

EDITORIAL

G. Massé

Les psychiatres ne peuvent plus se désintéresser des démences



La prise en charge des démences, qui se caractérisent par une détérioration progressive des fonctions cognitives et la présence de troubles psycho-comportementaux, a vécu un profond bouleversement avec l'arrivée de traitements spécifiques et le développement du diagnostic précoce. Pour diverses raisons, la plupart des psychiatres ont abandonné le champ des démences aux neurologues et aux gériatres, alors même qu'ils ont un rôle important à jouer dans l'abord pluridisciplinaire des patients et de leur entourage. Leur implication apparaît indispensable à différents niveaux : bilan et diagnostic, suivi thérapeutique, soutien des institutions comme des familles, réadaptation. L'expérience acquise au sein des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CM2R) montre, en effet, que le bilan des troubles cognitifs et leur diagnostic ne sont pas les points les plus problématiques. Les déséquilibres personnels et familiaux souvent intriqués, les manifestations marquées par l'angoisse, les raptus agressifs ou suicidaires constituent, en revanche, les difficultés les plus préoccupantes. Une annonce du diagnostic sans prise en compte du contexte, ni préparation et rencontre ou échanges avec les proches, comme la prescription d'anticholinestérasique sans suivi rapproché sont encore trop souvent rencontrées. Le bilan et le temps diagnostique, qui impliquent un abord neuropsychologique et psychiatrique, doivent être de façon impérative connectés avec les réponses de soin en aval. L'accompagnement de l'entrée en démence par des psychothérapies individuelles et/ou familiales adaptées aux divers temps évolutifs (vécu anxio-dépressif en début d'évolution et confrontation au vide ultérieurement) permet à la personne de se réaménager sur le plan narcissique et psychique.

(suite page 3 ➡)

Sexualité et schizophrénie

FMC J. Nargeot

La schizophrénie est une maladie sévère et chronique qui nécessite une prise en charge globale (pharmacologique, psychothérapeutique et sociale) souvent durant toute la vie du patient. L'introduction, dans les années 50, des neuroleptiques a révolutionné la prise en charge thérapeutique et le pronostic de la schizophrénie. Ils ont permis par ailleurs la diminution du nombre des hospitalisations, une meilleure intégration sociale. On s'intéresse désormais, également, à la qualité de vie des malades. Or, bien que la sexualité soit une composante fondamentale de la qualité de vie des schizophrènes⁽²²⁾, celle-ci est délaissée par les cliniciens et les chercheurs. Les connaissances sur la sexualité du schizophrène sont limitées. Ceci est en parti dû aux appréhensions et aux préjugés des soignants concernant la vie sexuelle du schizophrène. Les schizophrènes sont sexuellement actifs. Ils ont une sexualité différente avec un taux de dysfonctions sexuelles supérieur à la population générale. Ces dysfonctions sont source de souffrance et sont reconnues par le patient pour être aussi handicapantes que les symptômes de la schizophrénie⁽¹¹⁾. Il est donc nécessaire de s'intéresser à la sexualité du schizophrène, afin de diagnostiquer ces dysfonctions

et d'essayer de les traiter. Les études décrivant la sexualité du schizophrènes sont peu nombreuses, la compréhension des mécanismes à l'origine de ces dysfonctions insuffisante. Il faut bien différencier troubles sexuels et reproductifs, seuls les premiers seront abordés dans cette revue de la littérature.

Comportement sexuel

Le comportement sexuel des schizophrènes est encore mal connu. Les psychiatres sont souvent peu disposés à aborder le sujet de la sexualité avec leurs patients schizophrènes⁽²⁴⁾. Or, spontanément, les patients n'en parlent que rarement. Des études montrent que le taux de dysfonctions sexuelles augmente quand les patients sont interrogés directement par le médecin⁽²¹⁾. Les études évaluent principalement les dysfonctions sexuelles, c'est-à-dire la sexualité sur un versant symptomatique, et non le comportement sexuel dans sa globalité. Il n'existe pas, à ce jour, de méthodes d'évaluation spécifique des comportements sexuels des schizophrènes complètement validées.

A propos du Livre noir de la garde alternée

Entretien avec Jacqueline Phélip

Jacqueline Phélip est l'éditrice du *Livre noir de la garde alternée*⁽¹⁾ et préside l'association *L'Enfant d'Abord*⁽²⁾.

Michel Sanchez-Cardenas : Le Livre noir de la garde alternée rassemble les réflexions nées de la pratique auprès des enfants placés en garde alternée chez leurs parents lors de la séparation de ces derniers. Un mode de garde ici très remis en question à la fois du point de vue des psychopathologues et de celui des juristes.

Jacqueline Phélip : Je commencerai tout d'abord par vous dire qu'il est tout à fait regrettable que le problème de la garde alternée soit toujours formulé, après cinq années de recul en France, en termes de « pour ou contre ». Or, poser le problème ainsi c'est entrer, de facto, dans un débat purement idéologique dont sont exclues les réalités du terrain. Et pour mieux comprendre la situation d'aujourd'hui, il est utile de

rappeler la genèse de la loi de mars 2002 sur l'autorité parentale. Depuis plusieurs années la famille traditionnelle construite autour d'un engagement réciproque scellé par le mariage se marginalise et les couples de concubins se font et se défont très souvent. Les enfants ne naissent plus dans le cadre d'une institution mais de rencontres souvent éphémères. Une profonde adaptation du droit semblait donc nécessaire afin de répondre à ces situations nouvelles. Jusque là, les enfants de couples divorcés n'accédaient le plus souvent à leur père qu'un week-end sur deux et pendant la moitié des vacances scolaires. Mais certains parents organisaient lors de leur séparation, et sans que la loi ne l'autorise, la résidence alternée pour leurs enfants (le législateur a donc souhaité adapter la législation aux nouvelles formes de familles et rendre légale cette pratique de garde ou résidence alternée

L'adhésion aux soins dans le suivi des patients atteints de schizophrénie

THÉRAPEUTIQUE Ch. Spadone

Depuis plusieurs décennies, les difficultés d'adhésion aux soins sont reconnues comme l'un des obstacles majeurs dans l'efficacité des prises en charge des sujets souffrant de schizophrénie. John Kane consacrait déjà à cette question un article important dans le *Journal of Clinical Psychiatry* en 1983. Les limites propres aux médicaments neuroleptiques de première génération utilisés dans la schizophrénie (efficacité insuffisante sur les symptômes négatifs, effets secondaires à court et à long terme invalidants) ont été repoussées avec l'apparition de la seconde génération d'antipsychotiques : si les produits aujourd'hui largement utilisés en France (clozapine, amisulpride, rispéridone, olanzapine, aripiprazole...) ne correspondent pas encore au médicament que souhaiteraient dans l'idéal les praticiens et les patients, ils apportent néanmoins un progrès certain.

Mais, malgré les espoirs suscités par l'apparition des antipsychotiques atypiques, l'écueil majeur dans la prise en charge des psychoses qu'est la mauvaise observance persiste. L'adhésion aux soins reste difficile à obtenir malgré une efficacité manifeste des traitements, en particulier sur les symptômes productifs et l'angoisse, et malgré leur tolérance satisfaisante, au moins en ce qui concerne les effets indésirables immédiatement perceptibles par le patient. C'est donc bien que l'adhésion aux soins met en jeu, dans la psychose, d'autres dimensions que la simple « acceptabilité » pharmacologique des antipsychotiques. Les difficultés d'insight, la qualité de vie, la satisfaction du patient vis-à-vis de son traitement, aussi bien en termes d'efficacité que de tolérance, jouent sans doute un rôle au moins aussi important,

(suite page 8 ➡)

AU SOMMAIRE
ÉDITORIAL

Les psychiatres ne peuvent plus se désintéresser des démences p.1

FMC

Sexualité et schizophrénie p.3

ENTRETIEN AVEC

 Jacqueline Phélip
 A propos du Livre noir de la garde alternée p.6

THÉRAPEUTIQUE

L'adhésion aux soins dans le suivi des patients atteints de schizophrénie p.8

PÉDOPSYCHIATRIE

Intégration scolaire et psychose de l'enfant p.10

MÉDICO-LÉGAL

Réflexions sur la prise en charge d'auteurs d'agressions sexuelles en injonction de soin p.14

THÉRAPIES PSYCHO-CORPORELLES

Voulez-vous prendre une pause ? p.18

RÉSEAUX


Evaluation des délais de prise en charge des états d'allure psychotique de l'adulte en consultation de médecine générale p.19

ANNONCES EN BREF

p.21

ANNONCES PROFESSIONNELLES

p.23



S'ABONNER
à **NERVURE**
JOURNAL DE PSYCHIATRIE

mais aussi
à la Revue,
c'est si simple

Bulletin d'abonnement p.21

Sexualité et schizophrénie

L'évaluation peut se faire par rapport spontané du patient, questionnaire direct en présence du clinicien, auto-questionnaire. Très peu de ces méthodes d'évaluation comportent des questions spécifiques aux femmes. Les plus utilisées semblent être l'*Arizona Sexual Experience scale* (ASEX) (20), la *Dickson-Glazer Sexual Functioning Scale* (DGSFS) (10), le *Changes in Sexual Functioning questionnaire* (CSFQ) (7). La DGSFS est un auto-questionnaire informatisé spécifiquement destiné aux patients psychotiques, et comprenant des questions différentes selon le sexe. Le CSFQ permet de mesurer les modifications du comportement sexuel liées au traitement et à la maladie.

Il est difficile de comparer les résultats des études à cause de la diversité des méthodes d'évaluation, des différences de sélection des patients, du type de traitement administré. Les études ne comportent souvent qu'un petit nombre de sujets, et la majorité ne concerne que les hommes.

L'amélioration de la prise en charge de la schizophrénie, notamment depuis l'utilisation des neuroleptiques, a permis de favoriser les contacts sociaux, et donc les rencontres intimes. Les schizophrènes sont sexuellement actifs, et ils ne sont pas uniquement engagés dans une activité auto-érotique. Environ 35 à 60% des schizophrènes ont eu un partenaire sexuel dans l'année écoulée (9, 12, 14, 19, 25), et 60 à 96% dans leur vie (12, 14).

De 14,1% à 22% ont eu au moins une relation homosexuelle dans leur vie (4, 9, 18). Cournot et al. remarquent qu'aucun des patients ne s'identifie comme homosexuel (9). La sexualité des schizophrènes se caracté-

térise par une forte prévalence des dysfonctions, celle-ci variant de 18 à 96% selon les études (15), les plus fréquentes étant chez les hommes la diminution du désir, les troubles de l'érection, de l'éjaculation, une diminution de la qualité de l'orgasme, ainsi que quelques cas de priapisme, chez les femmes une diminution du plaisir sexuel.

Une étude de Fortier et al., comparant la sexualité de jeunes adultes schizophrènes (18-35 ans, n=45) traités par nouveaux neuroleptiques à des jeunes adultes sains, retrouvait les résultats suivants : 12% des hommes et 35% des femmes ont un partenaire sexuel actuel (versus respectivement 70,3 et 79,4% des contrôles), 68% des patients et 60% des patientes ont déjà eu une relation sexuelle dans leur vie, presque autant d'hommes que de femmes (36 et 40%) ont eu une relation sexuelle dans l'année écoulée, avec une fréquence d'un peu moins d'un rapport sexuel par mois, une diminution du désir sexuel, mais une fréquence égale de masturbation chez les hommes schizophrènes et les témoins (environ une fois toutes les 2 semaines), 60,9% des hommes schizophrènes ont une dysfonction sexuelle (désir, stimulation, éjaculation retardée ou absente) (12). MacDonald et al. ont montré que les dysfonctions sexuelles les plus fréquemment rapportées par les schizophrènes masculins (n=34) sont une diminution du désir sexuel (52%), des difficultés à obtenir (52%) et à maintenir (36%) une érection, des éjaculations prématurées (35%), une diminu-

tion de la satisfaction sexuelle (33%). Les patientes (n=26) rapportent une diminution du plaisir sexuel (46%). Au moins une dysfonction sexuelle était rapportée par 82% des hommes et 96% des femmes. Une association entre diminution du plaisir sexuel et symptômes négatifs n'est retrouvée que chez les femmes. Il n'est pas retrouvé d'association entre le type de traitement neuroleptique administré et taux de dysfonctions sexuelles (19).

Une seule étude (Aizenberg et al.) a comparé les troubles sexuels entre des schizophrènes de sexe masculin traités par neuroleptique (n=51) à des schizophrènes sans traitement (n=20). Comparé à des sujets sains, le désir sexuel était diminué dans ces 2 groupes, avec une plus grande fréquence de masturbations. Le traitement neuroleptique permettait une amélioration du désir sexuel et de la fréquence des pensées sexuelles mais provoquait plus de troubles de l'érection, de l'orgasme et de la satisfaction sexuelle globale (2).

Les patients schizophrènes ont des comportements sexuels à haut risque de transmission d'infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH. L'étude des risques de transmission du virus permet d'éclairer les comportements sexuels des schizophrènes.

Grassi et al. ont étudié les comportements à risque d'infection par le VIH des schizophrènes (n=91) : 58,6% ont eu des relations sexuelles avec des partenaires multiples, 37,2% avec des partenaires connus depuis moins d'un jour, 45,3% avec des prostituées, 16,3% avec des partenaires connus pour être des utilisateurs de drogues intraveineuses, 14,1% avec des partenaires suspectés d'être séropositifs, 40,7% pratiquent le sexe anal, 17,1% ont déjà été abusés sexuellement. La majorité n'utilise presque jamais (25%) ou jamais (41,3%) un préservatif. 24,4% ont des rapports sexuels après avoir consommé des drogues ou de l'alcool, 7,1% ont des rapports sexuels contre de l'argent ou des drogues. Il résultait aussi de cette étude que les schizophrènes ont peu de connaissances sur les modes de transmission du VIH (14).

Mécanismes des troubles sexuels

Ils sont multiples et encore mal expliqués. Il est complexe de distinguer les

effets sur la sexualité de la maladie de ceux dus aux neuroleptiques.

Les modifications du comportement sexuel des schizophrènes pourraient s'expliquer par l'anhédonie, le manque d'intérêt, le faible degré de compétence sociale (d'où un taux élevé de célibataires), le délire, l'impulsivité. La perception par le schizophrène de son propre corps ainsi que la perception de l'autre joue également un rôle.

Néanmoins, la relation entre les dysfonctions sexuelles et la sévérité de la schizophrénie n'a pas été clairement démontrée. Fortier et al. ne retrouvaient pas de relation entre fréquence du désir sexuel et sévérité globale des symptômes positifs et négatifs mesurés par la PANSS, mais montrant une corrélation négative entre fréquence du désir sexuel et sévérité de l'indifférence affective. Lyketsos et al. montrent qu'un score faible de psychopathologie générale de la PANSS est associé à une augmentation du désir sexuel (18). MacDonald et al. ne retrouvent pas d'association entre dysfonctions sexuelles et scores de la PANSS chez l'homme, alors qu'elle existe chez la femme (symptômes négatifs et psychopathologie générale) (19).

Les neuroleptiques, qu'ils soient classiques ou de seconde génération, sont une des étiologies majeures des dysfonctions sexuelles. Dans une étude d'Olsson et al, 36,2% des schizophrènes interrogés incriminent leur traitement neuroleptique dans la genèse de leurs dysfonctions sexuelles (22).

Les mécanismes sont à la fois périphériques et centraux, ou dus à des modifications hormonales.

Leur action centrale non spécifique anti-histaminergique provoque une sédation qui pourrait expliquer la diminution d'intérêt pour le sexe. L'activité anticholinergique jouerait un rôle complexe sur l'érection et l'orgasme. L'antagonisme adrénergique périphérique perturbe la balance des effets de l'adrénaline et de l'acétylcholine sur le degré de congestion des corps caverneux masculins mais aussi féminins. Cette activité adrénolytique pourrait ainsi expliquer les cas de priapisme et les éjaculations rétrogrades (par diminution du tonus du sphincter du col vésical) (15).

Le blocage périphérique et central des récepteurs sérotoninergiques est également important ; les effets secondaires sexuels des anti-dépresseurs

LIVRES

Relaxations thérapeutiques

2ème édition revue et augmentée

Marc Guiose

Heures de France, 14,50 €

Cet ouvrage, construit à partir des cours donnés aux étudiants de l'Institut de Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière de l'Université Paris VI, aborde les techniques de relaxation et les théories qui les sous-tendent et accompagne un enseignement pratique. Il s'agit de la seconde édition révisée et augmentée d'un premier livre qui s'intitulait *Relaxation dynamique psychomotrice*. Les méthodes développées sont : la relaxation progressive de Jacobson, le training autogène de Schultz, la relaxation activo-passive par toucher-mobilisation sur le modèle de la méthode Winthbert, la relaxation dynamique psychomotrice de Dupont.

Psychologie

Jean-Philibert Damiron

Introduction de Serge Nicolas

L'Harmattan, 39 €

Il s'agit de la reproduction en *fac simile*, de l'édition originale (1831) du livre de Damiron : *Cours de psychologie*.

Pendant la Révolution de 1830, Jean-Philibert Damiron était professeur de philosophie au lycée Louis-le-Grand. Le *Cours de philosophie* qu'il fait alors éditer est directement issu de son enseignement et constitue une doctrine éclectique en matière de psychologie. Victor Cousin a été son maître. Mais à côté de cette influence du chef de l'école spiritualiste éclectique, il a également subi celle de Jouffroy « *qui a trop fait et trop bien fait en psychologie* ».

La psychologie est à la base des sciences morales, c'est donc par elle qu'un cours de philosophie doit débiter. Comme toutes les autres branches des connaissances humaines, elle doit sortir de l'empirisme en s'aidant de la méthode inductive. L'auteur s'est ainsi appliqué à donner à la psychologie le caractère d'une théorie fondée sur une observation exacte et rigoureuse. La psychologie se propose de connaître l'âme dans sa nature, c'est-à-dire dans ses attributs et dans ses rapports.

Les psychiatres ne peuvent plus se désintéresser des démences

Cette démarche suppose une capacité de respect de certains symptômes et la volonté de favoriser un équilibre entre le mode et le lieu de vie, l'entourage et le patient. L'approche cognitive, les approches non verbales, l'aide au maintien des liens gagnent à être partagées avec les proches dans le cadre de la formation des aidants familiaux.

Ce constat pousse à réinvestir la clinique psychiatrique des démences, en particulier les démences fronto-temporales qui présentent des troubles du comportement prédominants d'autant plus difficiles à tolérer qu'ils vont durer de nombreuses

années. Ces troubles qui associent troubles du contrôle de soi, désintérêt et troubles affectifs demandent un étayage et un savoir-faire institutionnel qui nécessitent des compétences psychiatriques. Si le scénario du succès d'un « *vaccin anti-Alzheimer* » évoqué récemment diminuant considérablement en nombre les démences dégénératives devient une réalité, les troubles à composante frontale nécessitant des temps thérapeutiques psychiatriques deviendraient alors majoritaires.

Enfin, les psychiatres ne peuvent se désintéresser des aspects éthiques concernant les démences. ■

LIVRES

Les maladies du libéralisme

Numéro coordonné par Serge

Lesourd

Cliniques Méditerranéennes 2007

n°75, Erès, 25 €

Ce numéro est issu du premier colloque international de psychopathologie et psychanalyse du lien social organisé à Strasbourg en mars 2006 par l'équipe de recherche en psychanalyse, psychopathologie et psychologie clinique de l'université Louis Pasteur de Strasbourg, sous la direction de Serge Lesourd.

Il contribue, par des lectures croisées (sociologiques, économiques, psychopathologiques et psychanalytiques), à comprendre ce que le libéralisme de l'économie mondialisée et la technologisation des échanges imposent aux relations interhumaines et à la construction subjective.

Ces recherches qui sont au plus près de la clinique quotidienne de la « souffrance psychique » sont confrontées aux modifications des symptômes actuels : présence du corps et des agirs, généralisation des pratiques de consommation, changement des demandes de soins soutenues par un souhait de « bien jouir » qui fait le lot des demandes psychothérapeutiques. Ces recherches avancent que, contrairement à certaines annonces messianiques, il n'y a pas à envisager une « fin du sujet » ou une « nouvelle économie psychique ». Il s'agit plutôt de faire apparaître de nouvelles formes d'expression de la subjectivité dans des dispositifs de régulation de la jouissance dont la logique s'organise moins à partir d'un interdit venu d'une autorité extérieure que d'un impossible auquel le sujet ne cesse, toujours et inéluctablement, de s'affronter.

