnostic. La rispéridone, par son effet anti-maniaque rapide et puissant, ainsi que par sa bonne tolérance, se révèle dans ce cas intéressante et bénéfique, le patient, même à moitié convaincu de son mal, acceptant de prendre un traitement qui aura des effets positifs sans avoir d'effets secondaires.

Tous ces éléments : symptomatologie clinique, génie évolutif, rôle des thérapies, implications familiales, conséquences professionnelles et sociales sont aujourd'hui colligés dans des brochures d'information délivrées au patient et à son entourage. Les patients s'y retrouvent décrits de façon assez fidèle et c'est souvent un guide qui les aide à affiner la connaissance qu'ils ont de la maladie et d'eux-mêmes.

Un patient bipolaire vient rapidement consulter dès qu'un réveil précoce interrompt ses nuits au changement de saison.

Il se souvient que les deux épisodes maniaques présentés antérieurement se sont rapidement constitués, en quarante huit heures, après ce coup de sifflet symptomatique représenté par cette insomnie de la fin de nuit. ■

* Psychiatre, 146 avenue des Minimes, 31200 Toulouse

** Praticien hospitalier, psychiatre

La Dhos met en ligne un guide juridique sur la gouvernance hospitalière

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) a mis en ligne un document regroupant toutes les dispositions juridiques relatives à la réforme de la gouvernance hospitalière. Le document est articulé autour de trois chapitres : l'organisation administrative, les instances consultatives et l'organisation interne des établissements. Le premier chapitre détaille la composition, les attributions et le fonctionnement du conseil d'administration (CA), le rôle du directeur, celui du conseil exécutif ainsi que la place de la tutelle (allègement du régime d'approbation des délibérations du CA et pouvoir de substitution). Le deuxième chapitre recense les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et à ses sous-commissions, au comité technique d'établissement et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Le troisième chapitre porte sur l'organisation interne des établissements, notamment la structuration interne des pôles d'activité, leur mise en place ainsi que l'organisation et le fonctionnement des conseils de pôle.

*Présentation de la réforme de la gouvernance, Dhos, juillet 2006, 99 pages, téléchargeable sur le site www.sante.gouv.fr/ dans le dossier Fonctionnement interne de l'hôpital.

LE CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
DE NANTES (44)

Recrute

**Psychiatre à
Temps Plein
Urgences Médico-
Psychologiques**

Pour tout renseignement
s'adresser à :

Madame le Docteur
Muriel BOSSARD
Tél. : 02 40 08 38 71

Adresser CV et candidature à :
Monsieur le Directeur des
Affaires Médicales
Centre Hospitalier
Universitaire de Nantes
Immeuble Deurbroucq
5, allée de l'Île Gloriette
44093 Nantes cedex 01



Fondation Santé
des Etudiants
de France

**FONDATION SANTE DES
ETUDIANTS DE FRANCE**

CENTRE MEDICAL POUR
ADOLESCENTS DE
NEUFMOUTIERS EN BRIE (77)

Dans le cadre de son projet d'établissement
et du SROSS 3, l'établissement

Recherche

**2 MEDECINS SPECIALISES EN
PSYCHIATRIE
Temps plein**

Pour prendre en charge :

- une unité d'accueil post aigu pour adolescents de 10 lits
- une unité pour patients 13 - 15 ans de 20 lits, dans le cadre d'une prise en charge soins-études.

Expérience souhaitée : auprès d'adolescents avec expérience de la vie institutionnelle et des missions transversales.

Evolution possible vers un poste de chef de service.

Participation aux astreintes médicales.

Rémunération : selon les dispositions de la Convention Collective d'octobre 1951.

Recrutement possible par détachement.

Renseignements complémentaires auprès de
Monsieur BRAUN, Directeur,
ou auprès du Docteur BIE, Psychiatre.

Tél : 01 64 42 46 46. Fax 01 64 42 46 19

Courriel : cmpa.neufmoutiers@fsef.net

Adresse :

CMPA : 19 rue du Docteur Lardanchet,
77610 Neufmoutiers-en-Brie.