Vivant jusqu'à la mort

suivi de

Fragments

Paul Ricœur

Editions du Seuil

Paul Ricœur et les sciences humaines

Sous la direction de François Dosse, Patrick Garcia et Christian Delacroix

La Découverte

La réflexion de P. Ricœur (datant de 1996) publiée au Seuil sur le mourir, sur le moribond et son rapport à la mort, également sur l'après-vie (la résurrection), passe par deux médiations : des textes de survivants (Semprun, Levi, Antelme) et une confrontation avec un livre exégète de Xavier Léon-Dufour sur la résurrection. Comment « faire le deuil d'un vouloir-exister après la mort » ? Par la gaité du vivre. La seconde partie du livre est faite de fragments écrits en 2004 et 2005 (sur le « temps de l'œuvre » et le « temps de la vie », le hasard d'être né chrétien, l'imputation d'être un philosophe chrétien, la controverse, Derida, le Notre Père,...).

Les textes réunis par F. Dosse, P. Garcia et Ch. Delacroix dans le cadre d'un séminaire qui s'est tenu à la faculté de théologie protestante en 2005-2006 montrent que P. Ricœur a largement contribué à la réalisation du basculement interprétatif général que connaissent les sciences humaines. Cette ouverture vers un nouvel espace dialogique assure une véritable humanisation des sciences humaines. Elle rend possible, au-delà des problèmes méthodologiques, le questionnement récent de celles-ci sur l'énigme jamais résolue de l'« être-ensemble ».

inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont d'ailleurs connus. Le blocage des récepteurs 5-HT₂ périphériques propres aux neuroleptiques de seconde génération inhiberait le processus de vasodilatation nécessaire à la congestion des corps cavernaux.

L'action anti-dopaminergique centrale des neuroleptiques diminue le désir sexuel et l'orgasme. Ceci s'explique par l'action sur les voies dopaminergiques mésolimbiques et mésocorticales responsables de la motivation et de la récompense.

Le blocage D₂ agissant sur la voie tubéro-infundibulaire provoque une élévation de la prolactine, responsable d'un hypogonadisme : diminution de la testostérone, des oestrogènes, et de la progestérone, ce qui diminue globalement l'activité sexuelle. Néanmoins, l'hyperprolactinémie n'explique pas toutes les dysfonctions sexuelles, une normalisation des taux de prolactine n'améliorant pas tous les patients.

Les neuroleptiques conventionnels et de seconde génération ont des propriétés pharmacologiques différentes. Ces derniers ont une affinité moindre pour les récepteurs dopaminergiques D₂ et plus importante pour les récepteurs sérotoninergiques 5-HT₂, et un effet moindre ou transitoire sur la prolactine (sauf pour la rispéridone). Ils ont une efficacité égale ou supérieure aux neuroleptiques conventionnels avec moins d'effets secondaires notamment extra-pyramidaux.

Mais ils ne semblent pas présenter un avantage significatif concernant les troubles sexuels, bien que les résultats des études soient contradictoires (1, 6, 16, 19, 26, 27).

L'étude de Bobes et al. comparant la fréquence des dysfonctions sexuelles des schizophrènes traités par rispéridone, olanzapine, quetiapine, halopéridol est la plus vaste sur ce sujet retrouvée à ce jour (n=636). Exceptée la quetiapine, il n'est pas retrouvé de différences significatives entre les neuroleptiques conventionnels et de seconde génération (halopéridol=38,1%, olanzapine=35,3%, rispéridone=43,2%). La fréquence de 18,2 retrouvée avec la quetiapine est significativement plus basse, ce qui doit toutefois être interprété avec prudence car ne concernant pour cette molécule que des résultats à court terme (inférieur à 12 semaines de traitement). Il est, également, montré que la fréquence des troubles sexuels est dose-dépendante pour l'halopéridol, la rispéridone, l'olanzapine (6).

Les neuroleptiques ne sont pas seuls responsables des dysfonctions sexuelles, il faut également considérer les autres médicaments, notamment les antidépresseurs, les correcteurs des effets extrapyramidaux, sans oublier les étiologies organiques (traumatiques, vasculaires, neurologiques...), et la consommation de toxiques (alcool...).

Traitement et éducation sexuelle

Le traitement des dysfonctions sexuelles est souvent négligé.

Les stratégies de prise en charge thérapeutique des troubles du comportement sexuel sont encore mal définies. Les revues de la littérature indiquent que des preuves de plus haut niveau sont nécessaires (5).

Il a été montré que les principaux facteurs perturbant la sexualité du schizophrène étaient la maladie elle-même et les neuroleptiques. Il convient néanmoins d'éliminer tout d'abord les autres étiologies, qu'elles soient traumatiques, vasculaires, neurologiques... Le diabète, par exemple, est une cause fréquente dans la population générale d'altération de la libido, de l'érection et de l'orgasme. Or certains neuroleptiques de seconde génération, comme l'olanzapine, sont connus pour être responsables de prise de poids et de diabète. Les psychiatres doivent considérer la

possibilité d'apparition d'un diabète de type 2 chez les patients présentant des troubles sexuels et traités par de tels médicaments.

Les traitements associés comme les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou les correcteurs anticholinergiques peuvent contribuer ou provoquer des dysfonctions sexuelles. Leur indication doit alors être réévaluée.

La sévérité des troubles sexuels des schizophrènes recevant des neuroleptiques pouvant être dose-dépendante, il faut envisager de diminuer la posologie. Bien que les preuves soient insuffisantes, le taux de dysfonctions sexuelles pourrait être moins élevé avec les neuroleptiques de seconde génération qu'avec les neuroleptiques conventionnels, le changement pour un neuroleptique de seconde génération pourrait être bénéfique. De plus, chaque nouveau neuroleptique a une propension différente à provoquer des troubles sexuels ; un changement de

molécule doit donc être considéré, en privilégiant celles qui modifient peu les taux de prolactine (8).

Il faut ensuite envisager l'utilisation de traitement additionnel. Chez les patients ayant une hyperprolactinémie, les agonistes dopaminergiques pourraient améliorer la fonction sexuelle. La bromocriptine a de nombreux effets secondaires, elle peut notamment exacerber la psychose, et n'est donc pas recommandée. La cabergoline qui est plus efficace que la bromocriptine pour réduire la prolactinémie, est mieux tolérée, sans cas décrits de décompensation psychotique à la dose de 0,5 mg 2 fois par semaine. L'amantadine qui augmente la libération synaptique de dopamine et inhibe la recapture de la dopamine et de la sérotonine, serait efficace à la dose de 100 à 300 mg par jour. L'imipramine (25-50 mg par jour) peut également être utilisée (5, 8).

Un niveau de preuve élevé existe en faveur de l'utilisation du citrate de sildénafil chez les schizophrènes présen-

tant des troubles sexuels induits par les neuroleptiques (5). Une étude randomisée, croisée, en double aveugle, contre placebo à dose flexible de 25 à 50 mg par jour (n=32) a montré l'efficacité du citrate de sildénafil pour l'amélioration de la qualité et de la durée de l'érection, de la satisfaction de l'acte sexuel, avec une bonne tolérance (13). Une autre étude (n=12) montre une amélioration significative du désir, de la fonction érectile, de l'orgasme, et de la satisfaction globale de l'acte sexuel chez des hommes schizophrènes recevant de 25 à 75 mg de citrate de sildénafil par jour (3).

L'éducation sexuelle est une composante fondamentale de la prise en charge des troubles du comportement sexuel. Il ne faut toutefois ne la proposer qu'à des patients volontaires dont l'état clinique psychiatrique est stabilisé et rester vigilant sur les risques de décompensation psychotique lors de tels programmes. Lukoff et al. ont mené un programme d'éducation

La guérison infinie

Histoire clinique d'Aby Warburg

Ludwig Binswanger, Aby

Warburg

Edition établie et annotée par

Davide Stimilli

Postface de Chantal Marazia

Bibliothèque Rivages, 23 €

La bibliothèque, la nuit

Alberto Manguel

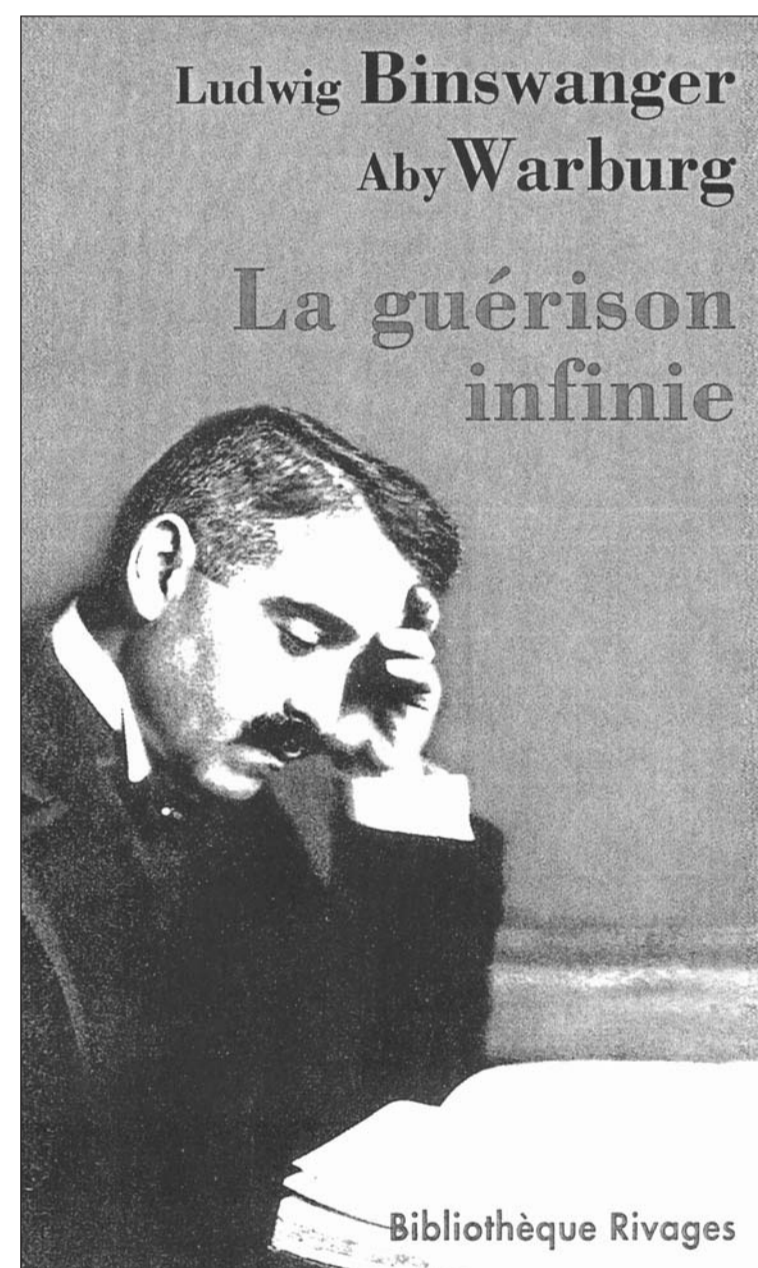
Actes Sud / Leméac, 23 €

Aby Warburg, né en 1866 à Hambourg, est un érudit qui a été un des organisateurs du Congrès International de l'Art à Rome en 1916 et un précurseur de l'iconologie. L'édition établie par Davide Stimilli d'un ensemble de textes concernant son hospitalisation à Bellevue où exerçait Ludwig Binswanger permet une lecture qui peut être complétée, utilement, par le chapitre que Alberto Manguel consacre à Aby Warburg dans son ouvrage, récemment publié, sur les bibliothèques.

La bibliothèque que Warburg a commencé à constituer dans son adolescence était, avant tout, personnelle et obéissait à un système de catalogue très particulier. Plongeant dans des catalogues d'antiquaires, il notait sur des fiches les titres qui retenaient son attention, accompagnés de commentaires condensés dans ce qu'il appelait son style « soupe d'anguilles », et les classait dans des boîtes en fonction d'un système variable. Son instinct, qui le guidait dans la compilation de bibliographies importantes sur le sujet qui l'intéressait, le poussait à reprendre (et à reprendre sans cesse) le rangement des livres sur les étagères en fonction de la ligne de pensée qu'il suivait à un moment donné. Telle que Warburg la concevait, une bibliothèque était une accumulation d'associations, dont chacune engendrait une nouvelle image ou un nouveau texte à associer, jusqu'à ce que ces associations ramènent le lecteur à la première page. Pour Warburg, toute bibliothèque était circulaire. Au printemps 1914, cédant à la pression de ses collègues, Warburg a accepté d'ouvrir sa bibliothèque aux érudits et aux chercheurs, en même temps qu'il instituait un système de bourses.

Depuis l'enfance, il souffrait de crises intermittentes d'anxiété et de dépression et il a commencé à présenter une concordance entre son état mental et l'état du monde.

En 1920, confronté à la perspective de l'ouverture de sa bibliothèque au public et incapable d'endurer plus longtemps sa situation mentale, Warburg a été hospitalisé à la clinique des médecins suisses Otto et Ludwig



Binswanger, où Friedrich Nietzsche avait séjourné trente ans auparavant. Il y resta jusqu'en 1924. Son séjour à la clinique fut un temps de lente guérison et d'efforts pour tenter de reconstituer son intelligence éparse. En 1923, pour prouver sa guérison, Warburg a fait une conférence sur des rituels du serpent dont il avait été le témoin en Amérique. Il est mort en 1929, à l'âge de 63 ans.

« La guérison infinie » rassemble le dossier clinique rédigé par Binswanger, les lettres et les fragments autobiographiques de Warburg, la correspondance des deux hommes. Davide Stimilli présente ainsi une documentation inédite, à l'exception de deux fragments autobiographiques traduits et publiés précédemment. Le dossier clinique présenté (sur la première page est indiqué le diagnostic de schizophrénie qui est ensuite mis entre parenthèses et cor-

rigé au crayon par état mixte maniaco-dépressif) est un travail collectif, auquel a contribué en premier lieu le cousin Kurt Binswanger. Deux autres sources, et peut-être les plus importantes, n'étaient que rarement mentionnées : les infirmières qui ont pris soin de Warburg : Frieda Hecht et Lydia Kraüter. C'est à ces deux femmes qu'on doit la documentation détaillée des journées et des paroles de Warburg qu'elles consignaient quotidiennement de sept heures du matin à dix heures du soir. Sous le titre de *Notes sur Kreuzlingen*, des textes sont probablement des extraits de lettres de Saxl (conservateur adjoint de la Bibliothèque Warburg), ainsi que des notes qu'il avait prises à l'occasion de ses visites à la clinique. On trouve, en fin d'ouvrage, la correspondance entre Binswanger et Warburg après le retour de ce dernier à Hambourg.

sexuelle et de réhabilitation avec des hommes schizophrènes utilisant, lors de séances de groupe, des films, des cours d'anatomie, des jeux de rôles. Ils visaient à améliorer la connaissance dans le domaine de la sexualité et de la reproduction, à informer sur les dysfonctions sexuelles, à modifier les comportements sexuels inappropriés. Aucun cas de décompensation psychotique n'a été observé (17). L'éducation sexuelle peut ainsi permettre de diminuer l'anxiété associée à la sexualité chez certains patients, et d'améliorer la compliance au traitement quand ses effets secondaires sont expliqués ainsi que la possibilité de les corriger. Agir sur les troubles sexuels impose de se préoccuper de contraception. Il est démontré que les femmes schizophrènes utilisent peu ou mal les moyens de contraception avec comme conséquences des grossesses non souhaitées, des avortements plus fréquents (16, 25). Les schizophrènes ont plus de comportements à risque de maladie sexuellement transmissibles comme le VIH, ce qui nécessite une information et une prévention efficace incluant notamment l'utilisation des préservatifs (16, 25).

Conclusion

Les dysfonctions sexuelles fréquentes qui caractérisent la sexualité du schizophrène doivent être diagnostiquées, expliquées, et traitées. Les patients sont souvent plus enclins que ne le pense le clinicien à aborder ce sujet (17). Le personnel soignant devrait être incité à surmonter ses appréhensions et ses préjugés. La prise en charge des troubles du comportement sexuel permet d'améliorer la qualité de vie et la compliance au traitement. En effet, un taux important de schizophrènes attribue à leur traitement neuroleptique la responsabilité de leurs dysfonctions sexuelles, qui est un des facteurs majeurs de non compliance (23). L'adjonction de traitement symptomatique tel que le sildénafil s'avère efficace pour lutter contre certaines de ces dysfonctions. L'éducation sexuelle joue, également, un rôle fondamental incluant l'information sur les moyens de contraception et sur les risques d'infections sexuellement transmissibles. Des études supplémentaires sont nécessaires à la compréhension du comportement sexuel du schizophrène, des mécanismes des dysfonctions, ainsi qu'à la validation de stratégies thérapeutiques. ■

Julien Nargeot*

*Secteur 13, service de F. Caroli, Hôpital Sainte-Anne, 75014 Paris.

Bibliographie

- (1) AIZENBERG D, MODAI I, LANDA A, GIL-AD I, WEIZMAN A, *Comparison of sexual dysfunction in male schizophrenic patients maintained on treatment with classical antipsychotics versus clozapine*, J Clin Psychiatry 2001, 62, 7, 541-4.
- (2) AIZENBERG D, ZEMISHLANY Z, DORFMAN-ETROG P, WEIZMAN A, *Sexual dysfunction in male schizophrenic patients*, J Clin Psychiatry 1995, 56, 4, 137-41.
- (3) AVIV A, SHELEF A, WEIZMAN A, *An open-label trial of sildenafil addition in risperidone-treated male schizophrenia patients with erectile dysfunction*, J Clin Psychiatry 2004 Jan, 65, 1, 97-103.
- (4) BAI YM, HUANG Y, LIN CC, CHEN JY, *Emerging homosexual conduct during hospitalization among chronic schizophrenia patients*, Acta Psychiatr Scand. 2000, 102, 5, 350-3.
- (5) BERNER M, HAGEN M, KRISTON L, *Management of sexual dysfunction due to antipsychotic drug therapy*, Cochrane Database Syst Rev. 2007, 24, 1.
- (6) BOBES J, GARC A-PORTILLA MP, REJAS J, HERN NDEZ G, GARCIA-GARCIA M, RICO-VILLADEMOROS F, PORRAS A, *Frequency of sexual dysfunction and*

other reproductive side-effects in patients with schizophrenia treated with risperidone, olanzapine, quetiapine, or haloperidol: the results of the EIRE study, J Sex Marital Ther. 2003, 29, 2, 125-47.

(7) CLAYTON AH, MCGARVEY EL, CLAVET GJ, *The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity*, Psychopharmacol Bull. 1997, 33, 4, 731-45.

(8) COSTA AM, LIMA MS, MARI JDE J, *A systematic review on clinical management of antipsychotic-induced sexual dysfunction in schizophrenia*, Sao Paulo Med J. 2006, 7, 124, 5, 291-7.

(9) CURNOS F, GUIDO JR, COOMARASWAMY S, MEYER-BAHLBURG H, SUGDEN R, HORWATH E, *Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia*, Am J Psychiatry 1994, 151, 2, 228-32.

(10) DICKSON RA, GLAZER WM, VIOLATO C, *A computerized self-report questionnaire for assessing sexual functioning in psychotic patients: The DGSF scale*, Schizophr Res. 2001, 49, 283.

(11) FINN SE, BAILEY JM, SCHULTZ RT, FABER R, *Subjective utility ratings of neuroleptics in treating schizophrenia*, Psychol Med. 1990, 20, 4, 843-8.

(12) FORTIER P, MOTTARD JP, TRUDEL G, EVEN S, *Study of sexuality-related characteristics in young adults with schizophrenia treated with novel neuroleptics and in a comparison group of young adults*, Schizophr Bull. 2003, 29, 3, 559-72.

(13) GOPALAKRISHNAN R, JACOB KS, KURUVILLA A, VASANTHARAJ B, JOHN JK, *Sildenafil in the treatment of antipsychotic-induced erectile dysfunction: a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose, two-way crossover trial*, Am J Psychiatry 2006, 163, 3, 494-9.

(14) GRASSI L, PAVANATI M, CARDELLI R, FERRI S, PERON L, *HIV-risk behaviour and knowledge about HIV/AIDS among patients with schizophrenia*, Psychol Med. 1999, 29, 1, 171-9.

(15) HAEFLIGER T, BONSAK C, *Atypical antipsychotics and sexual dysfunction: five case-reports associated with risperidone*, Encephale 2006, 2, 1 Pt 1, 97-105.

(16) KELLY DL, CONLEY RR, *Sexuality and schizophrenia: a review*, Schizophr Bull. 2004, 30, 4, 767-79.

(17) LUKOFF D, GIOIA-HASICK D, SULLIVAN G, GOLDEN JS, NUECHTERLEIN KH, *Sex education and rehabilitation with schizophrenic male outpatients*, Schizophr Bull. 1986, 12, 4, 669-77.

(18) LYKETSOS GC, SAKKA P, MAILIS A, *The sexual adjustment of chronic schizophrenics: a preliminary study*, Br J Psychiatry. 1983, 143, 376-82.