**Centre Hospitalier de Castelluccio
Ajaccio**

Recrute

**2 Médecins psychiatres temps plein
ou Assistants spécialistes en psychiatrie**

Pour 2 secteurs de psychiatrie générale
POSSIBILITÉ DE LOGEMENT SUR PLACE

Adresser candidature et C.V. à :
Monsieur le Directeur des Affaires Médicales
Centre Hospitalier de Castelluccio
BP 85 - 20176 Ajaccio Cédex
Tél. : 04 95 29 36 08 / 04 95 29 38 24

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

3 secteurs de psychiatrie générale, un secteur de
pédopsychiatrie et un secteur d'alcoolologie

Agglomération touristique de 30 000 habitants
située à 60 Kms de Brest (Ville Universitaire)

à proximité de la mer (Roscoff, Carantec, baie de Morlaix),
desserte TGV et voie expresse

**Recherche
des praticiens en psychiatrie générale et
infanto-juvénile**

Adresser candidature et CV à :

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

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

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



Etablissement Public de Santé Paul Guiraud

**CENTRE
HOSPITALIER**

PAUL GUIRAUD VILLEJUIF (94)

Recherche

2 Praticiens Hospitaliers Psychiatres

à temps partiel pour le secteur 92G13 (St Cloud, Garches)

Joindre le Dr Ph. LASCAR

► Tél. : 01 42 11 70 95



IME les Abeilles 13990 Fontvieille

recrute

**1 Médecin Pédopsychiatre ou psychiatre
(H ou F)
à Plein Temps en CDI**

CONTACTER :

Mr le Directeur de l'IME les Abeilles

Rue Michelet

13990 Fontvieille

Tél. 04 90 54 63 55

email : rv@imelesabeilles.com

**LES ETABLISSEMENTS
HOSPITALIERS DU BESSIN**

(BAYEUX - CALVADOS - NORMANDIE

- 20 MN DE CAEN)

RECHERCHENT EN URGENCE

1 PSYCHIATRE TEMPS PLEIN

SUR UN POSTE VACANT A POURVOIR IMMEDIATEMENT
POUR LE SECTEUR 14G05 DE PSYCHIATRIE ADULTE
DU CENTRE HOSPITALIER DE BAYEUX

EXERCICE PRINCIPAL EN CMP,
PSYCHIATRIE DE LIAISON DEMANDE

> POUR TOUS RENSEIGNEMENTS S'ADRESSER :
DR ISABELLE DUPONT, CHEF DE SERVICE
TEL. 02 31 51 51 48

> LETTRE DE CANDIDATURE ET C.V. A ADRESSER A :
- MONSIEUR LE SECRETAIRE GENERAL
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DU BESSIN
B.P. 18127 - 14401 BAYEUX CEDEX
TEL. 02 31 51 51 50

- DOCTEUR ISABELLE DUPONT
CHEF DE SERVICE, SERVICE DE PSYCHIATRIE ADULTES
RUE D'ARGOUGES - 14400 BAYEUX

L'association
RENOVATION
recherche
**Un médecin
psychiatre**

Responsable médical d'un
foyer de post-cure pour jeunes
adultes présentant des
troubles psychiques graves.

CDI

Temps partiel (0,5 ETP)
Etablissement de santé
Convention collective du 1^{er} mars
1979 (annexée à la CC 66)

Poste à pourvoir au
1^{er} janvier 2007

Adresser lettre de motivation et
CV au directeur,
Association RENOVATION,
Centre de Réadaptation,
38 rue Pasteur
33200 BORDEAUX

Femme Médecin
Généraliste
**cherche poste en
psychiatrie
pour formation en
DIU Psychiatrie
Générale**

Toutes régions
Tél. 06 67 25 85 58

LIVRES**Les droits du malade hospitalisé**

Christophe De Bernardinis
Heures de France, 19 €

Cet ouvrage s'efforce de répondre, en s'appuyant sur la législation et la jurisprudence, aux questions pratiques et éthiques que se posent les praticiens hospitaliers, comme les patients. Dans ses rapports avec les services de soin, la personne malade a, dorénavant, le statut d'usager. Ce terme figurait déjà dans le Code de la santé publique. Il tend à établir entre le malade et les professionnels de santé une relation fondée sur des droits plus que sur la manifestation d'une confiance. Le choix du terme usager manifeste une conception publique de la médecine et fait passer la relation individuelle au second plan. A noter que l'usager considéré n'est pas l'usager du service public administratif de la santé, jamais mentionné dans sa spécificité, mais l'usager qui préserve le libre choix entre le secteur public et privé. Enfin, l'usager ne détient pas que des droits mais aussi des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose. En fait, les droits des usagers mettent pour l'essentiel en œuvre les droits reconnus à la personne, ils en précisent juste la portée. Les nouveaux droits reconnus au malade hospitalisé passent d'abord par la reconnaissance de droits attachés à la notion même de « *personne* ». Le malade est, avant tout, une personne et bénéficie, en ce sens, de droits qui ne protègent plus seulement l'individu dans ses rapports avec les autres ou avec les pouvoirs publics, droits-libertés ou droits sociaux, mais qui visent aussi à protéger la personne dans son essence même et qui sont ordonnés à partir du principe de dignité humaine. La référence à la protection des droits de la personne rend compte d'une volonté d'envisager la personne dans sa globalité et dans l'ensemble de ces droits. C'est une conception subjective du principe de dignité qui est reconnue, le corps est ici assimilé à la personne, ce n'est pas seulement une chose charnelle qui s'anéantit dans la mort, ce n'est pas une chose ou un objet qui n'exige aucune dignité.

Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé

Patrick Mordelet

Préface de Gérard Vincent

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

La gouvernance hospitalière dépasse les concepts traditionnels d'organisation et de gestion d'un établissement de soins, pour englober l'ensemble des éléments participant au « *gouvernement* » de l'institution, sur les plans externe et interne.

L'hôpital est appréhendé par Patrick Mordelet dans sa globalité et dans son environnement : la gouvernance est étroitement liée à l'évolution et aux crises des systèmes de santé, comme au vieillissement de la population, aux défis de la prévision, de la maîtrise des dépenses et de la régulation de l'offre, mais aussi de la performance, de l'efficacité, de la qualité et de la sécurité des soins.

La première partie présente les principes du gouvernement d'entreprise appliqués à l'hôpital. C'est aujourd'hui au niveau des organisations internationales, de l'OCDE, de l'Union européenne que sont étudiées et proposées les règles de bonne gouvernance des entreprises publiques, des Etats et de leurs administrations. L'auteur analyse ces nouvelles composantes de la gouvernance

hospitalière, imaginées et conçues dans ces sphères internationales, et présente leur application concrète.

Des expériences sont présentées et analysées : développement de petits hôpitaux communautaires en Toscane, fusion d'hôpitaux en Suède, redressement financier des hôpitaux publics de New York, multiples réformes statutaires expérimentées en Espagne et au Portugal, et nouveaux modèles de gouvernance hospitalière des pays d'Europe centrale et orientale.

La seconde partie se présente comme une étude de *benchmarking* appliquée à l'hôpital. La mondialisation de la gou-

vernance hospitalière est une réalité, avec les expériences statutaires, inspirées de l'entreprise, les nouveaux modèles de gestion, les partenariats public-privé et la réforme des modes de tarification.

On retrouve ces changements dans la plupart des modèles hospitaliers des pays de l'OCDE, mais cette tendance à une certaine uniformisation des réformes de la gouvernance est confrontée aux différents particularismes nationaux. Les exemples européens et nord-américains montrent comment les règles du gouvernement d'entreprise sont appliquées différemment, d'un pays à l'autre,

en fonction de l'histoire ou de la culture de chaque Etat, de sa situation économique, de l'organisation du système de santé ou des réformes plus ou moins ambitieuses.

Chaque démonstration est illustrée de nombreux exemples. Les multiples réformes hospitalières présentées, la dimension *benchmarking* de la seconde partie, et la richesse de la bibliographie en font un ouvrage de référence pour les professionnels et les chercheurs intéressés par l'évolution et les défis futurs de l'hôpital.

Dans sa préface, Gérard Vincent relève que Patrick Mordelet permet aux hos-

pitaliers de mieux comprendre le sens des évolutions qui ont agité, agitent et agiteront encore pendant quelques années l'hôpital français, mais aussi de réaliser que la gouvernance hospitalière à la française est très en retard par rapport à celle qu'ont adoptée la plupart de nos voisins.

Psychanalyse et handicap

Jean-Tristan Richard

Avant-propos de Gérard Zribi

L'Harmattan, 21,50 €

Cet ouvrage ne prétend pas offrir une théorie psychanalytique générale du

handicap mais simplement présenter les concepts freudiens et post-freudiens susceptibles de l'éclairer.

Partant de S. Freud, de sa relation aux enfants infirmes moteurs et de son cancer à la mâchoire, l'auteur aborde les notions de traumatisme, inquiétante étrangeté, castration, narcissisme, clivage, réparation, secret, envie, irreprésentable, etc.