(19) MACDONALD S, HALLIDAY J, MACEWAN T, SHARKEY V, FARRINGTON S, WALL S, MCCREADIE RG, *Niithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction. Case-control study*, Br J Psychiatry. 2003, 182, 50-56.

(20) MCGAHUEY CA, GELENBERG AJ, LAUKES CA, MORENO FA, DELGADO PL, MCKNIGHT KM, MANBER R, *The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity*, J Sex Marital Ther. 2000, 26, 1, 25-40.

(21) MULLEN B, BRAR JS, VAGNUCCI AH, GANGULI R, *Frequency of sexual dysfunctions in patients with schizophrenia on haloperidol, clozapine or risperidone*, Schizophr Res. 2001, 1, 48, 1, 155-8.

(22) OLFSON M, UTTARO T, CARSON WH, TAFESSE E, *Male sexual dysfunction and quality of life in schizophrenia*, J Clin Psychiatry 2005, 66, 3, 331-8.

(23) PERKINS DO, *Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia*, J Clin Psychiatry 2002, 63, 12, 1121-8. Review.

(24) PINKNEY AA, GERBER GJ, LAFAVE HG, *Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients' perspective*, Acta Psychiatr Scand. 1991, 83, 2, 86-91.

(25) RAJA M, AZZONI A, *Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses*, Eur Psychiatry. 2003, 18, 2, 70-6.

(26) TARDIEU S, MICALLEF J, BONIERBALE M, FRAUGER E, LANCON C, BLIN O, *Sexual behaviour in schizophrenic patients: the impact of antipsychotics*, Encephale. 2006, 32(5 Pt 1), 697-704.

(27) WIRSHING DA, PIERRE JM, MARDER SR, SAUNDERS CS, WIRSHING WC, *Sexual side effects of novel antipsychotic medications*, Schizophr Res. 2002, 1, 56, 1-2, 25-30.

LIVRES

Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale

François Tuffreau, Annie Le Guével
Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 35 €

L'organisation socio-sanitaire française, avec plus d'une quinzaine de lois recensées au cours des dix dernières années, demeure en évolution.

Les changements, qui ne sont pas seulement institutionnels, sont d'autant plus difficiles à suivre que les secteurs sanitaire et médicosocial se situent au carrefour de plusieurs législations : celles de la santé publique, de la sécurité sociale et de la mutualité, de l'action sociale.

Ce dictionnaire décrypte l'organisation de ce champ dont l'activité nécessite d'en maîtriser les rouages.

On trouve, notamment, dans 800 articles des informations sur les institutions en charge des politiques, les organismes de sécurité sociale et les mutuelles, les structures sanitaires et médicosociales, les commissions, comités, conférences et conseils qui portent la parole des professionnels et des usagers, les principales caractéristiques des professions médicales et paramédicales dont l'exercice est réglementé par la loi, les systèmes d'information et enquêtes statistiques qui font référence au plan national.

On trouve, également, des articles de synthèse portant un regard transversal sur les évolutions du secteur, les définitions des concepts les plus courants et des repères historiques.

Etre fou au XIX^e siècle Moralisation et normalisation des internés d'office d'un asile de province

Olivier Eymann
Préface de Jean-Yves Carlier
L'Harmattan, 21,50 €

La loi de 1838 stipule que chaque département doit se doter d'un asile psychiatrique. Le Finistère a affiché une politique volontariste dans le domaine de la santé mentale. Bien qu'éloigné des grands centres de décision, et connaissant une situation économique fragile tout au long du XIX^e siècle, il n'attend pas l'obligation faite par la loi pour créer des établissements. Dès 1826 un asile est ouvert. Il est implanté dans la préfecture, Quimper, et est réservé aux hommes. Sept ans plus tard, un établissement réservé aux femmes est inauguré à Morlaix.

L'asile du Finistère de Quimper connaît un important développement tout au long du XIX^e siècle, sous l'impulsion notamment de ses premiers médecins-chefs, les docteurs Follet et Baume. Le simple parallélogramme, constituant le bâtiment originel, construit au frais du département sur un terrain d'un demi-hectare environ cédé par l'hospice de Quimper, ne contient qu'une trentaine de loges. Plusieurs fois agrandi, un pavillon y est ajouté en 1860, puis deux autres avant la fin du siècle. Une ferme, une briqueterie sont également construites sur le site pour y faire travailler les aliénés. En 1892, Saint-Athanasie a une capacité d'accueil de 471 places et se montre rapidement trop exigü.

Cette monographie tente de comprendre qui sont ces premiers internés du Finistère. Observer la population directement concernée par la psychiatrie permet d'apporter un éclairage sur le fonctionnement de l'appareil psychiatrique, au-delà des dispositions officielles. Parmi les archives abondantes de l'asile de Saint-Ath-

nase que la direction de l'actuel hôpital Gourmelen a récemment mises en dépôt aux Archives départementales du Finistère, l'étude est limitée aux registres-matricules, tenus par le médecin-directeur de l'asile, consignait le passage de chaque interné. L'étude prosopographique porte sur les dix premiers registres, de 1826 à 1861.

Une telle étude de la population internée permet de mieux saisir le fonctionnement et les objectifs d'une médecine mentale qui véhicule les idées de l'époque, d'apprécier comment ces idées semblent s'imposer à la société. La folie, formidable révélateur de peur, aide à mieux cerner la société finistérienne, à percevoir un peu de l'univers mental des Finistériens de ce temps : le malade exprime des angoisses qui ne sauraient être totalement déconnectées de la réalité qu'il vit ; les populations craignent surtout certaines actions qu'un malade peut être amené à commettre.

La psychiatrie naissante, plus qu'une médecine mentale, devient rapidement une science du contrôle social et de la normalisation, au service d'une société en mutation sur un plan social et économique.

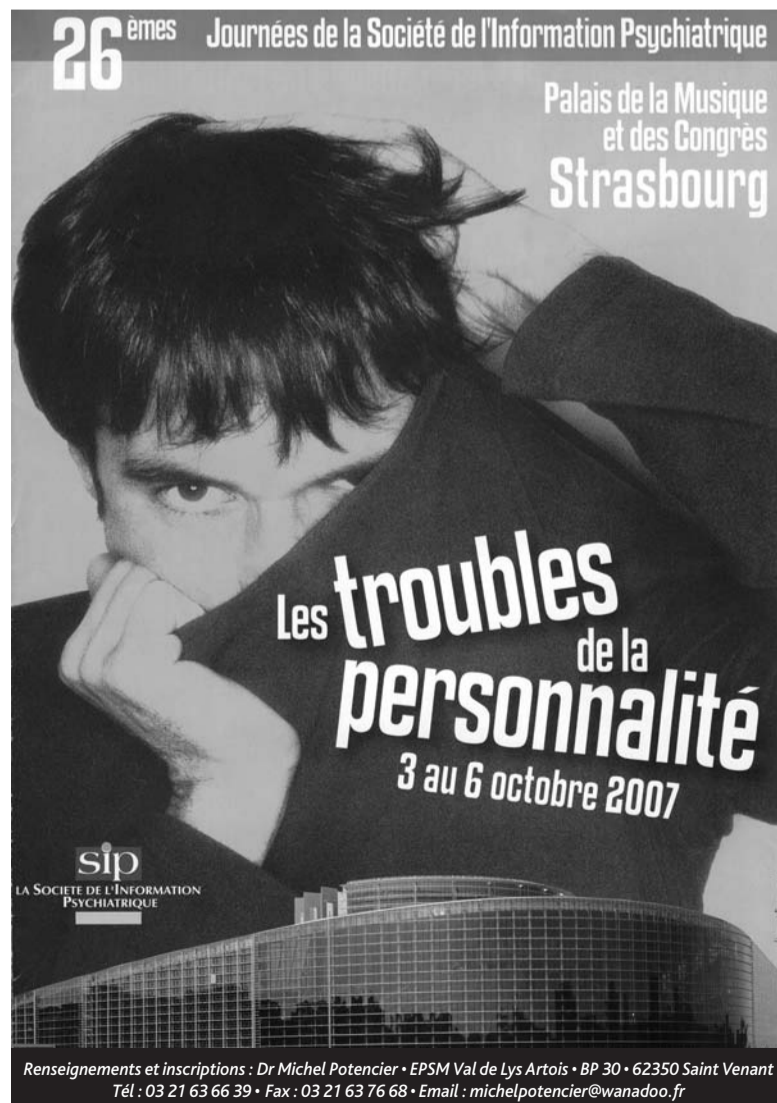
La première partie relate la naissance de la psychiatrie et son développement dans le Finistère ; la deuxième partie est une étude des caractéristiques de la population internée. Les deux dernières parties sont consacrées à l'étude de ce qui fait qu'un individu est jugé fou, des critères faisant que l'on considère que quelqu'un doit être interné : la troisième partie porte sur le rapport entre la folie et la violence, et la quatrième sur les causes présumées de la maladie mentale et la normalisation exercée par la psychiatrie.

Les nouveaux enjeux politiques d'action sociale et médico-sociale Projet de vie et participation sociale

Johan Priou
Dunod

Fondées sur un nouveau cadre normatif (lois sur l'allocation personnalisée d'autonomie - 1999, sur l'action sociale et médico-sociale - 2002, ou pour les personnes handicapées - 2005), ces politiques ne sont pas sans risque pour les personnes vulnérables comme pour les professionnels, car elles résultent d'une interprétation partielle et partielle des principes de justice sociale.

L'universalisme des conditions d'accès aux prestations sociales, loin d'être remis en cause par l'individualisation des prestations, peut être renforcé en se fondant sur le seul critère des besoins et non plus sur celui de l'origine du désavantage, de l'âge de la personne ou de ses ressources. Mis en œuvre dans un cadre décentralisé, il pourra répondre à l'exigence de proximité que requièrent l'aide et l'accompagnement des personnes vulnérables dès lors que l'Etat demeure le garant de l'égalité de traitement de tous sur l'ensemble du territoire et qu'il se fonde sur un financement basé sur la solidarité nationale. Ce dernier point impliquera une réforme de la fiscalité locale, qui contribue plus largement au financement de l'aide et de l'action sociale aujourd'hui, pour répartir équitablement la charge financière sur l'ensemble des citoyens. L'universalisme des prestations et l'équité du partage de la charge financière entre les contribuables, dès lors qu'ils s'appuieront sur une pratique argumentée et publiquement discutée, seront ainsi le gage de l'adhésion collective aux nouveaux processus de redistribution.



LIVRES

Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans

Le collectif « Pas de 0 de conduite »
Erès, 10 €

Les initiateurs de l'Appel en réponse à l'expertise INSERM sur les troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent « Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans » se situent, pour la plupart, dans le champ de la santé et de la petite enfance. Ils ont poursuivi un double objectif en lançant cet appel : contester sur un plan scientifique l'approche réductionniste, déterministe et scientiste de l'expertise INSERM ; dénoncer son utilisation détournée par des responsables politiques pour renforcer, en les médicalisant, les approches sécuritaires de problèmes éducatifs et sociaux. Cette initiative ne constitue en aucune façon un nouvel épisode d'une supposée « querelle entre psy », mais traduit une démarche de refus d'une médicalisation du mal-être social et d'assignation à des normes, qui traverse la société.

Cet ouvrage est une contribution à un débat scientifique et de société, afin que l'expertise médicale ne devienne pas otage de l'obsession sécuritaire, selon l'expression de Didier Sicard, président du Comité consultatif national d'éthique, et de Jean-Claude Ameisen, président du Comité d'éthique de l'INSERM dans leur point de vue : « L'expertise médicale, otage de l'obsession sécuritaire ».

Prévention, dépistage des troubles du comportement chez l'enfant.

Actes du colloque « Pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans »

Juin 2006

Collection Santé & Société 2006
n°11

Société française de santé publique

En septembre 2005, l'Inserm a publié une expertise collective sur « le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent ». Cette expertise a suscité de nombreuses réactions. Le Monde du 23 septembre 2005 titrait « Le trouble des conduites, concept psychiatrique discuté ». Trois pédopsychiatres et une psychologue spécialistes de la petite enfance ont réagi dans une tribune « L'Inserm sème le trouble », dans le même journal, le 4 octobre 2005. C'était le début d'une controverse. Le président de la Société Française de Santé Publique propose également à la même époque une tribune au Monde, qui sera acceptée mais jamais publiée. Elle a été adressée au directeur de l'Inserm sous forme de lettre ouverte. Fin janvier 2006, des professionnels de santé de la petite enfance ont décidé de lancer une pétition sous l'intitulé « Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans ». Les propositions de dépistage et de prévention du trouble des conduites et le projet de Loi de prévention de la délinquance qui s'appuie, en partie, sur les conclusions de cette expertise, les inquiètent. Cette pétition a été signée, en moins de 6 mois, par près de 200 000 personnes. Les initiateurs de la pétition ont souhaité un débat de société et un débat scientifique publié en juin 2006 aux éditions Erès.

Une journée de réflexion a été organisée le 17 juin 2006 sur le dépistage et de la prévention dans la sphère psychique chez l'enfant ; cette journée a été l'occasion d'un débat scientifique et citoyen sur les préventions médicale, sociale et psychique et la protection des enfants. Les actes de cette journée sont proposés dans cet ouvrage.

en étendant son application à tous les enfants, qu'ils soient issus de couples, mariés ou non). Il est cependant important de noter que les promoteurs de la loi souhaitaient surtout une meilleure prise en charge des adolescents par leur père, et la résidence alternée n'était qu'une possibilité offerte aux parents qui en étaient d'accord. Mais sous différentes pressions dont celles de quelques associations de pères, cette loi n'a cessé de se durcir au fil de son élaboration. La majorité des problèmes auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui avaient été soulevés lors des débats qui avaient jalonné l'élaboration de cette loi, mais aucun d'eux n'a été pris en compte par le législateur : âge de l'enfant, conflit parental, prise en compte du principal pourvoyeur de soins jusqu'à la séparation, violences conjugales, distance des domiciles etc... Or, in fine, la loi de mars 2002 a cependant accordé aux juges aux affaires familiales le pouvoir d'imposer une résidence alternée sans l'accord des deux parents, alors même qu'aucun garde-fou, aucun critère n'y figure qui pourrait aider les juges à prendre les moins mauvaises décisions si ce n'est les meilleures.

Il est important de souligner, car c'est là le cœur du problème, l'incapacité de cette justice, en l'état actuel des choses, à faire face à ces problèmes : manque de moyens, aucune formation des juges aux affaires familiales sur le développement psychoaffectif de l'enfant, manque d'outils fiables, enquêteurs sociaux aux formations et missions mal définies, psychologues experts mal ou insuffisamment formés, l'« attachement » et la clinique de l'attachement mal connus en France... Or ces familles qui en passent par le système judiciaire sont celles, justement, qui sont conflictuelles, sans d'ailleurs forcément être en conflit violent mais suffisamment pour ne pas avoir une communication a minima. L'association L'Enfant d'Abord est articulée entre enfants d'un côté et décisions judiciaires de l'autre. Le grand nombre de cas qui nous sont soumis qui parviennent de la France entière mais aussi de pays francophones, va bien au-delà de la seule expérience des professionnels locaux du droit ou de la santé mentale infantile. Ceci nous permet un éclairage singulier, voire unique, sur ce problème. Dans *Le Livre noir de la garde alternée* je n'avais d'autre objectif que de démontrer, à travers différents exemples, les dérives dangereuses que génère la loi de mars 2002, faute de garde-fous, mais aussi de la quasi impossibilité de faire reconnaître la souffrance des enfants concernés.

MSC : Quel est le danger d'une garde alternée à un rythme inapproprié ?

JP : De jeunes enfants, parfois tout bébés, alors que bien souvent aucun processus de parentalisation ne préexiste à la séparation, sont « partagés » entre père et mère en plein conflit parental, selon des rythmes insensés : hebdomadaires mais aussi parfois par quinzaine, voire par année, une semaine par mois, ou déménagent deux à trois fois dans la même semaine etc. De très jeunes enfants sont enlevés à la garde totale de leur mère parce que celle-ci s'est éloignée du domicile paternel pour trouver du travail ou pour fuir un conjoint violent... Mais aussi des enfants plus grands vivent alternativement dans deux milieux parentaux hostiles, sans la moindre communication, sans le moindre pont entre ces deux univers et vivent leur personnalité, faute de pouvoir articuler ou faire une synthèse de ces deux mondes... Ces enfants, le plus souvent jeunes, présentent des symptômes qui peuvent varier en nombre ou en ampleur d'un enfant à l'autre, d'un âge à l'autre, mais sont toujours les mêmes : pleurs intenses au moment du départ du foyer maternel, agressivité vis-à-vis de leur mère au retour, suivie de « collage » à

A propos du Livre noir de la garde alternée

Entretien avec Jacqueline Phélip

elle, crainte de toute nouvelle séparation d'avec leur mère, réveils nocturnes fréquents, troubles psychosomatiques (crises d'asthme, poussées d'eczéma...), repli sur soi ou au contraire agitation, état dépressif etc. Ces symptômes traduisent des troubles de l'attachement et une grande détresse chez les plus grands. L'attachement se définit comme un lien particulier, sélectif, que l'enfant établit au départ de sa vie avec un adulte qui sait répondre de façon appropriée aux signaux de l'enfant, qui prend soin de lui de façon continue, constante, stable, chaleureuse, qui, surtout, est accessible lorsque l'enfant se sent

montrer les liens directs entre attachement désorganisé dans l'enfance et le risque de troubles dissociatifs à la fin de l'adolescence. C'est dire l'importance d'un tel attachement, qui pourrait à lui seul servir de critère de recherche dans ce domaine. Il faut également souligner que l'étude de Solomon et George rappelle celle qui fut faite dans les Kibboutz par Sagi et col. (1994) qui ont observé que les enfants qui dorment loin de leurs parents (non séparés) sont bien plus nombreux que les autres à avoir un attachement insécure à leur mère. Les auteurs concluent que le pourcentage élevé d'attachement

séparation de la figure d'attachement dans l'enfance sont ainsi considérées comme des facteurs de vulnérabilité qui prédisposent aux troubles anxieux et aux états dépressifs chez l'adulte.

MSC : La garde alternée est-elle toujours un échec ?

JP : Des parents sont capables de réussir la garde alternée de leur enfant. Mais il faut des conditions précises pour qu'elle fonctionne dans le meilleur intérêt de celui-ci. La première, impérative, est que les parents ne soient pas en conflit, s'entendent et communiquent entre eux. Il faut que les rythmes d'alternance tiennent compte de l'âge de l'enfant. Un bébé ou très jeune enfant n'a ni la mémoire ni les notions d'espace et de temps d'un adulte. Il est indispensable qu'il y ait une continuité psychique dans ses passages d'un parent à l'autre et que père et mère pratiquent les mêmes rituels de lever-coucher, les mêmes rythmes de veille-sommeil lorsque l'enfant est petit. Enfin, il faut que l'enfant lui-même s'y sente bien. Et pourtant, il faut savoir cependant qu'avec ces conditions pourtant optimales, le nombre d'échecs n'est pas négligeable, et nous en avons eu plusieurs exemples. Plusieurs auteurs le soulignent d'ailleurs (Steinman, 1981 : présence de troubles dans 25% des cas ; Furstenberg, 1991 ; Zorza, 1995...). Sans doute est-ce dû aux différences individuelles d'un enfant à l'autre.

MSC : Votre livre est bicéphale : pédo-psychiatrique et juridique. Que peut-on retenir de l'apport des juristes ?

JP : L'engouement qu'a suscité la promulgation de la loi de mars 2002 a généré très vite de graves dérives. Les avocats, en première ligne, observent souvent des retours de parents pour des raisons identiques. Ils connaissent mieux que d'autres les failles importantes du système judiciaire et l'idéologie qui y prévaut souvent sur l'intérêt de l'enfant. L'intérêt de l'enfant est une notion floue que les juges confondent souvent avec l'intérêt des parents. Ces juges demandent aux avocats d'apporter la preuve que l'enfant ne supporte pas la résidence alternée, alors que ce n'est guère possible puisque les symptômes que présentent les enfants se manifestent essentiellement au domicile maternel. Par ailleurs, dans le cadre de l'autorité parentale partagée, un parent, la mère le plus souvent, ne peut faire suivre son enfant par un pédopsychiatre, ou un psychologue, sans l'accord du père. Lorsqu'un médecin compétent accepte d'établir un certificat médical qui sera présenté au juge, il peut être poursuivi par le père au Conseil de l'Ordre des Médecins et sanctionné par celui-ci. Et les enquêtes sociales ou les expertises psychologiques parfois ordonnées par le juge, font souvent preuve d'une grande insuffisance, pour ne pas dire d'incompétence.

MSC : Quelles mesures doivent être prises pour remplacer le corpus légal existant ?