Il discute l'intégration obligée et la mode des réseaux de soins, de même il expose l'accompagnement préventif des familles à risques en raison de la naissance prématurée de l'un des leurs. Le propos est illustré de situa-

tions cliniques, mais aussi de commentaires sur quelques artistes (J. Bosch, H. Bellemer, D. Arbus). Il rend compte des données mythologiques, historiques, tératologiques et ethnologiques et il brosse quelques portraits de personnages originaux (W.J. Little, M. Klein, G. de Saint Hilaire, J. Rostand, J.L.H. Down, G. Devereux).

A l'heure où la psychanalyse est décriée, avec sérénité et humanité, ce livre montre qu'elle est sans doute la seule approche apte à comprendre et accueillir la souffrance et la différence et à défendre les prises en charge institutionnelles.

Atlas des nouvelles fractures sociales en France

Nouvelle édition

Supplément : classes moyennes face à la mondialisation la tentation du repli

Christophe Guilluy Christophe Noyé
Cartographie : Dominique Ragu
Editions Autrement, 15 €

Le phénomène marquant de ces dernières années n'est pas tant la paupérisation de certaines cités que l'embourgeoisement des centres.

Dans ces zones économiquement développées, tout est pensé en fonction

des besoins de cette population aisée : environnement, place de la voiture, fiscalité, etc. Cette « ghettoïsation par le haut » dessine dans le même temps une « France périphérique », ignorée de la sphère politique et culturelle, alors qu'elle est largement majoritaire. Elle unit des catégories sociales autrefois opposées : l'ouvrier en milieu rural, le petit paysan, l'employé d'un lotissement pavillonnaire et le chômeur de banlieue subissent aujourd'hui le même sentiment de relégation. La précarisation des couches populaires s'étend désormais aux classes intermédiaires. Cet ouvrage analyse les causes de ce

délitement social, loin des faux débats sur l'intégration des jeunes issus de l'immigration ou sur la violence des banlieues. Il en pointe les dangers, dans une analyse des récents chocs électoraux : vote extrême et abstention.

La relégation géographique et culturelle d'une partie des couches populaires et moyennes fait peser le risque d'une remise en cause d'un système qui ne protège plus.

Pour la première fois depuis les années 1960, les couches moyennes ne se projettent plus positivement dans l'avenir faisant courir le risque d'un repli, y compris identitaire.

Au-delà des clivages traditionnels, l'enjeu politique est, dorénavant, le maintien d'une société ouverte, ou au contraire le développement de logiques de fermeture.

Manuel de planification des programmes de santé Médecins du Monde

Chantal Mannoni

Frédéric Jacquet

Carlos Wandscheer

Pierre Pluye

Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 23 €

La planification - portée à Médecins du Monde par les responsables de mission, les desks, les équipes de terrain de façon complémentaire en fonction de leurs compétences - représente un des éléments indispensables qui concourent à l'amélioration de la qualité des programmes. Il n'est pas le seul mais c'est un prérequis incontournable.

La construction d'un ouvrage de planification interne à l'association permet de disposer d'un vrai dossier de référence pour chaque programme, construit avec des outils validés par l'association. Les projets et les rapports présentés aux bailleurs de fonds devront être extraits de documents élaborés en premier lieu pour Médecins du Monde.

Les enjeux d'un tel dossier de référence sont : disposer en interne de documents structurés de façon plus précise que ceux destinés aux bailleurs de fonds ; garantir une mémoire du programme considéré ; favoriser un fil conducteur pouvant être partagé par les équipes qui se succèdent ; éviter les orientations aléatoires ; garantir une meilleure cohésion autour d'un programme.

Le statut général de la fonction publique hospitalière

Les règles juridiques applicables aux fonctionnaires hospitaliers

Pierre Tifine

Heures de France, 27 €

Cet ouvrage est destiné aux fonctionnaires hospitaliers, soucieux de connaître leurs droits et leurs obligations dans les différents aspects de leur carrière : recrutement et cessation des fonctions, positions statutaires, discipline, notation, etc. La carrière des fonctionnaires hospitaliers est principalement régie par les titres I et IV du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales ainsi que par les différents textes qui précisent leur contenu.

L'auteur s'est attaché à multiplier les exemples concrets en s'appuyant sur la jurisprudence des juridictions administratives.