JP : La notion d'imposition par le juge d'une solution qui implique pour sa réussite une entente du couple est un paradoxe qui ne peut conduire qu'à des échecs et maltraitances sur enfant. P. Levy-Soussan, pédopsychiatre, qui examine de nombreux enfants soumis à des résidences alternées déclare que : « La fréquence et l'intensité des maltraitances psychiques dans ce type de garde, doit nous empêcher de considérer l'enfant comme un terrain d'expérimentation

Jacqueline Phélip



Le Livre noir de la garde alternée

Préface de
Maurice Berger

DUNOD

inquiet et qui peut lui conserver une proximité physique qui génère le sentiment de sécurité. Un enfant peut avoir plusieurs figures d'attachement, mais il y en a toujours une préférentielle qui, dans la grande majorité des cas, est la mère. La seule étude qui existe, et qui concerne spécifiquement l'impact sur l'attachement des enfants de parents séparés qui passent des nuits loin de leur mère, est celle de J.Solomon et C. George, en 1999. Ces deux spécialistes de l'attachement ont étudié 145 enfants âgés de 12 à 20 mois qu'elles ont revus entre 26 et 30 mois, et ont découvert que deux tiers des enfants qui passaient des nuits loin de leur mère, développaient avec elle un attachement qualifié de « désorganisé ». Le conflit parental semblait aggraver l'insécurité des enfants. Or l'attachement « désorienté-désorganisé » est considéré dans plusieurs études comme un antécédent des troubles dissociatifs qui n'apparaissent qu'à l'adolescence (Lioti, 1999, Dozier et col. 1999) insistent pour définir l'attachement désorganisé comme le modèle prototype de la dissociation (Guédénéy, 2006 p.186-187, Carlson et col. 1998) ont pu

insécure est en grande partie lié à l'inaccessibilité de la mère la nuit (Guédénéy, 2002, p.49). D'autres données de la littérature scientifique nous éclairent sur les troubles que risquent de présenter ces enfants ultérieurement. De très nombreux travaux, en effet, démontrent un lien entre système d'attachement en bas âge et psychopathologies à l'âge adulte : troubles de l'humeur (Tyrell-Dozier, 1997), troubles anxieux (Fonagy, 1996 ; Warren, 1999), troubles alimentaires : anorexie, boulimie (Kobak, 1996), conduites addictives (toxicomanie, alcoolisme, etc., Fonagy, 1996). Ainsi, les troubles de l'attachement installés précocement peuvent générer des troubles irréversibles qui vont persister chez l'adolescent puis chez l'adulte sous la forme de difficultés d'adaptation aux événements et au milieu de vie : troubles affectifs, incompréhension des autres, difficulté d'accorder sa confiance et de se lier aux autres dans des relations solides et durables, troubles cognitifs touchant la compréhension et le raisonnement, états dépressifs, troubles du comportement (désinsertion sociale, délinquance juvénile). La perte ou la

sociologique et juridique ouvert aux statistiques ». C'est bien parce que notre expérience nous permet de partager cette analyse, qu'il paraît indispensable de revenir sur cette loi de mars 2002. Les juges aux affaires familiales ne devraient plus avoir la possibilité d'imposer une résidence alternée si les deux parents n'en sont pas d'accord. Mais afin de préserver le lien père-enfant, ces juges devraient avoir à leur disposition un calendrier d'hébergement progressif en fonction de l'âge de l'enfant et des étapes de son développement psychoaffectif. D'autant que les pères qui obtiennent une garde alternée pour leur bébé ou jeune enfant, ou à fortiori la garde totale, ne fournissent pas les soins eux-mêmes à l'enfant mais les confient habituellement à la grand-mère paternelle ou la nouvelle compagne. Une très récente étude de l'INED (septembre 2006) montre qu'en cas de naissance ce sont les mères qui réduisent leur temps de travail ou arrêtent de travailler pour s'occuper de leur enfant. Et dans la grande majorité des cas, ce sont elles qui sont les principales pourvoyeuses de soins. Les statistiques montrent également que peu de pères modifient leur carrière ou leur emploi du temps pour prendre en charge leurs enfants. Or, le passé d'un enfant fait aussi son présent. Au-delà de huit ou neuf ans l'enfant devrait être entendu dans de bonnes conditions, sans pour autant lui laisser à penser que c'est lui qui choisit.

MSC : *Quelle est l'expérience des pays qui nous ont précédés sur la voie de la garde alternée ?*

JP : Il s'agit, essentiellement, des USA. La même loi a été votée chez eux dans

les années quatre-vingts et très vite les mêmes constats alarmants sont apparus. Hormis l'étude spécifique de Solomon et George, il n'y a que peu d'études fiables, nombre d'entre elles confondant coparentalité et garde physique conjointe. Parmi les quelques études d'envergure qui ont été faites sur le sujet, une seule, bien qu'imparfaite, est à retenir : l'étude de la commission « *Genre et Justice* » de l'Etat de Washington qui ne s'est appuyé que sur les travaux validés par la recherche scientifique : comité de lecture, échantillons probants, groupes contrôle etc. et qui prenaient en compte les comportements parentaux mais aussi le bien-être des enfants, sans confondre coparentalité et garde conjointe (rapport Lye, 1999). Tous les experts mondialement connus comme Wallerstein, Braver, Maccoby, Mnookin, Maclanahan, Sandefur, Kelly etc. qui s'expriment à la fin de ce rapport sont unanimes pour affirmer que la résidence alternée doit être un choix des parents mais ne doit pas être imposée par les tribunaux.

MSC : *En conclusion ?*

JP : L'accès à ses deux parents pour l'enfant de la séparation parentale est un vrai casse-tête. Casse-tête d'autant plus grand que l'enfant est plus petit et que bien souvent aucun processus de parentalisation n'a véritablement préexisté à la séparation des parents. Mais à l'impossible nul n'est tenu et aucune solution ne se substituera à celle d'un enfant qui vit au sein d'une famille unie et pacifique. De plus en plus de voix s'élèvent aujourd'hui pour déconseiller les résidences alternées lorsqu'il existe un conflit parental ou

si l'enfant est trop jeune. Mais si les études académiques, les avis de professionnels, sont intéressants, utiles et même nécessaires, ils n'ont aucune force de loi, et c'est bien là que le bât blesse. Il ne suffit pas de faire des déclarations de bonne intention pour que les juges aux affaires familiales y adhèrent ou soient tenus d'y souscrire. S'il n'y a aucune raison d'interdire la résidence alternée que des parents choisissent et qui convient parfaitement à certains enfants, il est indispensable de trouver des garde-fous pour que la justice ne puisse l'imposer à tort et à travers. Ce fut encore le cas il y a à quelque temps où un bébé de huit mois a été soumis à une résidence alternée hebdomadaire et un autre de dix huit mois à une résidence alternée de quinze jours chez chacun des parents. Il est donc urgent de mettre un terme à l'arbitraire des décisions de justice et à ces maltraitements ordonnés. ■

(1) Dunod, 2006

(2) <http://www.lenfantdabord.org>

Références

Rapport Lye : (<http://www.courts.wa.gov/newsinfo/index.cfm?fa=newsinfo.displayContent&theFile=content/parentingAct/index>)
 GUÉDENEY N. et A., *L'Attachement, concepts et applications Théorie cognitive des processus dissociatifs : désorganisation de l'attachement*, Paris 2006, Masson, p.186-187.
 CARLSON et coll., *A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation*, Child Development, 1998, 69, 1107-1128.
 SOLOMON et GEORGE, *The effects on attachment of overnight visitation in divorced and separated families*, Attachment and Human Development, 1999, 1, p. 243-264.

LIVRES ET REVUES

L'autisme chez l'enfant

Neuropsychy News 2007 volume 6 n°1

Dans cette livraison de *Neuropsychy News*, S. Tordjman et K. Charras évoquent le syndrome autistique.

Les avancées scientifiques récentes peuvent, selon leur compréhension, contribuer à renforcer les mouvements d'espoir ou de fatalisme quant au devenir de l'autiste, quel que soit le contexte. L'attachement à une théorisation unifactorielle d'origine lésionnelle ou psychogène privilégie une explication et un projet thérapeutique pour un enfant dont l'avenir serait prévu de façon restrictive.

A l'inverse, la neurobiologie concernant la plasticité cérébrale, la possibilité de renouvellement de neurones, en particulier dans l'hippocampe, contribuent à un espoir fondé sur « *la vivacité de la vie* » (selon l'expression de Emmanuel Lévinas) et l'unité corps-psyché. D. Houzel pose dans son article la question d'une psychopathologie dont l'approche ne serait pas étiologique. Il s'appuie sur une connaissance scientifique en mouvement, centrée sur l'interrogation. Fonctionnel et lésionnel interagiraient alors réciproquement selon la diversité de chaque sujet. P. Delion montre la conflictualité entre la nécessité d'attendre l'âge de 3 ans pour affirmer l'autisme en tenant compte des critères internationaux et l'exigence de reconnaissance dès les premiers mois de la vie. C'est sur cette précocité de la mise en œuvre thérapeutique qu'il

convient d'insister pour permettre une évolution qui donne toutes ses chances aux potentialités

A la précocité du traitement doivent s'associer sa rigueur, la compétence des praticiens, son caractère d'enveloppe polyfactuel, dans l'alliance avec la famille et un réseau de soins, comme le souligne M.-D. Amy. Les atteintes cérébrales retrouvées chez les autistes sont de localisations diverses. L'atteinte cérébelleuse est soulignée par C. Fallet-Bianco et B. Lechevalier. Ces cas d'autisme avec anomalies cérébelleuses ne sont pas rares et l'on peut discuter leur incidence de dysrégulation développementale pour certaines régions cérébrales.

A la recherche des besoins perdus

Un regard sur l'enfance et la société

Pierre Zamet

L'Harmattan, 18,50 €

Par son approche des problèmes que l'enfance pose à la Société, l'auteur, qui est pédiatre, entraîne le lecteur dans la connaissance subtile des besoins que chacun expérimente de la naissance à l'adolescence. Les satisfactions que les adultes recueillent de ces « *besoins primaires* » les aident à maintenir leur stabilité, à gérer leurs émotions, à éduquer leurs enfants, à se sentir reconnus. Cet ouvrage est né d'un regard sur les autres et d'un accueil des souffrances morales, familiales, sociales et psychologiques. Le point de vue du pédiatre embrasse un vaste domaine qui permet d'appréhender la vie des familles et l'impact de leurs rapports avec l'environnement (école, travail, quartier, services sociaux et justice...).

A l'hôpital, P. Zamet, responsable d'un service de pédiatrie durant une trentaine d'années, a rencontré des gens de toute condition et de tout horizon. A l'écoute des souffrances inhérentes à la maladie, il a constaté qu'ils attendaient du Médecin un accueil qui va au-delà de son savoir, de sa compétence et de son expérience professionnelle. En effet, si l'information du patient est gage de confiance, elle ne peut se réduire à l'énoncé d'un diagnostic et d'un pronostic, aux explications sur l'origine de la maladie et son traitement. Pour établir les bases de la confiance, un « *regard* » sur l'émotion provoquée, une « *écoute* » des paroles exprimées doit s'ajouter à vérité due au patient.

Le bébé et le temps

Sous la direction de Albert Ciccone et Denis Mellier

Dunod, 23 €

Les auteurs explorent la temporalité primaire, son enjeu et son impact sur le développement psychique du bébé et de son entourage.

Albert Ciccone envisage la fonction de la rythmicité dans les expériences subjectives et intersubjectives du bébé et les effets de discontinuités qui lui sont imposés. Denis Mellier pose le problème de la symbolisation précoce dans son rapport étroit avec le « *travail de l'attention* », l'intersubjectivité et le moment présent. André Carel décrit les temporalités du lien précoce : l'actuel, l'infantile, le générationnel, et leurs transformations dans le travail de nativité. Cléopâtre Athanassiou-Popesco étudie la manière dont le bébé peut s'inscrire dans une trame temporelle, à partir en particulier de son expérience de la discontinuité. Alex Dubinsky décrit comment la pensée du bébé s'inscrit dans le temps en une succession d'émotions et de représentations symboliques qui reflètent son monde intérieur. Antoine Guedeney, enfin, met l'accent sur la réaction de retrait chez le bébé, quand échoue l'intégration d'une temporalité psychique.

Réflexion sur le suicide de la personne âgée

En 2005, j'ai fait la connaissance d'une patiente âgée de 70 ans à la suite d'une tentative de suicide elle avait avalé un taupicide pour mettre fin à ses jours. Elle avait décrit elle-même par la suite sa situation personnelle qui l'avait conduite à ce geste désespéré : grande solitude, mari décédé depuis au moins cinq ans et très peu de contacts avec ses enfants et l'entourage.

Cas clinique

Madame G. était issue d'une fratrie de trois enfants. Ses deux frères au moment du drame étaient décédés. Son mari, décédé aussi, avait exercé la profession d'instituteur. Madame G. qui avait elle-même exercé cette profession avait eu deux enfants, un garçon et une fille.

Elle souffrait au moment de l'hospitalisation d'une coxarthrose bilatérale ainsi que d'une cataracte de l'œil droit (dont l'intervention chirurgicale était prévue depuis quelques temps). Elle n'avait à priori aucun antécédent psychiatrique. La description de son quotidien se résumait à s'occuper du jardin et à faire quelques marches à pied, seule le plus souvent. Elle explique son geste de la façon suivante : il s'agissait en fait d'une conjonction de plusieurs éléments. Tout d'abord, l'isolement social, un tempérament impulsif, un repli sur soi et une tendance à l'alcoolisation alors qu'elle n'avait jamais bu d'alcool de façon excessive durant sa vie.

Après un traitement antidépresseur (fluoxétine 20 mg par jour matin et soir) et une psychothérapie de soutien, elle reconnaissait l'absurdité de son geste et le critiquait. Elle a décidé de ne pas retourner à son domicile et a opté pour un foyer-logement. Ce qui se fit quelques semaines plus tard avec une continuité du suivi.

Discussion

En France, le suicide est responsable d'environ 12 000 morts par an, soit un taux approchant 20 décès pour 100 000 habitants. Le tiers de l'ensemble de ces conduites suicidaires mortelles est attribuable à une personne âgée de plus de soixante cinq ans. Ce groupe d'âge constitue donc une population particulièrement exposée et notamment les hommes qui sont deux fois plus enclins à ce geste que les femmes. Les idées suicidaires sont fréquentes avec le vieillissement. Lorsque l'on a vraiment le sentiment d'un risque de passage à l'acte, le problème n'est pas tellement de passer la crise que d'assurer une prise en charge.

Vieillir aboutirait ainsi à découvrir un monde de solitude, de ruptures et de maladies.

La vacuité de nos représentations et l'impossibilité à le penser se voilent alors d'un sentiment de manque et d'incomplétude dans notre pensée.

Ce sont ces défauts de représentations, ces absences de perspective observable pour notre propre existence qui engendrent notre silence sur ce phénomène. Il est alors naturel que des sentiments de culpabilité ou de honte accompagnent ce mutisme. Pour autant, y a-t-il intérêt à désigner cette honte, voire à la cultiver ?

Cette stigmatisation peut porter en elle quelques effets. Le premier serait de favoriser un meilleur dépistage de la dépression. Etant donné que cette souffrance est accessible, au moins partiellement, à certains traitements, on en espère une prévention plus efficace du suicide.

La culpabilité ne pèse pas face à la réalité des besoins des personnes âgées qui doit être assumée sans passion ni conviction trop excessive.

Un autre effet serait de sensibiliser l'opinion à la précarité des conditions de vie de certaines personnes malades et âgées. Les établissements chargés d'assurer leur hébergement, lorsque leur état le nécessite ou lorsque ces personnes en font la demande, souffrent d'un manque de personnel qualifié et de moyens en rapport avec les nécessités qu'engendre la perte d'autonomie. Toutefois, cette précarité ne donne pas lieu, à elle seule, à des gestes suicidaires.

On admet que le quotidien de ces structures est tel que leurs agents isolés, peu soutenus ou insuffisamment formés, travaillent d'abord avec leur dévouement mais surtout dans le silence et dans l'inquiétude d'apporter une aide insuffisante.

Un dernier effet espéré serait de mettre en œuvre, enfin, des solutions visant à pallier la solitude ou l'isolement des sujets âgés, à repérer ceux d'entre eux, qui faute d'une entourage familial ou amical suffisamment disponible, sont susceptibles d'échapper aux soins et à l'attention la plus élémentaire.

Le soutien apporté aux personnes âgées en situation de détresse psychique passe aussi par la conviction, que ces personnes conservent en elles-mêmes, des aptitudes et des ressources pour dépasser cette expérience douloureuse.

Conclusion

L'ensemble des observations (et plus particulièrement celle de notre patiente) plaide pour un regard aussi apaisé que possible sur ces actes suicidaires, sur une meilleure compréhension de ce qui les conditionne et sur la confiance qu'il convient de conserver dans ce qui « *peut faire soin* ».

Une manière d'approcher ces expériences est d'envisager qu'elles correspondent à la conviction finalement désespérée qu'aucun substitut n'est plus susceptible de compenser un manque éprouvé au plus profond de soi.

Les gestes suicidaires doivent alors être pris comme le mode de révélation d'un manque et signifier que de ce manque, celui qui l'éprouve est devenu sans ressource pour en admettre le ressort.

C'est à l'angoisse de vieillir que nous sommes brutalement confrontés.

Cette angoisse nous regarde au plus intime et à ce titre elle est parfaitement inéchangeable.

Cette angoisse de vieillir peut, tout au plus, faire irruption sous une forme policée lorsque, par exemple, dans un discours envisageant l'avenir, une personne se défend de toute inquiétude de vieillir alors qu'elle se reconnaît une certaine crainte de perdre la tête.

Il ne convient donc pas d'envisager les gestes suicidaires des personnes âgées avec honte, qu'ils nous questionnent dans une pratique professionnelle ou qu'ils s'inscrivent dans la trame d'une histoire familiale personnelle.

La honte comporte le risque de se dispenser de penser le vieillissement et ses avatars alors que cette réflexion est salutaire pour tous.

L'observation lucide et collective de la fin de vie et l'acceptation de la possibilité d'une issue suicidaire peuvent mener à une plus grande tolérance et à une meilleure acceptation de ceux qui abordent la dernière partie de leur vie dans le dénuement et la fragilité.

L'enjeu est la restauration de liens plus solides et plus authentiques, la seule garantie contre le caractère irrépressible d'une telle solution.

Pour terminer, je tiens à préciser que la patiente que j'ai suivie en institution psychiatrique va bien et qu'elle s'est très bien adaptée à sa nouvelle vie en foyer-logement. ■

Nadine Guillemot*

*Praticien hospitalier, Service du Dr Fiard, Centre Hospitalier de Niort

LIVRES ET REVUES

La formation aux psychothérapies psychanalytiques de groupe et l'intervention en institution

L'individu et le groupe III

Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2007 n°48, Erès, 26 €

Ce troisième numéro consacré aux formations aux psychothérapies psychanalytiques de groupe et aux interventions en institution, aboutit au terme des publications faisant suite au congrès « L'individu et le groupe » organisé par la FAPAG et la SFPPG en septembre 2005. Il ne s'agit pas d'actes du congrès, mais de certains textes retravaillés pour la publication. A la diversité des psychothérapies analytiques de groupe correspond une pluralité de formations particulières à chaque pratique : psychodrame, analyse de groupe, groupe d'enfants, relaxation, musicothérapie, groupe à médiation, thérapies familiales et de couple.

L'ensemble des domaines abordés ouvre un champ nouveau à la psychanalyse tant au plan de la pratique que de la théorie.

Il apparaît indispensable d'acquiescer une compétence à conduire un travail de groupe, d'avoir une connaissance du fonctionnement des structures institutionnelles et de la conduite de changements. Cela est patent, qu'il s'agisse d'intervenir dans des équipes en crise, dans des établissements ayant subi un trauma institutionnel, et confrontés à une conflictualité récurrente. Ou que cela concerne une tout autre approche centrée sur les pratiques, et, au-delà des aspects relationnels, de supervision visant à travailler sur les déplacements inconscients sur le groupe de professionnels et sur les rapports contre-transférentiels des membres de l'équipe.

Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux

2^{ème} édition

Jean-Pierre Hardy
Dunod, 46 €

La législation et la réglementation financière et comptable des établissements et services sociaux et médico-sociaux, renouvées par la loi du 2 janvier 2002 et le décret du 22 octobre 2003, viennent d'être complétées par l'ordonnance du 1^{er} janvier 2005 et les décrets du 7 avril, 23 mai et 31 mai 2006. Cet édifice risque d'être mis en cause dans le cas où les établissements et services sociaux et médico-sociaux entreraient complètement ou partiellement dans le cadre de directives européennes qui visent au libéralisme économique en matière de service.