L'ouvrage est à jour des réformes récentes : réduction du temps de travail, apparition des contrats à durée indéterminée, suppression des limites d'âge pour l'accès aux concours, modification des règles de bonification, etc.

LIVRES

Associations (presque) libres d'un psychanalyste

Entretiens avec Maurice Corcos

André Green

Albin Michel

Un livre parcours instructif et agréable, même s'il est un peu complaisant parfois, et qui va de l'itinéraire personnel d'André Green, du Caire à Paris et de la fréquentation de Henri Ey à celle de Rosolato et autres Bouvet et Winnicot. Une façon agréable de faire connaissance avec celui qui a été un des piliers de la psychanalyse française, mais aussi internationale, durant plus d'un quart de siècle. André Green nous propose sa façon de percevoir différents domaines, personnels ou plus théorico-cliniques. Par exemple, sur la place de l'analyste qui approche l'œuvre littéraire (ce qui représente pour Green un pan entier de sa formation, pourrait-on dire). On y trouve des remarques intéressantes qui vont de la folie de Maupassant à la question du négatif et de l'hallucination négative, points qui ont été majeurs dans son œuvre. On se souvient, en effet, que Green a montré comment le psychisme pouvait s'« autodynamiser » en cas de danger et à la fois constituer une désobjectalisation (une perte de l'objet représenté) mais aussi une perte de soi-même, un effacement de son propre soi et de ses vécus. La psychanalyse peut contribuer à engendrer, selon lui, une psychiatrie vivante où l'on doit s'éloigner autant du biologisme dé-

personnalisant que de l'analyse réduite au silence de l'analyste, ce qui n'est, en particulier, plus de mise avec les états-limites. Ces notations cliniques abordées dans la conversation, ainsi que le rôle primordial de la psychosexualité, rappelé fortement ici, sont approchées de façon aisée. Le passage sur les neurosciences, par contre, est parfois trop réducteur ; là où ces dernières ont trop de prétentions réductionnistes par rapport à l'analyse, Green semble pécher par tendance inverse et les présenter, par moments, de façon trop limitée. Les passages sur Lacan, critiques mais pas seulement, sont intéressants. Argumentés, ils contribuent à montrer comment s'est effectuée, dans l'histoire récente de la psychanalyse française, la divinisation d'un personnage dont elle avait certainement besoin pour se constituer une idole.

M. Sanchez-Cardenas

Ken Loach
Un regard cinématographique sur l'aliénation familiale

Erika Thomas

L'Harmattan, 11 €

Kes (1970) *Family* (1971) et *Sweet sixteen* (2002) constituent trois films à part dans la filmographie de Ken Loach. Ils forment une trilogie qui s'élabore autour d'un questionnement sur l'aliénation familiale. Dans ce troisième volume consacré au réalisateur anglais, l'auteur s'attache à explorer ces univers oppressifs et répressifs sans se départir de l'idée que les problématiques vécues comme individuelles s'articulent, comme toujours chez Loach, au sein du collectif. Ces familles, porteuses de défaillances diverses, ne sont qu'une allégorie de la solitude à laquelle sont condamnés les individus dans l'absurde de leur condition et de leur organisation. Ainsi, les structures sociales, telles qu'elles apparaissent dans ces films évoquent une société de surveillance se caractérisant par un ensemble de procédures destinées à dresser, contrôler et à punir. A la manière d'un clinicien, le cinéaste observe, recueille et organise, dans le discours cinématographique qu'il propose, les éléments explicatifs des modes d'agir et d'être. Il n'est pas exclu que l'impossible envolée de Billy, que la parole aliénée de Janice ou que l'irréalisable quête de la mère - figure ô combien ambiguë - qu'entreprend Liam ne soient que les symptômes d'un mal plus profond : la difficulté d'advenir dans un monde où tout est figé et joué d'avance.