Considérées par certains comme régressives du point de vue des libertés associatives, cette législation et cette réglementation renforceront les obligations budgétaires et comptables en volume et en technicité, quand elles ne conduiraient pas selon d'autres, à une mise sous tutelle des associations par l'administration. Le secteur social et médico-social qui veut réussir sa professionnalisation et résister à la montée en puissance du néolibéralisme dans le domaine des services à la personne, doit passer par une réforme de ses pratiques budgétaires et comptables, faute de quoi son implosion entraînera le triomphe des lois du marché.

et font désormais l'objet de travaux de recherche nombreux.

L'enjeu est considérable, puisqu'on sait qu'une mauvaise observance est susceptible d'entraîner une aggravation de la symptomatologie, des hospitalisations plus fréquentes, une altération de la qualité de vie des patients, une augmentation de la morbidité, et qu'elle s'accompagne d'un surcoût élevé (Keith, 2003).

Aspects descriptifs

L'observance est un phénomène qui met en jeu de multiples déterminants : pharmacologiques, environnementaux, sociaux, psychologiques... Elle peut être définie comme une adéquation satisfaisante entre le suivi par le patient du programme thérapeutique proposé et les recommandations médicales. Il est difficile de parler de façon binaire d'observance ou de non observance : il existe en effet un continuum entre ces deux pôles, et le seuil de « mauvaise observance » est nécessairement arbitraire. De nombreuses études ont montré que les patients souffrant de schizophrénie présentent le plus souvent une adhésion partielle au traitement, en particulier médicamenteux, sautant des prises ou s'octroyant des « vacances » médicamenteuses (Misdrahi, 2006).

De plus, l'observance d'un patient varie dans le temps, et elle peut différer pour un même patient selon les composantes observées : respect de la posologie prescrite à chaque prise, respect du nombre de prises par jour, respect du nombre de jours de traitement, observance du traitement psychothérapeutique ou de réhabilitation, présence aux rendez-vous... Chacune de ces composantes entrent en jeu pour évaluer l'observance.

Toutefois, en pratique, c'est souvent la seule observance médicamenteuse qui est prise en compte, car la plus facile à évaluer.

L'évaluation de cette observance médicamenteuse repose sur le nombre d'unités galéniques effectivement prises sur une période donnée, rapporté au nombre d'unités prescrites. En retenant cette définition, on fixe en général le seuil d'une observance satisfaisante lorsque ce taux est d'au moins 75%. Au dessous de ce seuil, une observance même partielle s'accompagne d'une aggravation symptomatique et d'un taux de réhospitalisation plus élevé, comparativement aux patients qui présentent une bonne observance (Misdrahi, 2002).

Evaluation de l'adhésion aux soins

L'observance apparaît, en médecine, d'autant moins bonne qu'elle concerne le traitement d'une maladie chronique et qu'elle concerne une maladie psychiatrique. Dans la schizophrénie, qui conjugue ces deux caractéristiques, on estime ainsi souvent, dans les différentes études, à plus de 50% les taux de mauvaise observance (Weiden, 1998). Une étude réalisée avant l'utilisation des antipsychotiques de seconde génération montrait que 50% des patients schizophrènes traités par neuroleptiques sont non-observant une année après la sortie, et 75% deux ans après la sortie d'un séjour hospitalier (Weiden, 1998).

Mais les chiffres sont dans ce domaine très variables, et la proportion des patients qui présentent une observance insuffisante varie de 10 à 80% selon les études (Misdrahi, 2006). Une des raisons de tels écarts dans les chiffres tient à la disparité des outils de mesure utilisés.

Les études qui cherchent aujourd'hui à déterminer les différentes composantes entrant en jeu dans la mauvaise observance se penchent sur des dimensions plus larges que la simple

L'adhésion aux soins dans le suivi des patients atteints de schizophrénie

prise des médicaments, comme par exemple l'attitude des patients face au traitement, évaluée par le questionnaire DAI-30 (*Drug Attitude Inventory*, Hogan, 1983, trad. Bonsack, 1998). Le DAI comporte deux facteurs principaux : l'un, l'effet subjectif global, reflète l'appréciation portée sur les médicaments ; l'autre, l'effet subjectif spécifique, est centré spécifiquement sur les effets indésirables des médicaments (Misdrahi, 2002).

Une échelle d'adhésion aux soins, la *Medication Adherence Rating Scale* (MARS), a été traduite également en français : il s'agit d'un auto-questionnaire semi-quantitatif, ce qui est plus satisfaisant, pour une variable aussi complexe que l'observance, que les résultats binaires (observant ou non-observant) obtenus avec le DAI-30 (Misdrahi, 2004).

L'insight doit également être évalué, soit par le praticien, par exemple par la *SUMD* (*Scale for Unawareness of Mental Disorder*), soit par le patient lui-même, par exemple par le *SAIQ* (*Self-Appraisal of Illness Questionnaire*) (Bell, 2007). De même, la satisfaction du patient doit être mesurée par des

instruments spécifiques.

D'une façon générale, les patients, et plus encore leurs médecins, surevaluent l'observance aux soins. Une étude présentée au Congrès de l'*American College of Neuropsychopharmacology* en 2002 (Byerly et al), utilisant un système électronique de monitoring de la prise de traitement oral, retrouve, dans une population de patients suivis trois mois après leur sortie de l'hôpital, un taux de bonne observance observée chez 38% des patients, alors que les cliniciens évaluaient ce taux à 95%...

Même le comptage des comprimés ou les dosages plasmatiques ne sont pas des mesures fiables. Les mesures plasmatiques évaluent la prise des quelques jours précédents seulement, et peuvent correspondre à la seule période où le patient prend son traitement, lorsqu'il connaît la date du prélèvement. On peut adjoindre au médicament un traceur à demi-vie longue, mais le coût de telles études devient prohibitif. Le comptage de comprimés, quant à lui, n'exclut pas que le patient ne les jette au lieu de les avaler. Il faut également

prendre en compte le risque d'altération de la relation thérapeutique lors de l'utilisation de méthodes jugées intrusives par le patient.

Les auto-questionnaires, qui sont les mesures les plus simples et les moins coûteuses, sont en fait celles qui sont considérées comme les plus utiles et les plus fiables pour évaluer l'observance.

Des travaux présentés au NCDEU (*New Clinical Drug Evaluation Unit*, branche du NIMH américain) en 2002 et à l'ICOSR (*International Conference on Schizophrenia Research*) en 2003 (Lam YW et al) ont montré que même chez les patients dont le traitement est suivi de façon très rapprochée (surveillance par l'équipe soignante, comptage des comprimés, interrogatoire du patient, rapport de la pharmacie et dosages plasmatiques), 15 à 25% des patients schizophrènes sortant de l'hôpital avec un traitement antipsychotique sont considérés comme non observant dans les 7 à 10 jours suivant la sortie... Par ailleurs, un monitoring précis a retrouvé que seuls 10% des

La Société Française de Thérapie Familiale Psychanalytique annonce son

6^{ème} COLLOQUE :

LA RECONNAISSANCE DANS LES LIENS DE FAMILLE

23 et 24 juin 2007 à l'Espace des Diaconesses

18, rue Sergent Bouchat, 75012 Paris

Métro Montgallet ou Nation

Avec : F. Baruch, M.-Y. Barraband, A. Bauleo, A. Carel, P. Cuynet, E. Darchis, G. Decherf, R. Durastante, A. Eiguer, E. Granjon, B. Guéry, M.E. Handmann, E. Haulé-Taffo, R. Jaitin, Ch. Joubert, R. Kaës, K. Kouassi, A. Lafage, A. Loncan, J.-C. Métraux, F. et G. Mevel, Ph. Robert, B. Savin, S. Tisseron, P.-M. Treillet, T. von Salis, A. Yahyaoui.

Dans la famille symbiotique, l'autre est reconnu avec peine dans sa singularité. Vécu comme un inconnu, il est l'objet de projections ou de manipulations. Et lorsque la fiabilité des liens fait défaut, l'humiliation d'autrui n'est pas exceptionnelle.

Reconnaître l'autre prédispose celui-ci à reconnaître le sujet et, ensemble, les liens familiaux. Chacun a besoin d'être admis, accepté, identifié. Le défaut de reconnaissance affaiblit à la longue l'estime de soi ; c'est l'une des raisons de l'appauvrissement du sentiment partagé de valeur de la famille, si fréquent aujourd'hui.

Au début de la vie, un geste majeur est celui de la reconnaissance de l'enfant par le parent, qui comprend la nomination : "Tu es mon fils". Cette reconnaissance organise psychiquement le *lien de filiation*. Une large palette de troubles peut se manifester dès lors que cet acte de reconnaissance filiale fait défaut.

Thèmes traités :

- Reconnaissance et méconnaissance dans le lien de mutualité
- Reconnaissance réciproque parent/enfant et blessures de la filiation
- Importance de la reconnaissance pour la définition du genre sexuel
- La transmission et la reconnaissance
- Gratitude, reconnaissance et réparation
- En périnatalité, en PMA, dans la famille de l'adolescent, dans la famille adoptante ou homoparentale
- Marques corporelles de la reconnaissance : excision, circoncision, tatouages, body-art
- Reconnaissance, déracinement et multiculturalité (table ronde)
- L'œuvre de Pichon-Rivière et les liens familiaux pour le 100^{ème} anniversaire de sa naissance (table ronde)



Renseignements et inscriptions :

Société Française de Thérapie Familiale Psychanalytique
154 rue d'Alésia, 75014 Paris
Téléphone et Fax : 01 45 43 97 05
www.psychanalyse-famille.org
sftfp@noos.fr ou sftfp@free.fr
Numéro de Formation Professionnelle : 11 752 477 575

patients ont effectivement pris tous leurs comprimés sur une période de suivi de 3 mois, alors que 68 % de ces patients déclaraient avoir pris tous leurs comprimés...

Enfin, l'étude CATIE a montré que, même dans les conditions de suivi très attentif des patients de ce protocole, le taux d'abandon de traitement est considérable (Lieberman, 2005).

Facteurs influant sur l'adhésion aux soins

Les facteurs liés au patient apparaissent moins importants que les facteurs liés à la prise en charge, comme cela a été bien montré, par exemple, pour l'adhésion au programme thérapeutique après un premier épisode psychotique (Bonsack C et al, Encéphale, 2006). Par ailleurs, des facteurs liés à la symptomatologie (en particulier les symptômes négatifs, l'aboulie, l'apragmatisme, ainsi que les déficits cognitifs et la désorganisation, ou certains thèmes délirants persécutifs) sont impliqués, mais le seraient moins que l'insight ou l'alliance thérapeutique, beaucoup plus explicatifs (Day, 2005 ; Mutsatsa, 2006).

On classe souvent les facteurs de mauvaise observance en facteurs liés au patient, facteurs liés au traitement, et facteurs liés à la relation thérapeutique.

Facteurs liés au patient

La méconnaissance des troubles sous-tend en général la méconnaissance de la nécessité des soins. La nature de cette ignorance de la pathologie n'est sans doute pas univoque : ses composantes vont des plus « neurologiques », qui peuvent correspondre à un symptôme cardinal de la schizophrénie évoquant l'anosognosie, aux dimensions psychodynamiques telles qu'elles se manifestent dans le déni. Des échelles d'évaluation de la conscience des troubles (« échelles d'insight ») permettent des études comparatives, qui montrent, par exemple, que plus la conscience des troubles est élevée, meilleure est l'observance et meilleure est l'alliance thérapeutique (Dam J, 2006).

Si les diverses dimensions de la pathologie schizophrénique, en altérant l'insight, sont cause de la mauvaise observance, elles ne sont pas les seules ; il faut également prendre en compte le profil de personnalité du patient : des traits psychorigides s'accompagnent d'une difficulté à se rendre aux arguments médicaux, une impulsivité et une instabilité d'allure psychopathique rendent difficiles un traitement régulier et continu, une dimension phobique conduit le patient à éviter les contacts avec les différents soignants... Le sentiment de besoin de traitement du patient doit être exploré, de même que son sentiment quant à l'efficacité perçue du traitement.

Le contexte de vie joue enfin un rôle non négligeable : un patient isolé aura un plus grand risque d'interrompre son traitement sans que personne ne s'en alarme.

Une comorbidité addictive aggrave généralement les effets délétères d'une mauvaise observance : dans une étude prospective sur 4 ans de Hunt et al (2002), le temps avant réhospitalisation était de 5 mois chez les sujets schizophrènes non observant et avec une pathologie addictive, contre 10 mois chez les schizophrènes non observant sans trouble addictif, et 37 mois chez les schizophrènes non addictifs et observants.

En revanche, la présence d'une idée suicidaire lors d'un épisode psychotique paraît prédictive d'une meilleure adhésion aux soins après la sortie de l'hôpital (Bonsack, 2006).

Facteurs liés au traitement

Les effets indésirables des médicaments sont en général avancés pour expliquer la majeure partie des interruptions du traitement pharmacologique. S'ils jouent un rôle incontestable, on peut penser néanmoins que celui-ci est souvent surévalué ; les effets secondaires sont mis en avant par le patient comme explication de l'interruption, mais cela ne signifie pas qu'ils en soient réellement la raison principale. Ainsi, l'utilisation désormais très large des antipsychotiques de seconde génération, dont les effets indésirables de type sédatifs et extrapyramidaux sont nettement moindres, n'a pas eu pour corollaire une amélioration drastique de l'observance médicamenteuse des patients schizophrènes. Cette observance reste médiocre même à court terme, dans les semaines qui suivent une sortie de l'hôpital, alors que les effets indésirables les plus gênants, comme la prise de poids, ne sont pas encore apparus. Il est probable que l'efficacité des traitements sur les principaux symptômes ait un impact plus important en terme d'observance que la tolérance.

Un autre frein à l'observance thérapeutique est la crainte de la stigmatisation : celle-ci est surtout liée aux effets indésirables « visibles » des psychotropes, mais elle concerne aussi l'ensemble de la prise en charge : consulter régulièrement un psychiatre, se rendre dans un hôpital de jour, être suivi en psychothérapie restent l'objet d'un regard négatif de la société, dont le patient tente souvent de s'affranchir en niant la nécessité.

Facteurs liés à la relation thérapeutique

Au-delà des caractéristiques du traitement et de la prise en charge en général, certaines dimensions de la relation thérapeutique peuvent entrer en jeu dans l'observance. Etablir une relation de confiance est bien sûr un point central ; elle est d'autant plus difficile à obtenir que l'apriori est le plus souvent de défiance vis-à-vis de la psychiatrie.

L'alliance thérapeutique se révèle toujours l'outil le plus efficace pour parvenir à une bonne observance thérapeutique du patient dans les troubles psychiatriques. La reconnaissance par le patient de la compétence de son médecin est un élément important pour obtenir sa confiance.

Il faut également être attentif à la satisfaction subjective qu'a le patient de son traitement : celle-ci ne correspond pas toujours, loin s'en faut, au degré de satisfaction du médecin quant à l'efficacité et l'acceptabilité des soins qu'il prescrit.

Si une relation de confiance doit s'instaurer, il faut également se défier d'une prise en charge trop proche et trop étayante : celle-ci peut conduire à une véritable déresponsabilisation du patient, pouvant avoir des effets délétères inattendus.

L'existence d'un suivi psychiatrique antérieur à une hospitalisation semble un facteur de meilleure observance à l'issue d'un épisode psychotique ; de même, la discussion du diagnostic avec le patient durant l'hospitalisation, la construction avec lui d'un plan de traitement pour la prise en charge ambulatoire ultérieure, l'élaboration de projets concrets avec le patient dans le domaine des besoins de base (logement, finances, occupations...) sont associés à une bonne insertion ultérieure dans les soins (Bonsack, 2006).

Comment améliorer l'adhésion aux soins

Face à l'importance de l'enjeu de l'adhésion aux soins chez les patients psychotiques, les mesures à mettre en place visent l'ensemble des acteurs du processus de soin : le patient certes,

mais aussi sa famille ou son entourage proche, les soignants directement impliqués dans la prise en charge, et les lieux institutionnels qui sont en contact avec le patient.

L'alliance thérapeutique s'appuie sur les modalités de la relation médecin-malade telles qu'elles s'imposent aujourd'hui, fondées sur un réel partenariat, une implication du patient dans le processus thérapeutique et dans les choix entre les diverses options possibles. Les anciennes modalités de relation médecin-malade de type « vertical descendant » ne sont plus adaptées aujourd'hui aux attentes des patients, et elles ne favorisaient pas une bonne observance.

L'approche psycho-éducative est, dans cette perspective, essentielle : on a pu objectiver les bénéfices tirés de l'éducation et de l'information la plus complète possible du patient, et de sa famille proche s'il l'accepte, sur la maladie, ses risques évolutifs, les objectifs thérapeutiques visés. En utilisant des termes choisis de façon à être compréhensibles, la prise en charge souvent plurifocale des pathologies schizophréniques doit être clairement expliquée au patient.

En ce qui concerne le versant médicamenteux des soins - qui détermine souvent l'adhésion à l'ensemble de la prise en charge -, l'observance peut être favorisée par diverses mesures, comme une simplification du schéma thérapeutique (par exemple, prise unique du traitement oral) et un ajustement posologique visant à diminuer autant que possible les effets indésirables. L'objectif d'une monothérapie permet la simplification du traitement, mais il ne doit pas être un dogme : l'utilisation de plusieurs molécules permet parfois d'adapter le traitement au plus près des besoins et des souhaits de chaque patient, ce qui peut être plus efficace en terme d'observance qu'une simplification à outrance.

Le recours à des formes à libération prolongée permet de simplifier et de mieux gérer la prise du traitement, et donc de discuter avec le patient des raisons de l'arrêt, alors qu'un refus des prises de médicaments peut rester longtemps inconnu des soignants en cas de prescription d'une forme orale quotidienne. De plus, les progrès de la galénique permettent de proposer des formes à libération prolongée d'antipsychotiques atypiques dont les injections sont peu ou pas douloureuses comparativement aux neuroleptiques conventionnels injectables.

Aujourd'hui, les traitements injectables à action prolongée ne sont plus inclus dans un programme thérapeutique dans le but de contraindre le patient à prendre son traitement, mais doivent être proposés dans le cadre d'une alliance thérapeutique avec ce patient.

Qu'ils soient utilisés sous forme orale ou sous forme à libération prolongée, les antipsychotiques atypiques représentent un avantage en terme d'observance, car leurs effets secondaires sont moins gênants ou moins perceptibles, s'accompagnant de moindres stigmates de la prise de psychotropes que les neuroleptiques conventionnels, surtout à court et moyen terme. Mais le bénéfice n'est pas univoque : plus efficaces contre les symptômes négatifs, ils rendent les patients moins passifs, et donc plus susceptibles de prendre la décision, contre l'avis de leur médecin, d'interrompre leur traitement...

Dans le champ de la réadaptation et de la réhabilitation psycho-sociale, le développement de stratégies concrètes que le patient peut mettre en œuvre pour faire face à la maladie et à ses conséquences est un gage de meilleure observance aux soins.

Le récent travail de la clinique universitaire de Lausanne (Bonsack, 2006) montre que l'implication dans les soins

dès la période intrahospitalière de l'équipe qui prendra le patient en charge en extra-hospitalier a des effets très bénéfiques sur l'adhésion ultérieure aux soins. Ceci a été à la base de la réflexion sur la politique de secteur en santé mentale en France, dès les années 1960...

Conclusion

Les déterminants qui entrent en jeu dans l'adhésion aux soins sont très divers, et ils ont un poids relatif différent selon le stade évolutif de la maladie : la stratégie thérapeutique visant à optimiser l'observance doit donc être personnalisée, et adaptée au cours du temps pour chaque patient.

Les liens de causalité sont complexes : dans la détermination de la rechute, une mauvaise observance entraîne une exacerbation des symptômes, mais à l'inverse un début d'exacerbation des symptômes peut aussi entraîner une mauvaise observance (Weiden, 1995). Le seul fait pour le praticien d'être vigilant sur l'observance, et de l'évaluer explicitement chez son patient, a un effet bénéfique sur celle-ci. Le recours aux échelles d'auto-évaluation renseigne le médecin et oriente sa stratégie, mais surtout sensibilise le patient à cette question, et lui en souligne implicitement l'importance : il s'agit donc bien d'un véritable outil thérapeutique.

De plus, évaluer l'observance et l'adhésion aux soins permet au praticien de mieux percevoir ce que souhaite et ce que vit son patient, et ainsi d'adapter en permanence la prise en charge globale. ■

Ch. Spadone

CHU Saint-Louis (AP-HP), Paris

Bibliographie

BELL M. et al., *Are self-reports valid for schizophrenia patients with poor insight? Relationship of unawareness of illness to psychological self-report instruments*, Psychiatry Research, mars 2007.

BONSACK C. et al., *Perception subjective de l'effet des neuroleptiques chez des patients schizophrènes ambulatoires*, Encéphale, 1998, 24, 315-323.

BONSACK C. et al., *Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose*, Encéphale 2006, 32(5 Pt1) 679-685.

BYERLY M. et al., *Poster: 41st Annual Meeting of ACNP*, December 8-12, 2002, San Juan, Puerto Rico.

DAM J., *Insight in schizophrenia: a review*, Nord. J. Psychiatry 2006, 60, 2, 114-120.

DAY J.C. et al., *Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals*, Arch Gen Psychiatry, 2005, 62, 7, 717-724.

HOGAN TP. et al., *A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics*, Psychol Med, 1983, 13, 177-183.

HUNT GE. et al., *Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse*, Schizophrenia Res. 2002, 54, 253-264.

KANE JM., *Problems of compliance in outcome treatment of schizophrenia*, J Clin Psychiatry 1983, 44, 6, 3-6.

KEITH SJ., KANE JM., *Partial compliance and patient consequences in schizophrenia*, J Clin Psychiatry 2003, 64, 11, 1308-1315.

LIEBERMAN JA. et al., *Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia*, N Engl J Med. 2005, 353, 12, 1209-1223.

MISDRAHI D. et al., *L'observance dans la schizophrénie : facteurs prédictifs, voies de recherche, implications thérapeutiques*, Encéphale, 2002, 28, 1, 266-272.

MISDRAHI D. et al., *Observance thérapeutique et schizophrénie : validation de la traduction française de la MARS*, Encéphale 2004, 30, 4, 409-410.

MISDRAHI D., *L'observance thérapeutique : un objectif essentiel*, Encéphale, 2006, 32 Pt 3, S1076-9.

MUTSATSAS SH. et al., *Relationship between insight, cognitive function, social function and symptomatology in schizophrenia: the West London first episode study*, Eur

Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006, 256, 6, 356-63.

THOMPSON K. et al., *Reliability and validity of MARS for the psychosis*, Schizophrenia Research, 2000, 42, 241-247.

WEIDEN PJ., OLDFSON M., *Cost of relapse in Schizophrenia*, Schizophr. Bull, 1995, 21, 419-429.

WEIDEN PJ. et al., *Long-term considerations after switching antipsychotics*, J Clin Psychiatry. 1998, 59 S 19, 36-49.

LIVRES

Nietzsche Le corps et la culture La philosophie comme généalogie philologique

Eric Blondel

Préface de Philippe Saltel

Postface de l'auteur à la

deuxième édition

L'Harmattan, 27 €

Cette réédition qui a fait l'objet d'un travail de révision important, propose un examen détaillé de l'ambiguïté d'une philosophie conçue comme généalogie, partagée entre l'« idéalisme » philologique et le « réalisme » psychologique, bien que son unité soit maintenue par la référence fondamentale à ce corps, toujours insaisissable, pensé chez Nietzsche grâce au recours et au détour d'une physiologie imaginaire et métaphorique qui ne peut ni être réduite à un discours conceptuel ni seulement placée en marge, considérée comme secondaire voire négligée. Le texte nietzschéen, ici rigoureusement analysé dans ses procédés, son travail, son style, peut alors paraître dans sa perspective propre et la réévaluation qu'il pose en indiquant ce qu'Eric Blondel appelle une métaphoricité « transcendante », clef de voûte de son interprétation.

Gouverner le système d'information hospitalier

Claude Hagège

Les Études Hospitalières, 60 €

Le système d'information hospitalier a successivement été ignoré (jusqu'en 1985), et réservé aux secrétariats et aux consultations Minitel ; puis accepté (de 1985 à 2002), parce qu'il constituait, de fait, un outil administratif pour la gestion économique et financière de l'hôpital, voire pour certaines niches médicales et médico-techniques et enfin réclamé, voire exigé (depuis 2003) comme nouveau vecteur de performance et de bonne gestion, centré sur le patient et les bonnes pratiques.

Qui possède déjà, ou possédera, un système d'information d'analyse de décision doit se persuader qu'il ne détient qu'un terme de l'équation. L'autre terme est la maîtrise de l'information : la maîtriser, c'est la saisir dans les règles de l'art, la contrôler, puis savoir en toute connaissance de cause. Claude Hagège qui dirige le système d'information de l'hôpital Saint-Anne à Paris, a conçu cet ouvrage en trois parties. Il identifie les grandes mesures de la réforme hospitalière, puis décrit le système d'information dans une double dimension : celle du savoir faire de l'ingénieur et celle de l'intégration dans un fonctionnement complexe et transversal à l'hôpital. Enfin, la troisième partie aborde le volet opérationnel en indiquant les diverses pratiques et recommandations professionnelles. Elle fixe encore les outils et des indicateurs internes à mettre en place.

LIVRES

L'enfant, le robot et l'ordinateur

Numéro coordonné par Arnaud Revel et Jacqueline Nadel
Enfance 2007 n°1
 PUF, 22 €

Dans notre monde technologique, où l'ordinateur et le robot remplacent le baby-trott et la sucette, il est assez facile de se représenter l'enfant comme un utilisateur et un consommateur de ces machines intelligentes. Il n'est pas aussi simple de voir en quoi le bébé aide à concevoir le robot, ou en quoi l'ordinateur et le robot peuvent bénéficier à l'enfant atteint de troubles du développement. Plus peut-être que tout autre domaine scientifique, les nouvelles technologies sollicitent les connaissances concernant le développement et donnent en retour des réponses inédites et de nouveaux moyens d'exploration. Il n'y a pas là de quoi s'étonner : les nouvelles technologies sont à bien des égards des sciences développementales. Ce numéro, coordonné par un roboticien, Arnaud Revel, et une développementaliste, Jacqueline Nadel, rassemble des roboticiens, des modélisateurs, des informaticiens, des concepteurs et des spécialistes du développement normal et psychopathologique. Il intéressera les cliniciens de l'enfance et tous ceux qui ont compris le tournant que constituent les nouvelles technologies.

Les troubles du développement chez l'enfant**Prévention et prise en charge**

Sous la direction de Béatrice Bourdin,
 Mylène Hubin-Gayte, Barbara Le Driant et Luc Vandromme
 L'Harmattan, 21,50 €

Cet ouvrage a été élaboré à partir des conférences, des communications orales et affichées qui ont été réalisées lors du XXII^{ème} colloque du Groupement Francophone d'Etudes sur le Développement de l'Enfant. Ce colloque avait pour objectif de réunir des chercheurs de disciplines différentes et des professionnels de l'enfance autour du thème de la prévention précoce et de la prise en charge d'enfants présentant, ou susceptibles de présenter, des problèmes de développement. La nécessité d'intervenir dès le plus jeune âge sur l'enfant, sans attendre que les troubles ne s'installent de façon quasi-irréversible et ne se transforment en véritables dysfonctionnements, n'est plus à démontrer.

Chacun s'accorde pour reconnaître qu'une politique de prévention précoce permet de favoriser un développement harmonieux et optimal de l'enfant. Il reste à déterminer les modalités d'une telle intervention. Les connaissances acquises au cours de ces dernières décennies en psychologie scientifique, tant au niveau des processus conduisant à des comportements atypiques qu'au niveau des facteurs susceptibles d'altérer le développement de l'enfant, permettent de mieux comprendre le développement normal et troublé. Par conséquent, il est ensuite possible de proposer des outils d'évaluation et des prises en charge précoces qui soient adaptés aux potentialités actuelles de l'enfant présentant, ou susceptibles de présenter, des difficultés développementales.

Cet ouvrage aborde quatre thématiques dans le domaine de la prévention et de la prise en charge qui sont : la violence chez l'enfant, les troubles de l'attachement et des dysfonctionnements interactifs, les troubles du langage et des apprentissages, et l'enfant à risque.

Médecin responsable pendant près de sept ans au Centre Hospitalier de Gonesse (Val d'Oise) de la définition et de l'organisation des soins d'enfants souffrant de psychose infantile ou d'autisme, il m'est paru nécessaire de situer la place de ces enfants dans la société et donc, au sortir de leur cocon familial, de situer leur place à l'école, lieu de socialisation primaire, et de définir ce que pouvait être l'apport de l'intégration scolaire au dispositif de soins. L'école publique étant l'école de tous, je la conçois comme l'école de chacun, en tenant compte bien sûr, des besoins propres aux enfants malades et en définissant pour chacun d'entre eux des modalités d'accueil et d'enseignement adaptés.

L'intégration scolaire est donc partie prenante des projets thérapeutiques définis individuellement pour chaque enfant hospitalisé de jour. Elle participe à l'organisation séquentielle des soins et à la diversification des lieux d'accueil. L'intégration scolaire constitue un moyen de lutte nécessaire contre l'exclusion des enfants marqués au sceau de la maladie et du handicap. Elle est, me semble-t-il, l'affaire de tous. Seule la volonté commune des différents acteurs impliqués et associés dans ce processus (parents, médecins, enseignants, élus,...) permet sa mise en œuvre et son efficacité.

L'intégration scolaire permet l'inscription sociale de l'enfant et son accession à la citoyenneté. Cette socialisation, cette appréhension de l'enfant en milieu scolaire ordinaire favorisent l'accès aux apprentissages.

Cette inscription sociale est une réponse à l'attente des parents. Cette réponse peut les aider à restaurer leur parentalité mise en échec par la maladie et le handicap. C'est à ce prix qu'ils pourront être demandeurs pour leurs enfants d'une thérapie alors reprise à leur propre compte et qui trouve pleinement son sens et son efficacité.

Intégration scolaire et soins

Partant du principe que tout enfant hospitalisé de jour devait pouvoir bénéficier d'une pédagogie, je me suis attaché à préciser deux aspects fondamentaux et indissociables de l'intégration scolaire.

D'une part, ce que je qualifie d'aspect institutionnel, c'est-à-dire ce que peut être l'apport de l'école à nos structures de soins : l'école est un lieu tiers qui participe à l'ouverture de nos unités vers l'extérieur. C'est cette ouverture qui permet aux équipes soignantes d'éviter les processus de chronicisation où les structures institutionnelles devenues aliénantes ne sont plus à même de soigner.

D'autre part, je me suis attaché à situer la place et le sens de la pédagogie, aussi spécialisée soit-elle, dans l'organisation des projets thérapeutiques définis individuellement pour chaque enfant à l'hôpital de jour. Nous avons donc du avec les enseignants en préciser les modalités. Cette pédagogie est définie et dispensée en classe par un enseignant spécialisé qui en a l'entière responsabilité.

Nous nous sommes également attachés à définir, pour chaque enfant, quelle pouvait être la cohérence à dispenser cette pédagogie dans le cadre de l'intégration à l'école. Cela nous a amenés à préciser quel pouvait être le lieu le plus adapté de cette intégration scolaire qui peut désormais se faire :

- soit de façon individuelle dans les écoles de quartier dans le cadre de projets individualisés définis selon des protocoles précis et suivis par un enseignant spécialisé de l'unité d'enseignement spécialisée des hôpitaux de jour ;
- soit de façon collective dans la classe intégrée de l'école Henry Dunant sous la responsabilité d'un autre enseignant spécialisé.

C'est dans ce contexte que l'école et les

Intégration scolaire et psychose de l'enfant

A propos de la classe dite « intégrée » de l'école maternelle Henry Dunant à Sarcelles (95)

enseignants participent à la mise en œuvre des soins et à l'aspect séquentiel de leur organisation. Au-delà de leurs missions de pédagogues et d'éducateurs, ils portent sur les enfants un autre regard que celui des spécialistes confinés dans leurs espaces clos. Cela permet une meilleure mobilisation des pathologies et contribue à une reprise des investissements psychiques et des apprentissages. On peut donc dire que l'intégration scolaire est un des pivots de notre action thérapeutique.

Création de l'unité d'enseignement des hôpitaux de jour

Ce sont ces principes qui m'ont amené à fonder en 1997 l'unité d'enseignement des hôpitaux de jour du secteur de psychiatrie infanto-juvénile 95103 rattaché au centre hospitalier de Gonesse, dans le souci de répondre au mieux aux besoins des enfants hospitalisés, et à l'ouvrir vers la ville de Sarcelles en y installant une de nos classes à l'école maternelle Henry Dunant au mois de novembre 1998.

Cette unité d'enseignement est placée sous la responsabilité du praticien hospitalier pédopsychiatre responsable des hôpitaux de jour.

Elle est animée par trois enseignants spécialisés détachés par l'éducation nationale dont l'un d'entre eux en est le directeur pédagogique.

Les moyens mis en œuvre pour dynamiser ce projet et le réaliser ont été importants et se sont appuyés sur un travail en réseau entre :

- le médecin responsable des hôpitaux de jour du secteur de psychiatrie infanto-juvénile et le directeur du centre hospitalier de Gonesse ;
- le maire-adjoint responsable des affaires scolaires et la municipalité de Sarcelles ;
- l'inspectrice d'académie responsable des services de l'« Adaptation et de l'Intégration Scolaire » (AIS) et l'inspection académique du Val d'Oise ;
- l'inspecteur de l'éducation nationale de Sarcelles et les directeurs et enseignants du groupe scolaire Henry Dunant.

Ce projet de classe dite « intégrée » a été présenté à nos différents partenaires en 1995.

Dès sa présentation, il a emporté l'adhésion de l'inspection de l'éducation nationale de Sarcelles-Sud ainsi que celle des trois directeurs du groupe scolaire Henry Dunant (la directrice de l'école maternelle et les deux directeurs des écoles élémentaires).

Leur motivation et leur volonté jamais démenties en ont fait, avec leurs équipes pédagogiques, avec le réseau d'aide, avec les représentants des parents d'élèves, des acteurs à part entière de la mise en œuvre de ce projet.

C'est leur soutien, dans cette dynamique de partenariat, relayé par le soutien de la mairie de Sarcelles, qui a présidé au choix de l'école maternelle Henry Dunant comme lieu d'implantation de la classe intégrée. Je dois ici ajouter que la construction de ce projet a été concomitante de la destruction par un incendie de l'école maternelle Henry Dunant. Cet événement imprévu a été à l'origine de la reconstruction du groupe scolaire dans sa totalité. Ceci a eu pour effet que nous avons participé au projet architectural de la nouvelle école et que le projet d'installation de la classe intégrée a été partie prenante de cette reconstruction.

Cette participation nous a permis d'adapter les locaux de cette nouvelle classe aux besoins spécifiques des enfants qui y sont accueillis, tout en nous inscrivant dans la dynamique de l'école.

Hôpital de jour Soins, scolarité et classe dite « intégrée »

La classe de l'Hôpital de Jour Antoine de Saint-Exupéry, s'est ainsi installée à l'école Henry Dunant à Sarcelles le 3 novembre 1998, à la rentrée des vacances scolaires de la Toussaint.

Cette classe doit être resituée dans son contexte, le troisième secteur de psychiatrie infanto-juvénile du Val d'Oise. Ce secteur de pédopsychiatrie dispose, pour répondre aux besoins des enfants psychotiques et autistes, de deux unités d'hospitalisation de jour de 12 places chacune. Les projets médicaux de ces deux unités de soins sont complémentaires. Ces deux unités, installées au centre hospitalier de Gonesse, sont des unités de soins sectorisées qui répondent aux besoins des habitants de l'est du département du Val d'Oise dans un secteur qui s'étend des communes de Louvres et Fosses au nord en zone rurale aux communes de Garges-lès-Gonesse et Sarcelles au sud dans des zones très urbanisées.

Ces unités de soins sont :

- l'hôpital de jour Jacques Prévert, ouvert en 1988, qui accueille les enfants âgés de 6 à 12 ans ;
- et l'hôpital de jour Antoine de Saint-Exupéry qui accueille les enfants âgés de 2 à 7 ans et qui a ouvert ses portes le 14 novembre 94.

L'organisation des soins dans ces deux unités doit répondre à deux principaux impératifs :

- soigner, c'est-à-dire mobiliser les patho-

logies psychotiques afin de briser leur élan évolutif spontané vers le déficit et le handicap et permettre ainsi une restauration relationnelle qui favorise une construction psychique satisfaisante et une reprise des investissements et des apprentissages ;

- définir le travail au sein même de ces institutions afin d'éviter l'installation des équipes soignantes et des enfants accueillis dans des processus de repli et d'enfermements inhérents à la psychose, écueil naturel propre à la dynamique de ces structures de soins pédopsychiatriques.

C'est donc pour répondre à ces impératifs que nous organisons les soins selon le principe d'un accueil séquentiel à l'hôpital de jour. Le projet de soins est défini individuellement pour chaque enfant et est conçu dans sa totalité en tenant compte de ses différentes composantes thérapeutiques, éducatives et pédagogiques.

Ces soins sont conçus dans un souci d'ouverture des unités hospitalières vers l'extérieur et d'inscription des enfants malades dans la cité, de socialisation. C'est dans ce contexte que s'inscrit l'intégration scolaire des enfants hospitalisés.

Scolarité et soins

Tout enfant hospitalisé de jour à Gonesse peut bénéficier d'une scolarité. Cependant, le moment de son évolution conditionne l'accès à la scolarité et ses modalités qui sont, bien sûr, toujours adaptées.

Ce principe nous a amenés à demander et à obtenir des services de l'inspection académique du Val d'Oise la création progressive, au cours des années, de l'unité d'enseignement des hôpitaux de jour et la mise à disposition concomitante de trois enseignants spécialisés.

L'association Parole d'Enfants organise son grand congrès international

L'enfant dans la tourmente

Quand les professionnels perdent le nord

Grand congrès international,
 UNESCO, (Paris)
 22 et 23 novembre 2007

www.parole.be - info@parole.be

Association sans but lucratif > Activités cliniques - formations - colloques
 En France - 57, rue d'Amsterdam - F-75008 Paris - Tél. 0800 90 18 97 - Fax : 00 32 4 223 15 56
 En Belgique - 7c, boulevard d'Avroy - B-4000 Liège - Tél. 04 223 10 99 - Fax 04 223 15 56

2007

Bourse Lilly Psychiatrie



Objectif :

La Bourse Lilly Psychiatrie 2007 a pour objectif de soutenir 3 jeunes chercheurs médecins cliniciens afin de financer en partie une année de recherche dans le cadre d'une thèse de science ou une année de postdoctorat.

Montant de la bourse par lauréat : **15 000 Euros**

Date limite de dépôt des dossiers de candidature : **25 mai 2007**

Les conditions de participation :	Comment s'inscrire ?
<ul style="list-style-type: none"> Les candidats devront être au moins titulaires d'un DEA/Master et être inscrits en thèse de science. Les demandes doivent concerner la recherche clinique. 	<ul style="list-style-type: none"> Les candidats déjà titulaires d'une thèse de science devront justifier de leur année postdoctorale par une lettre d'acceptation du directeur du laboratoire d'accueil. <p>Par internet exclusivement, en se connectant sur : www.institutlilly.com puis en cliquant sur Espace Candidat</p>  <p>13, rue Péguy, - 92158 Suresnes • Tél : 01 55 49 34 16 • Fax : 01 55 49 33 08 • E-mail : institut_lilly.com</p> 

Un enseignant en est le directeur pédagogique. Il est responsable du projet de l'unité d'enseignement et des liens avec les services de l'éducation nationale. Il assure également le suivi des enfants hospitalisés intégrés dans leurs écoles de quartier et leur apporte à l'hôpital de jour, quand cela est nécessaire, une pédagogie qui vient soutenir celle pratiquée à l'école.

Les deux autres enseignants spécialisés ont chacun la responsabilité de l'une des classes des hôpitaux de jour :

- la classe de l'unité Jacques Prévert installée au sein même de l'unité pendant plusieurs années. Elle est désormais installée dans un local proche mais distinct des unités hospitalières du secteur de pédopsychiatrie, au sein du centre hospitalier de Gonesse ;
- la classe de l'unité Antoine de Saint-Exupéry, dite « classe intégrée », installée à Sarcelles. Espace thérapeutique à part entière, cet espace scolaire nouveau est venu compléter et parfaire les moyens que nous avons obtenu pour permettre l'intégration scolaire des enfants hospitalisés de jour.

Une troisième classe spécialisée, intégrée à l'école élémentaire, devrait voir le jour dans le même groupe scolaire. L'ouverture de cette troisième classe en venant compléter le dispositif déjà en place permettrait l'aboutissement de ce projet dans toutes ses composantes.

La Classe intégrée

Inscrite donc dans une dynamique forte d'intégration, la classe « intégrée » s'est implantée à l'école maternelle du groupe scolaire Henry Dunant au mois de novembre 1998. Ce groupe scolaire se compose de trois écoles, une école maternelle et de deux écoles élémentaires. Cette classe permet l'organisation d'une scolarité spécialisée à même de répondre aux besoins des enfants hospitalisés de jour en âge d'être scolarisés en maternelle.

Cette scolarité concerne ceux d'entre eux qui ne peuvent pas être scolarisés où ne peuvent pas bénéficier d'une intégration scolaire suffisante dans leur école de quartier.