ANNONCES EN BREF

20 au 22 septembre 2006. Lorient. 22^{ème} Congrès International de la Société de Psychogériatrie de Langue Française sur le thème : *100 ans de la découverte de la maladie d'Alzheimer. Les neurosciences démentent-elles l'approche psycho-pathologique ?* Inscriptions : KS Communication, 149 bd Voltaire, BP 242, 92602 Asnières Cédex. Tél. : 01 41 32 31 70. Fax : 01 47 93 17 28. E-mail : secretariat@kskom.com

29 et 30 septembre 2006. Strasbourg. Deuxième Colloque Diagonale PSY sur le thème : *La diagonale de l'hallucination : qu'y a-t-il à entendre, à voir et à faire aujourd'hui ?* Inscriptions : Diagonale-PSY, BP 10507, 64105 Bayonne Cédex. Tél. : 03 88 11 62 12. Site internet : www.diagonale-psy.com

30 septembre 2006. Aix-les-Bains. XIX^{ème} Journée du Cercle d'Etudes Psychanalytiques des Savoies sur le thème : *L'infantile de l'adulte, de l'enfant et du psychanalyste.* Renseignements : CEPSP-SPPP@netcourier.com. Fax : 04 79 85 34 11.

5 et 6 octobre 2006. Paris. 3^{èmes} Journées européennes de la dépression. Renseignements : Association Française contre la Dépression et la maladie Maniaco-Dépressive, 4 rue Vigée Lebrun, 75015 Paris. Tél. : 01 40 61 05 66. E-mail : info@france-depression.org. Site internet : www.france-depression.org

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

7 octobre 2006. Paris. Colloque organisé par le CEFFRAP sur le thème : *L'institution en héritage : Transmissions, transformations. Que nous apprend l'intervention de psychanalystes en institutions ?* Inscriptions. Tél./Fax : 01 40 09 84 74 (du lundi au jeudi : 9h-13h). Site internet : ceffrap@libertysurf.fr

9 octobre 2006. Paris. Colloque organisé par la Fédération Nationale des Associations d'(ex) Patients en Psychiatrie sur le thème : *La violence : soin, sécurité et liberté individuelle.* Renseignements. Tél. : 01 43 06 91 58. www.fnapsy.org

11 au 14 octobre 2006. Marseille. 25^{èmes} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique sur le thème : *La dépression à l'épreuve du temps. Déconstruction et reconstruction de la clinique.* Inscriptions. Tél. : 03 21 63 66 39. Fax : 03 21 63 76 68. michel.potencier@wanadoo.fr.

12 et 13 octobre 2006. Nancy. Colloque organisé par l'Association Espoir 54 sur le thème : *Soin et réhabilitation : l'audace d'une rencontre.* Inscriptions : Espoir 54, Colloque, 44 rue Molitor, 54000 Nancy.

Tél. : 03 83 85 52 72. Fax : 03 83 57 38 99. E-mail : colloque.espoir54@orange.fr Site internet : www.espoir54.org

12 et 13 octobre 2006. Paris. Colloque d'ethnopsychiatrie organisé par le Centre Georges Devereux sur le thème : *La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers.* Renseignements. Tél. : 01 49 40 68 51. E-mail : emiliehermant@hotmail.com

13 octobre 2006. Bordeaux. Colloque du Centre de Thérapie Familiale et de Couple sur le thème : *Violences conjugales.* Inscriptions : Institut Michel Montaigne, 1 rue Charles Laterrade, 33400 Talence. Tél. : 05 56 37 90 95. E-mail : instMMwaoil.com

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

14 octobre 2006. Paris. Colloque ETAP (Etudes et Traitements Analytiques par le Psychodrame) sur le thème : *Enfances.* Renseignements et inscriptions : Mme Lecordonnier ou Mme Rey, 31 rue de Liège, 75008 Paris. Tél. : 01 43 87 60 51. Fax : 01 42 94 91 35.

20 octobre 2006. Paris. Rencontres sur la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent sur le thème : *Les conduites agressives et violentes chez l'enfant et l'adolescent.* Renseignements : Secrétariat du Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Robert-Debré, 48 bd Sérurier, 75019 Paris. Tél. : 01 40 03 22 92.

20 octobre 2006. Paris. Réunion de la Société Française d'Alcoolologie sur le thème : *Les enjeux de la formation en alcoolologie.* Inscriptions : Princeps/SFA, 64 ave du Général De Gaulle, 92130 Issy-les-Moulineaux. Tél. : 01 46 37 24 14. Fax : 01 40 95 72 15. E-mail : princeps.formation@wanadoo.fr

21 et 22 octobre 2006. Paris. Colloque international sur le thème : *Autisme : recherche et espoir.* Inscriptions : La Voix de l'Enfant Autiste. Tél. : 01 47 00 47 83. Fax : 01 43 73 64 69. E-mail : leapoursamy@wanadoo.fr