Cette classe a pour mission d'accueillir jusqu'à 6 enfants âgés de 3 à 7 ans. La scolarité y est organisée par demi-journées au même rythme que les

autres classes de l'école maternelle. Un des enseignants spécialisés de l'unité d'enseignement des hôpitaux de jour en a la responsabilité. Il dispense ses enseignements selon des modalités propres à chaque enfant. Ces modalités sont définies dans le cadre des réunions de synthèses à l'hôpital de jour.

Ces projets s'organisent selon une pédagogie spécialisée dispensée en petits groupes.

Une aide-soignante de l'hôpital de jour seconde l'enseignant dans ses missions. Elle accompagne les enfants dans la classe et dans les autres moments de présence des enfants à l'école (récréation, repas...).

Organisée au sein du même groupe scolaire, la scolarité des enfants peut s'enrichir de l'utilisation de locaux et de moyens communs aux trois écoles (bibliothèque, centre de documentation, salle d'informatique, salle de vidéo, salle de sport...).

Certains enfants peuvent également, le cas échéant, bénéficier de moments de décloisonnement dans d'autres classes.

Le bon fonctionnement de la classe intégrée est garanti par un travail de régulation qui s'effectue à l'école dans le cadre de réunions organisées avec la directrice de l'école maternelle, le directeur pédagogique de l'unité d'enseignement, l'enseignant de la classe, le médecin responsable des hôpitaux de jour et les soignants intervenant en classe. Ces réunions ont lieu deux fois par trimestre.

Les modalités de ce fonctionnement, évalué par l'ensemble des acteurs qui se réunissent une fois par an, sont inscrites et sont donc également garanties, dans le cadre d'une convention tripartite rédigée communément par les différents partenaires de ce projet et signée par le directeur du centre hospitalier de Gonesse, par l'inspecteur d'académie du Val d'Oise et par le maire de Sarcelles.

Les nombreux échanges et les évaluations régulières qui ont eu lieu au cours de ces différentes réunions nous ont permis de nous assurer du bon fonctionnement de la classe et de son implantation, de son intégration réussie au sein de l'école maternelle et du groupe scolaire Henry Dunant dans son ensemble. Ils nous ont également

permis de mesurer, année après année, la pertinence et les apports d'un tel dispositif.

J'en prends pour exemple :

- La grande disponibilité et la motivation des trois directeurs du groupe scolaire et de l'ensemble des enseignants.
- Les questions posées par les familles et les enfants des autres classes du groupe scolaire et leur implication. Ils ont ainsi participé à la mise en place de ce dispositif d'intégration à l'école maternelle qui se montre ainsi d'une grande richesse pour tous.

- L'évolution des enfants qui, aussi malades soient-ils, se montrent le plus souvent différents à l'école, de ce qu'ils sont à l'hôpital de jour, élèves à part entière dont certains s'inscrivent dans les apprentissages.

- La grande mobilisation des parents, qui accompagnent leurs enfants en classe et qui sont très présents à l'école, en particulier lors des réunions de parents d'élèves.

- L'importante mobilisation des équipes soignantes et l'enrichissement des échanges au sein des hôpitaux de jour.

Pour conclure

La classe intégrée est le fruit d'un véritable travail de partenariat, de collaboration, à la faveur de nombreuses rencontres dont certaines ont eu lieu au sein même du centre hospitalier de Gonesse, mais aussi avec les services de l'éducation nationale et le service des affaires scolaires de la mairie de Sarcelles. Ceci a permis la mise à disposition de moyens qui à notre échelle sont importants. Ceci illustre, à mon sens, parfaitement la notion de mise en réseau. Cette mise en réseau nous a permis de réaliser un processus innovant, cohérent, thérapeutique, dont la mise en route a été très satisfaisante et dont les enfants hospitalisés bénéficient pleinement. ■

J.P. Bouvattier*

* Pédopsychiatre, Chef du Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile 95105, Centre Hospitalier Intercommunal des Portes de l'Oise, 8 bis Allée Normande 95330 Domont.

Remerciements :

Comme je l'ai souligné, le projet de classe dite « intégrée » s'est enrichi des nombreux échanges avec l'ensemble des partenaires qui m'ont écouté, conseillé et soutenu. C'est ce qui a fait que ce projet aboutisse, que cette classe voit le jour et que près de dix années plus tard elle fasse preuve, comme au premier jour, de sa grande utilité. Mes remerciements s'adressent à tous et, en particulier, à Monsieur Michel Gevrey, Maire-adjoint en charge des affaires scolaires à la mairie de Sarcelles, et à Madame Marie-Claude Moreau, Inspectrice d'Académie.

Bibliographie

- (1) APAJH infos (numéro hors série), *Les classes d'intégration scolaire, Premier bilan après enquête...* Sept. 1995.
- (2) BASQUIN M., *Point de vue d'un psychiatre pour une collaboration avec les enseignants*, Rev. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1985, 33, 8-9, 353-357.
- (3) BOTBOL M., *Maternelle et intégration au soins*, Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1995, 7-8, 313-319.
- (4) DURAND B., GAUTROT A., *Un exemple de coopération entre un centre de cure ambulatoire et l'école : la rencontre à l'école*, Rev. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1985, 33, 8-9, 363-367.
- (5) EPELBAUM C., *Collaboration avec l'école, la dimension du secret*, Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1995, 7-8, 304-319.
- (6) FRÉMONT A. et groupe de pilotage AIS de l'académie de Versailles, *Intégration scolaire et handicap. Guide académique de l'intégration scolaire*, Rectorat de Versailles, Nov. 1994.
- (7) HOCHMANN J., *Un aspect de la collaboration enseignants-psychiatres à propos de l'intégration d'enfants psychotiques dans les classes de perfectionnement*, Rev. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1985, 33, 8-9, 375-377.

(8) HOCHMANN J., ANDRÉ A., RIVIÈRE J., REDON M.N., *Réflexion sur l'intégration scolaire des enfants présentant des troubles de la personnalité*, Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1987, 35, 7, 291-292.

(9) LAINÉ T., KELLAY-LAINÉ K., *Psychose ou handicap. A propos de l'intégration sco-*

laire, Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1987, 35, 7, 271-276.

(10) PAGNIER I., BOUCRIS J.C., *Soin, éducation et pédagogie à propos de deux classes intégrées*, Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1998, 5-6, 335-339.

LIVRES

Les territoires urbains de l'enfant

Kyriaki Tsoukala

L'Harmattan, 24 €

Cet ouvrage étudie l'espace urbain contemporain en tant que lieu de l'activité, de l'expérience et du vécu de ses habitants. A travers une approche psychosociale, il interprète les significations de certains éléments de l'environnement urbain au cours de leur utilisation par l'enfant et l'adolescent du « quartier » et de la ville. Cette étude considère opportune la problématique développée autrefois de la relation ville-enfant. Malgré les arguments des partisans des chambres de discussion et autres forums virtuels sur le caractère public de ces « espaces », l'étude soutient que ces nouveaux champs de communication et de socialisation échouent à transmettre l'expérience sociale offerte par l'environnement physique. L'expérience environnementale des « villes-écrans » circonscrites (centres commerciaux polyvalents, parcs thématiques) diffère de celle de la ville. La ville, formée au fil du temps, avec ses bâtiments, ses rues et ses places qui composent son histoire, avec ses mémoires collectives qui donnent sens à son espace, avec sa complexité, avec le libre accès à ses espaces ouverts, revendique un rôle important dans les processus de développement, de socialisation et d'éducation de l'enfant.

L'enfant, les troubles

La lettre de l'enfance et de l'adolescence

Revue du GRAPE 2006 n°66, Erès, 14 €

« Troubles du langage », « troubles de l'attention », « TOP », « TOC », etc. On assiste ces dernières années à une extension de la notion de « troubles » : tout devient « trouble » et cette appellation envahit les discours et les demandes de consultation. La notion vague de trouble a détrôné les concepts de symptôme, de structure et même de maladie. Et les conceptions qu'elle recouvre la situent du côté du déficit par rapport à une norme statistique comportementale, elle-même référée à un modèle biologique neurodéveloppemental et réductionniste. Roland Gori examine les tenants historiques et idéologiques de ce changement de perspective, considéré comme une mutation anthropologique majeure, qu'il rattache à une médicalisation de la psychiatrie et à une naturalisation des normes sociales.

Henri De Caevel rappelle l'étymologie et l'histoire du terme : depuis le brouillage, ou le bouillon, jusqu'au désordre en passant par l'émoi. José Morel Cinq-Mars, conte avec humour son voyage au pays des troubles et des thérapeutes en tous genres, entre deux langues et deux cultures, entre maux dans la tête et mots de tête.

Françoise de Barbot soutient qu'un même trouble de l'attention pourrait être appréhendé, de façon non exclusive, voire complémentaire, dans sa dimension psychopathologique et comme dysfonctionnement neuropsychologique. Frédéric Aubourg et Mathilde Troper-Friedman, à partir de leur expérience à la Maison verte, interrogent la place qui est faite à l'enfant et à ses symptômes transitoires qui troublent tant les adultes. La demande d'amour, dans sa mesure, déborde et décontenance les adultes, comme l'expose Clémentine Rappaport à propos de la relation transférentielle avec les ados. Leur négativité, leurs défis dérangent les adultes ou les institutions peu enclins à y reconnaître l'inventivité ou la quête symbolique que l'on pourrait pourtant y percevoir. Stéphane Winter s'interroge sur les difficultés de suivi judiciaire de jeunes présentant des troubles répétitifs majeurs et propose les témoignages croisés de différents intervenants impliqués. Bernadette Baroux revient sur la place des RASED par rapport aux troubles d'enfants qui inquiètent les enseignants et questionnent les normes scolaires locales. Gilles Monceau, quant à lui, analyse les effets de la tendance à l'individualisation qui s'impose aujourd'hui dans les pratiques éducatives, dans l'enseignement et le secteur médico-social, et qui participe paradoxalement de la production de troubles, non seulement chez les enfants et les adolescents, mais aussi dans le métier des professionnels chargés de s'en occuper.

Médiations thérapeutiques et psychose infantile

Anne Brun

Dunod, 29 €

L'auteur propose une approche métapsychologique de la médiation dans la psychose infantile et dans l'autisme. Il s'agit d'une réflexion sur l'objet médiateur, sur les cadres-dispositifs à médiation et les modalités des processus de symbolisation qui s'y déploient, ainsi que sur la technique du travail thérapeutique, individuel et groupal. Dans le champ de la psychose et de l'autisme, les médiations thérapeutiques permettent aux enfants d'accéder aux processus de symbolisation à partir de la sensorialité. L'originalité de ce cadre thérapeutique consiste à engager un travail de figuration à partir du registre sensoriel, tant de la sensori-motricité de l'enfant que des qualités sensorielles du médium malléable, en mobilisant de façon spécifique la dynamique transférentielle.

Nouveaux grands-parents

Peggy Edwardset Mary Jane Sterne

Editions de l'Homme, 22 €

Avoir des petits-enfants est l'une des plus grandes joies de la vie. La plupart des grands-parents nés entre 1946 et 1964 (la génération baby-boom) sont encore jeunes, actifs et heureux de participer à l'existence de leurs petits-enfants sans renoncer à leurs projets d'avenir. Néanmoins, la distance, les nouvelles méthodes d'éducation des enfants, l'éclatement des familles et les remariages viennent compliquer les choses. Avec ce livre de vulgarisation nord-américain, sont suggérés des principes pour permettre aux grands-parents d'aujourd'hui de planifier leur vie et de jouer leur rôle comme ils l'entendent.

LIVRES

Les conceptions éducatives de Giovanni Gentile

Jean-Yves Frégné
L'Harmattan, 14,50 €

Cet ouvrage présente les conceptions pédagogiques du philosophe italien idéaliste Giovanni Gentile (1875-1944), ami et collaborateur de Benedetto Croce, avant d'en devenir le principal adversaire. Le livre comprend trois parties. La première retrace la vie de cet intellectuel peu connu en France. La deuxième analyse ses théories éducatives, désignées sous le nom d'actualisme pédagogique. Le troisième et dernier chapitre étudie la réforme du système éducatif italien conduite en 1923 par Gentile, devenu ministre de l'Instruction publique dans le premier gouvernement Mussolini.

Au-delà de l'aspect informatif sur des sujets peu familiers au public français, il s'agit de déterminer quels sont les desseins de l'actualisme pédagogique et, en particulier, de s'interroger pour savoir si la réforme de 1923, fruit direct de la doctrine actualiste, est bien « la plus fasciste des réformes », comme le proclamait haut et fort Mussolini. En ce début de XXI^e siècle, qui connaît une « crise » de l'école, les enjeux soulevés par les thèses gentiliennes sont d'une brûlante actualité. Pour nous délivrer de « l'enseignement monarchique », dont Alain parle dans l'avant-propos de ce livre, il apparaît utile de connaître les arguments d'un théoricien de l'élitisme.

Le guide du sortant de prison

OIP*
La Découverte, 22 €

Chaque année en France, 85 000 personnes sortent de prison.

Deux chiffres témoignent des difficultés auxquelles elles sont confrontées : trois personnes sur quatre sont libérées sans avoir pu bénéficier d'un aménagement de peine, c'est-à-dire d'une phase de transition entre le dedans et le dehors qui permette de préparer leur retour au sein de la collectivité ; un tiers des personnes accueillies en centres d'hébergement et de réinsertion sociale sont passées par la prison. A force d'exclusions des droits sociaux, de déchéances des droits civils, d'interdictions professionnelles, le quotidien du prisonnier libéré ressemble à un parcours du combattant.

Au fil de 40 chapitres thématiques et 700 questions pratiques, ce *Guide du sortant de prison* aborde tous les aspects de la mission de réinsertion confiée à l'administration pénitentiaire et fournit les informations utiles aux personnes détenues ou libérées, aux travailleurs sociaux, aux intervenants en milieu pénitentiaire ainsi qu'aux acteurs de la lutte contre l'exclusion. Présentant le droit en vigueur, cet ouvrage est découpé en trois volets. Le premier concerne le domaine des aménagements de peine, marqué par la complexité des réformes récentes. Le deuxième traite des questions relatives à l'accès aux droits sociaux, à une activité professionnelle, à la protection de la santé ou à un hébergement. Le troisième aborde les mesures de contrôle imposées à la personne détenue à l'issue de sa peine d'emprisonnement.

*L'Observatoire international des prisons (OIP), association juridiquement créée en France en 1996, agit pour la défense des droits fondamentaux et libertés individuelles des personnes détenues et milite pour le développement d'alternatives à l'emprisonnement.

En 2000, selon le rapport publié par la Commission parlementaire française, la France comptait 7500 détenus condamnés pour agressions sexuelles soit 22,5% des condamnés contre 6% vingt ans plutôt. Il s'agit là de la première cause d'incarcération bien qu'il soit impossible de mesurer ce qui ressort de l'augmentation des crimes proprement dite, ou de la capacité de la justice à les poursuivre.

Cette augmentation de la répression des violences sexuelles s'inscrit dans un mouvement général de politisation des questions sexuelles. Face à ces sujets, notre société s'adresse à la justice et à la psychiatrie. Les exigences portent sur un désir d'ordre et d'efficacité, et sur le sentiment que les risques peuvent être minimisés voire contrôlés dans le cadre du principe de précaution.

Le suivi socio-judiciaire

On relève plusieurs termes pour parler des auteurs d'agressions sexuelles. Citons : « *désordre atypique du contrôle des impulsions* » (Barth et Kinder, 1987), « *compulsivité sexuelle* », « *hypersexualité* » (Oxford, 1987) et « *délinquance sexuelle* ». Chaque terminologie est conceptualisée.

Xavier Lameyre⁽¹⁾ remarque que certains mots tels que : inceste, pédophilie et abus sexuel, n'appartiennent pas au vocabulaire du droit pénal :

- l'inceste n'implique pas obligatoirement une incrimination pénale,
- la pédophilie est une « *catégorie psychologique et non juridique* » (R. Fillieule et C. Montiel),
- l'abus sexuel désigne les actes transgressifs interdits car inappropriés à l'âge de la victime, contrainte d'y participer. A l'inverse, d'autres termes le sont :
- maltraitance ;
- sévices (mauvais traitement d'un époux envers son épouse, d'un parent envers ses enfants) ;
- sévices aux enfants introduits dans la loi du 23 décembre 1990 relative à la répression du viol et de certains attentats aux mœurs. Ce terme comporte dès lors une connotation sexuelle sans avoir besoin d'être ainsi qualifié ;
- maltraitance sexuelle, terme apparu en 1987.

Le nouveau Code Pénal abandonne les termes de « *mœurs* », de « *pudeur* » et « *d'outrage* ». Il introduit le terme « *agression sexuelle* », qui comporte :

- le viol (qui implique la violence),
- l'agression sexuelle stricto-sensu (qui ne nécessite ni violence, ni contrainte, ni surprise, qui correspond à ce qu'on appelle communément à des faits de pédophilie),
- l'exhibition sexuelle,
- et le harcèlement sexuel.

La loi du 17 juin 1998⁽²⁾ a introduit une nouvelle catégorie pénale : les infractions sexuelles, également dénommées infractions de nature sexuelle. Cette loi instaure une peine complémentaire pour les infractions sexuelles, dénommée « *suivi socio-judiciaire* », les soins étant une des obligations possibles de cette nouvelle peine. Cette peine ne peut prendre effet, sauf s'il s'agit d'une peine principale, qu'à l'expiration de la peine privative de liberté.

Il existe, en réalité, deux types de suivi socio-judiciaire : un régime général et un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de suivi. Le régime général est analogue à celui du suivi avec mise à l'épreuve : mesures de surveillance (de contrôle) et obligations restrictives de liberté définies.

L'injonction de soins est une possibilité complémentaire dans le suivi socio-judiciaire. Ce type de suivi peut-être prononcé seulement si l'expertise médicale établit que la personne est susceptible de faire l'objet du traitement. La nouvelle loi faite du consentement du délinquant une condition nécessaire à la mise en place des soins.

Au sens juridique du terme, l'injonc-

Réflexions sur la prise en charge d'auteurs d'agressions sexuelles en injonction de soin

« *Entre la fuite devant la responsabilité des conséquences et l'inflation d'une responsabilité infinie, il faut la juste mesure* »

Paul Ricoeur

tion des soins diffère de l'obligation de soins et de l'incitation aux soins. La première n'est pas retenue dans le cadre du suivi socio-judiciaire. La seconde concerne les condamnés sexuels qui effectuent leur peine dans un établissement pénitencier.

Les concernés risquent seulement de perdre des avantages s'ils refusent le traitement.

Dans le suivi socio-judiciaire, le Juge d'Application des Peines est l'élément central de l'organisation triangulaire avec le médecin coordonnateur et le médecin traitant.

Le médecin coordonnateur

Le décret du 18 Mai 2000 précise les conditions de rémunération du médecin coordonnateur, les conditions de sa désignation et traite du déroulement de l'injonction de soins.

Désigné par le juge de l'application des peines, sur une liste de psychiatres ou de médecins ayant suivis une formation appropriée, établie par le Procureur de la République, le médecin coordonnateur est chargé de quatre tâches :

- inviter le condamné à choisir son médecin traitant ;
- conseiller le médecin traitant si celui-ci fait la demande ;
- transmettre au juge de l'application des peines ou au travail social les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de suivi. Il convoque périodiquement le condamné pour réaliser un bilan de sa situation,
- informer, en liaison avec le médecin traitant, le condamné dont le suivi socio-judiciaire est arrivé à son terme, de la possibilité de poursuivre son traitement en l'absence de tout contrôle de l'autorité judiciaire en lui donnant tous conseils utiles.

Toutes les pièces utiles du dossier sont communiquées au médecin traitant, à sa demande, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur.

Les missions confiées au médecin coordonnateur sont contradictoires. D'un côté, il est impliqué de facto, dans les soins lorsqu'il conseille le médecin traitant. De l'autre, « *lorsqu'il renseigne le juge de l'application des peines sur l'évolution du suivi, il paraît bien trahir les confidences et le savoir médical partagé, constitutifs du secret médical* »⁽³⁾.

Cette lecture n'est pas partagée par les juristes ; il ne s'agit pas pour ces derniers d'être informés tant du contenu des soins que de leur existence et « *défense* » est faite au juge de l'application des peines d'intervenir dans le déroulement des soins décidés par le médecin traitant⁽⁴⁾.

Dans un autre registre, on s'interroge sur sa place : « *Ne sera-t-il pas cothérapeute de fait ou ne risque-t-il pas de s'impliquer à côté de sa fonction dans une espèce de deuxième écoute* »⁽⁵⁾.