26 au 28 octobre 2006. Avignon. VII^{ème} Colloque International de périnatalité organisé par l'Association Recherche Information Périnatalité sur le thème : *Bébé - cultures. Cultures des bébés. Bébés des cultures.* Inscriptions : ARIP. Tél. : 04 90 23 99 35. Fax : 04 90 23 51 17. E-mail : arip@wanadoo.fr

16 novembre 2006. Limoges. Journée dans le cadre de « Handicap psychique : de l'institution à la cité » organisée par la Fédération d'aide à la Santé Mentale Croix-Marine sur le thème : *Réinsertion au travail et aménagement raisonnable.* Inscriptions. Tél. : 01 45 96 06 36. Fax : 01 45 96 06 05. E-mail : croixma-

rine@waandoo.fr

18 novembre 2006. Boulogne-Billancourt. Colloque organisé par la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française sur le thème : *Les psychoses.* Renseignements : soc.rorschach@univer-paris5.fr

18 et 19 novembre 2006. Paris. Colloque de l'Evolution Psychiatrique sur le thème : *La pensée psychiatrique de l'adolescence.* Renseignements : Evolution.Psychiatrique@wanadoo.fr

18 et 19 novembre 2006. Paris. Colloque sur le thème : *Bateson - Palo Alto - La Double Contrainte, 50 ans après...* Renseignements et inscriptions : Institut Gregory Bateson, 3 rue du Chéra, 4000 Liège, Belgique (siège social). Tél. : 0032 4 229 38 11. Tél. à partir de la France : 01 40 39 98 80. E-mail : congres@igb-mri.com. Site : www.igb-mri.com

23 et 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 ?* Inscriptions : Le Journal des Psychologues, Forum 2006, 8 rue de l'Hôpital-Saint-Louis, 75010 Paris. Tél. : 0153 38 46 46. Fax : 01 53 38 46 40. E-mail : forum@jdpsychologues.fr. Site : www.jdpsychologues.fr

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.* Renseignements. Tél. : 01 45 88 23 22. Fax : 01 45 89 32 42. E-mail : ifagp@club-internet.fr

26 novembre 2006. Paris. Journée d'étude sur le thème : *Etre seul, être en lien : des paradoxes de la rencontre.* Renseignements : Le Groupe International du Rêve-Eveillés en Psychanalyse, 80 rue de Vaugirard, 75006 Paris. Association loi 1901. Tél. : 01 42 22 75 14. E-mail : girep@girep.com. Site : www.girep.com

1er décembre 2006. Paris. Colloque organisé par *Enfances & Psy* sur le thème : *Les marques du corps.* Inscriptions et renseignements : colloques@enfance-setpsy.net

9 décembre 2006. Boulogne-Billancourt. Colloque organisé par el Collège International de l'Adolescence (CILA) et l'Université Paris 5 (Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie) sur le thème : *Alcool et éducation.* Inscriptions. Tél. : 01 55 20 58 22. E-mail : colloquecila@gmail.com

14 et 15 décembre 2006. Paris. Colloque de la Ligue Française pour la Santé Mentale « Département Mission Enfants Martyrs » sur le thème : *La famille dans tous ses... états ! L'amour au risque du conflit.* Secrétariat et renseignements : LyndaKozak. Tél. : 01 42 66 20 70 et 01 76 90 65 73. Fax : 01 42 66 44 89. E-mail : lfsm@worldonline.fr

NERVURE
JOURNAL
DE PSYCHIATRIEDirecteur de la rédaction :
Gérard Massé

Rédacteur en chef : François Caroli

Comité de rédaction : Centre Hospitalier Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris. Tél. 01 45 65 83 09.
Botbol M., Carrière Ph., Dalle B., Goutal M., Guedj M.-J., Jonas C., Lascar Ph., Martin A., Paradas Ch., Sarfati Y., Spadone C., Tribolet S., Weill M.

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

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

Publicité

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

Edité par Maxmed

S.A. au capital de 40 000 €
54, bd Latour-Maubourg, 75007 Paris
Maquette : Maëval. Imprimerie FabrègueDirecteur de la Publication :
G. Massé

www.nervure-psy.com

NERVURE
JOURNAL
DE PSYCHIATRIE45 €*
pour un an75 €*
pour 2 ansTarif
étudiant et internes

30 €*

*supplément étranger
et DOM/TOM = 30 €/anBulletin d'abonnement
Le Journal de Nervure + La RevueJe 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.