La psychiatrie en mutation

On interroge volontiers la psychiatrie et on la questionne de plus en plus sur tous les sujets. Cette relative extension de son champ contribue à élargir celui de demandes adressées au psychiatre. Georges Lanteri-Laura a décrit la succession de « *trois paradigmes en psychiatrie* »⁽⁶⁾ sur près de deux siècles : l'aliénation mentale, les maladies mentales et les grandes structures psycho-

plus en plus, des chemins divers et les psychiatres affirment moins l'unité d'une doctrine, même éclectique, qu'ils ne maintiennent ouvert un questionnement. Cela n'est pas une simple rhétorique et s'observe fréquemment en pratique courante.

La psychiatrie, comme discipline est constituée d'un ensemble de sous-spécialités dont les frontières sont de moins en moins précises. Ce constat n'a rien de surprenant. Il résulte d'une évolution normale avec le temps. Bien téméraire qui peut dire ce qu'elle sera dans quelques années. Autour d'un noyau qu'est la psychiatrie générale classique, des confins sont déjà intégrés telles la psychogériatrie et l'addictologie... Pour quand la prise en charge des agresseurs sexuels⁽⁹⁾ ?

Existe-t-il une typologie des auteurs d'agressions sexuelles ?

L'auteur d'agressions sexuelles est entré dans le champ de la pathologie mentale et la psychiatrie se voit convoquée au côté du juge et du politique. C'est la signification de la loi Guigou de 1998 sur le suivi socio-judiciaire qui traduit une nouvelle typologie entre le normal et le pathologique. Et chacun d'édifier des discours énonciateurs, explicatifs ou curatifs, et des règles qui satisfont aussi bien l'attention du justiciable que celle de la victime.

A cet égard, évitons la confusion entre norme et normal. La norme statistique n'a rien à voir avec la norme psychologique. La différence entre le normal et l'anormal est une différence d'utilisation et de force. « *Le normal n'est pas celui qui n'a pas en lui d'éléments d'insécurité, d'inceste, d'agression, mais simplement qui gouverne toutes ces forces naturelles dans une conduite qui suscite à la fois ses intérêts individuels et l'intérêt de la société dans une atmosphère aussi exempte que possible d'anxiété ressentie et communiquée* »⁽¹⁰⁾.

Il n'y a pas d'agresseur type mais en revanche, schématiquement, deux modes d'agression⁽¹¹⁾ :

- ceux qui pratiquent des méthodes violentes, physiquement ou verbalement. C'est dans cette catégorie que se retrouve la majorité des pères incestueux. L'agresseur est souvent autoritaire et psychorigide. La violence s'exerce sur l'ensemble de la famille dont tous les membres obéissent à la loi du silence. La mère est soumise, indifférente, démissionnaire, parfois complice. Les relations entre les différents membres de la famille sont d'une extrême

Université PARIS - DESCARTES

Laboratoire d'Éthique Médicale et Médecine Légale

Faculté de Médecine Paris 5

Professeur Christian Hervé

45 rue des Saints Pères (6ème étage) - 75006 Paris

Tél. : 01 42 86 20 89 / 41 32 - Fax : 01 42 86 41 33

Diplôme d'Université de 3ème cycle 2007/2008

Clinique et thérapeutique des auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS)

Coordonnateurs de l'enseignement :

Dr. Sophie Baron Laforêt, Dr. Ariane Casanova

Ce diplôme a pour objectif de former les intervenants auprès des auteurs d'infractions sexuelles selon « le dispositif de la Loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs et des victimes ». Il permet de comprendre et de développer, dans une réflexion éthique, la complexe articulation du champ de la justice et du secteur de la santé.

limitation ;
- ceux qui privilégient la séduction dont beaucoup ont une profession avec l'enfance. Les dénoncer est extrêmement difficile et douloureux car en dehors de cette transgression, ce sont généralement des gens « formidables ».

Le passage à l'acte, s'inscrit-il dans un état limite avec faille narcissique primordiale et tableaux cliniques multiples? La question est posée tout en rappelant qu'il ne s'agit pas là d'un diagnostic par défaut mais bien d'une hypothèse basée sur une unité structurale et une cohérence du fonctionnement psychique.

R. Coutanceau et A. Martorell⁽¹²⁾ insistent sur la diversité des personnalités sous-jacentes. Les troubles de la conduite sexuelle peuvent se rencontrer chez des structures multiples : état limites, névroses, etc. Ils insistent également sur la place centrale de l'emprise avec déni d'altérité.

Peut-on, dans une autre visée, décrire une « psychopathie sexuelle » à partir d'un passage à l'acte ou l'important n'est pas la nature des troubles mais ses conséquences associées ?

Peut-on, à l'inverse, « prendre le parti d'éliminer les actes ayant pour support essentiel un pôle délinquant dans le souci de bien demeurer dans le fait psychiatrique ? ». Pour Claude Balier la réponse est négative : l'analyse psychopathologique se centre autour des concepts de perversion et de perversité^(13,14). La perversion étant à distinguer de la perversité ou du champ pervers avec une représentation de soi fondée sur la destruction physique et psychologique de l'autre. Le concept de « perversité sexuelle » paraît proche des aménagements psychotiques mais ne se confond pas avec eux. Lorsqu'il s'agit de la seule expression du comportement sexuel, nous sommes en face d'une perversion au sens d'une structure où le sujet utilise le recours à l'acte sexuel violent et le clivage du moi pour éviter l'entrée dans la psychose.

En définitive, le type d'acte sexuel commis ne peut, à lui seul, orienter vers une structure mentale sous-jacente définie. Plusieurs auteurs ont, néanmoins, établi des classifications simplifiées en vue d'outils à utiliser face aux auteurs d'agressions sexuelles. Parmi les plus connues citons la classification française de Coutanceau et Martorell et la classification de Van Gijsegheem, un psychologue belge exerçant au Canada.

La psychiatrie et la justice : deux voies parallèles?

La référence au consentement de soin dans la loi du 17 juin 1998 stipule que le condamné est informé par le juge de l'application des peines que le soin ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que s'il refuse les soins qui lui sont proposés, alors l'emprisonnement qui a été prononcé, peut être mis à exécution.

Pour C. Schweitzer et N. Puig Verges⁽¹⁵⁾, la conception ici retenue du consentement est celle de l'acceptation qui débouche sur l'autorisation de l'intervention du praticien, ce qui se distingue de la conception du consentement comme négociation dans laquelle des choix possibles sont ouverts.

Le psychiatre est, tour à tour, ou en même temps, informateur, agent de contrôle et thérapeute :

- informateur privilégié, témoin chargé de fournir des compléments d'informations juge des applications de peine, via le médecin coordinateur ;
- agent de contrôle qui devra signaler les présences aux consultations psychiatriques programmées ;
- thérapeute pour éviter la récidive.

On notera l'ambiguïté de cette position qui fait, à la fois, appel à un type d'analyse scientifique et juridique et

à une échelle de valeur supposée commune. Certains diront que les psychiatres tenus par le secret professionnel qui fonde leur légitimité et leur éthique sont « harcelés » par les magistrats qui les inciteraient à le violer.

Pour d'autres, l'institution judiciaire présente sa demande de partenariat avec les psychiatres comme une exigence dans une recherche de nouveau rapport avec contrôle des médecins. Cette exigence est-elle rationnelle ? N'est-elle pas plutôt incantatoire, accompagnée souvent par l'insatisfaction de ne pas trouver le psychothérapeute idéal, détenteur d'une toute puissance réparatrice.

Ainsi, de l'institution psychiatrique qui fait peur, on passe à l'institution que l'on veut contrôler, qui doit garantir un résultat. Une rechute devient un échec thérapeutique et non plus une possibilité d'évolution.

A un degré moindre, les revendications peuvent s'interpréter en termes de demandes de proximité et de disponibilité pour des prises en charge de plus en plus nombreuses.

Les psychiatres doivent finalement gérer deux exigences contradictoires, liées de façon séquentielle entres elles, à travers un enchaînement de situations. Pareille gestion réclame de sa part une compétence très particulière qui prend la forme d'une prudence, à savoir une compétence à manier correctement les règles de distanciation.

Dans ces conditions, la participation des psychiatres apparaît à ce jour faible. Pour beaucoup d'entre eux « participer, c'est perdre de sa liberté, c'est perdre la situation favorable de la critique confortablement à l'abri »⁽¹⁶⁾.

Ainsi, il apparaît clairement que l'injonction de soin a mauvaise presse parmi nous. D. Zagury⁽¹⁷⁾ comme d'autres relève ce constat : « à un premier niveau, elle déclenche chez beaucoup une réaction ironique ou sceptique car elle semble contrarier radicalement nos idéaux thérapeutiques. Au mieux inefficace, au pire pervers, l'injonction de soin serait vouée à l'échec ». Et d'interpeller : « mais que dire de l'abstention, superbement drapée du manteau de l'éthique ? ». Et de conclure : « le juge n'est pas un obstacle au soin, il en est la condition ». Cette position toujours minoritaire se renforce progressivement.

La question éthique (18) et son champ de compétence

Pour certains, la question de l'intervention ou de la non intervention du psychiatre doit être rapprochée de la notion d'adhésion et de demande du sujet. Pour d'autres, la justification éthique de l'engagement thérapeutique quand il est indiqué, est à chercher du côté des victimes. Dans ces conditions, il convient de susciter la demande pour le « bien commun ». Un tel idéalisme a-t-il du sens ? Ne sommes nous pas face à une « mauvaise morale », où la société obnubilée par les menaces qui peuvent corrompre le jeu social, met l'accent sur l'aspect négatif de ces prescriptions ? Ce qui a pour résultat le renforcement du contrôle. Pour Eric Fuchs⁽¹⁹⁾, professeur d'éthique à l'université de Genève, quand la morale se contente de réguler le jeu social en prenant pour critère la défense des intérêts à court terme de la société, elle ne peut qu'aboutir à un moralisme autoritaire : « La morale a une autre fonction que de répondre aux besoins de la société » écrit-il.

La question du droit, du jugement, de la justice et de la punition ne peut éviter un détour vers M. Foucault. Pour lui, la psychiatrie est un pouvoir ni unitaire ni stable mais plutôt une convergence de pouvoirs où se croisent les pratiques, les savoirs, et les institutions. Un acte philosophique au sens large du terme est toujours lié à une actualité

une soirée proposée par
HOPITAL MAISON BLANCHE service du Dr. Baillet
l'association L'Echange
contact : 06 10 08 31 88

JEUDI 3 MAI 2007 à 20h

mentale machine

avec Marius-Marc Roux

un film de Raoul Robecchi
d'après le livre de Daniel Simonnet
Editions L'Harmattan

De l'asile à la ville
court-métrage de Daniel Simonnet

projection suivie d'un débat et d'un cocktail

au Cinéma du monde
42 bd Bonne Nouvelle 75010 Paris
métro Bonne Nouvelle

qui doit nous faire sortir de la répétition. Dans l'idée de l'acte, il y a cette volonté de « ne jamais être joué »⁽²⁰⁾. De qui, de quoi, suis-je, sommes-nous le jouet ? Dans leur *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, R.V. Joule et J.L. Beauvois⁽²¹⁾ rapportent que dans les très nombreuses expériences où les chercheurs opposent une situation de libre choix (fort sentiment de liberté) à une situation de contrainte (faible sentiment de liberté) on constate peu de différences. Ainsi, pour des intérêts dérisoires, des sujets ont accepté de dire devant une caméra de télévision le contraire de ce qu'ils pensaient, de tenir publiquement des discours immoraux, etc. L'exemple de consignes données peut induire un sentiment de liberté. « Evidemment, vous n'êtes absolument pas tenu de participer à cette expérience, vous devez vous sentir entièrement libre d'accepter ou de refuser d'y participer. C'est à vous de décider... ». Ainsi, la soumission peut s'accompagner d'un sentiment de liberté. R.V. Joule et J.L. Beauvois appellent cela la soumission librement consentie pour traduire cette forme de soumission particulièrement engageante qui nous conduit à agir à l'encontre de notre attitude. Psychiatres et magistrats par la loi sur le suivi socio-judiciaire, sont amenés à être en connexion. Le réseau est un concept utilisé par de nombreux interlocuteurs. Pour G. Baillon, il convient peut-être d'appeler

à la prudence ceux qui veulent mettre en place un réseau, surtout s'ils dévient avoir l'idée d'en faire un instrument de maîtrise et un outil de pouvoir. Il est utile qu'ils sachent que ce réseau va provoquer la constitution d'un groupe de résistance qui va, volontairement ou non, évoluer en véritable contre-pouvoir⁽²²⁾.

En d'autres termes, le réseau peut être soit un mot magique vide et par la piègeant, soit, au contraire, très opérant dans la coopération interdisciplinaire. Dans ce dernier cas, le monde de l'interdisciplinarité est la mise en relation des différences et, en même temps, un dénominateur commun partagé pour l'accompagnement des auteurs d'agression sexuelle. Nous voici parvenu au point où se noue le problème des consciences personnelles écartelées entre leur être professionnel autonome et la nécessité des relations avec les autres. La conscience personnelle n'est rien si elle n'est pas tournée vers les objets et les êtres. La personne n'a de réalité, de poids, d'existence que dans la relation avec le monde, le rapport avec l'autre. Et la communication est par essence ambiguë.

Combien de ceux qui invoquent le dialogue limitent leur attente à voir autrui accepter leur point de vue. Ce n'est pas un vrai dialogue évident. M. Croizier, après avoir insisté sur « le pouvoir comme processus, condition et expression de toute activité organisée⁽¹⁶⁾ »

LIVRES

Critique de la philosophie de Thomas Reid Avec une introduction sur la philosophie de Reid par Théodore Jouffroy

Adolphe Garnier
Préface de Serge Nicolas
L'Harmattan, 21,50 €

Thomas Reid (1710-1796) reste une des figures de l'Ecosse des lumières. La pensée de ce philosophe du sens commun, et surtout sa psychologie, a exercé une influence sur les philosophes français du début du XIX^e siècle. Reid utilise la méthode inductive pour développer la science ou philosophie de l'esprit qui sera lue et étudiée par les philosophes français du début du XIX^e siècle. Dans une introduction écrite en 1836, Théodore Jouffroy a jugé l'ensemble de la philosophie écossaise lors de la traduction française de l'œuvre de Reid. Il en avait aperçu le mérite et l'insuffisance. Ce travail sera continué par son élève Adolphe Garnier. C'est le 25 mai 1840 que Garnier soutient en Sorbonne sa thèse sur la *Critique de la philosophie de Thomas Reid*. La première partie de ce travail consiste en un exposé de la doctrine de Reid sur les facultés mentales. La seconde partie est une critique de la psychologie du philosophe écossais. Cette psychologie eut un immense succès en France au cours de la première moitié du XIX^e siècle après les leçons de Pierre Paul Royer-Collard puis de Victor Cousin qui ont vu dans cette philosophie un moyen de combattre le sensualisme condillacien représenté alors à la Sorbonne par Pierre Laromiguière. Les psychologues éclectiques se sont efforcés de rendre accessible au public les écrits de cette école écossaise.

Cette thèse est précédée de l'introduction qu'a donnée Théodore Jouffroy lors de la traduction française de l'œuvre de Reid en 1836.

Travailler peut nuire gravement à la santé Sous-traitance des risques, mise en danger d'autrui, atteintes à la dignité, violences physiques et morales, cancers professionnels

Annie Thébaud-Mony
La Découverte, 19 €

Annie Thébaud-Mony est sociologue, directrice de recherches à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, spécialiste des questions de santé au travail. Elle dirige le Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers professionnels (GISCOP 93) à l'Université Paris-XIII et est, par ailleurs, porte-parole d'un réseau d'associations qui luttent au niveau international contre l'utilisation de l'amiante.

A partir de nombreux témoignages recueillis dans les divers secteurs industriels (nucléaire, sidérurgie, chimie, agroalimentaire), mais aussi dans les services, et à partir de l'exemple phare de l'amiante, elle met en lumière ce qui demeure un « angle mort » de la santé publique : les atteintes à la vie, à la santé et à la dignité des salariés. Se situant en référence au code de procédure pénale, elle montre comment, au nom des règles du capitalisme néolibéral, l'impunité des responsables est totale, qu'il s'agisse de l'homicide, du délit de mise en danger d'autrui, des atteintes à la dignité, de la non-assistance à personne en danger. Sont montrées également les dérives d'une recherche sous influence.

LIVRES ET REVUES

De la contestation radicale : itinéraires des années trente

Raison Présente n°1118
Nouvelles Editions Rationalistes,
12,20 €

Ce numéro interroge les « années 30 » car dans les vingt-deux ans de « l'entre-deux guerres », l'activité picturale, musicale, théâtrale, cinématographique et littéraire en France a été d'une intensité et d'une diversité comparable à celle des quarante ans qui vont de 1750 à 1790. Guy Bruit et Michel Gauthier-Darley se sont tournés vers « deux témoins » du siècle, deux hommes, Lucien Bonnafé et Jean-Pierre Vernant, qui, par leur savoir, leur courage, leur générosité, disons en un mot : leur humanisme, ont été des éveilleurs et ont appris à leurs disciples et amis à vivre et à penser eux-mêmes ». On trouve, dans ce numéro de Raison Présente, pour ce qui concerne Lucien Bonnafé un texte : « Résistances à l'obscurantisme colonialiste » et un entretien consacré au thème : « Surréalisme et psychiatrie », thème à propos duquel Jean-Philippe Catonné et Michel Gauthier-Darley proposent « des notes sur quelques travaux et documents ». Ce bel ensemble est complété par une réflexion de Michel Gauthier-Darley sur : « Inconscient et linguistique chez Michel Arrivé ».

Le syndrome de Lazare

Patrick Clervoy
Albin Michel, 18 €

Pour P. Clervoy, le syndrome de Lazare est ce dérèglement relationnel prolongé entre une personne qui a traversé une épreuve traumatique et son environnement familial et professionnel. En s'appuyant sur la clinique des traumatisés, il explique ce qui se passe pour les victimes, pourquoi il leur est si difficile de s'en remettre, comment ce traumatisme est déterminant dans la suite de leur destinée mais comment aussi, par leur prise en charge, en mobilisant leurs ressources psychiques et affectives, on peut leur permettre de se réadapter.

David Hume et le bon usage des passions

Nadia Boccara
L'Harmattan, 29 €

Dans une époque caractérisée par la crise de la raison et la prétention concomitante des religions de s'ériger en uniques détentrices des valeurs morales, Nadia Boccara propose de repenser les Lumières de David Hume, les concepts de raison, de passion et ceux qui leur sont rattachés, leur rôle dans la culture et la société européenne actuelle.

En particulier, elle met en question la vision caricaturale d'une raison totalitaire et montre que les époques qui se sont penchées avec une telle intensité sur la subjectivité de l'homme, ses pensées, ses passions, ses émotions sont rares. En remontant aux fréquentations littéraires et philosophiques de Hume, ce livre révèle une sagesse riche de bon sens qui lui permet d'éviter le risque de la solitude et de la mélancolie - risque que court la raison positiviste - et l'exaltation de la sensibilité qui mène à la conversation et à une raison respectueuse des passions. Il montre, en fin de compte comment l'homme de lettres, le philosophe, peut concilier la possibilité de s'établir en un territoire personnel et privé, en donnant à la distance réflexive solitaire toute sa place, sans s'éloigner des affaires humaines.

décrit le système de pouvoir qui consiste, en se servant d'une certaine liberté de mouvement à affecter la situation du partenaire jusqu'à l'obliger à un comportement attendu, ceci tout en respectant un jeu de règles, et sans mettre en jeu la survie de l'ensemble. « Les termes de l'échange ne s'établissent ni au hasard, ni selon un rapport de forces abstrait et théorique. Ils sont souvent les résultats d'un jeu dont les contraintes souvent sévères constituent des points de passage obligatoires, des occasions de manipulation pour les protagonistes et qui tendent finalement à déterminer leur stratégie » (16).

Le pouvoir n'existe pas en soi. La relation de pouvoir ne s'établit que si les deux partis s'intègrent, au moins temporairement, dans un ensemble organisé. « Le pouvoir, ce n'est pas une institution, ce n'est pas une structure, ce n'est pas une puissance dont certains seraient dotés : c'est le nom qu'on prête à une stratégie complexe dans une société donnée », M. Foucault (23).

J.C. Xuereb (24), ex-Président du tribunal de grande instance d'Avignon a évoqué lors d'une journée d'étude les pièges de la pluridisciplinarité en ces termes : « la pluridisciplinarité a pour ambition et pour finalité de rassembler en une synthèse les éclairages différents apportés par chaque discipline pour aider le juge à prendre la décision la mieux adaptée à chaque situation ». J'ai constaté, à l'occasion de réunions de synthèse, des phénomènes de connivence lorsqu'un courant de sympathie rallie les membres d'un groupe. Un climat de convivialité existe que l'on ne veut troubler à aucun prix, de telle sorte que l'on s'en tient au plus petit dénominateur commun sur les cas examinés à fin de limiter tout ferment de discord, dans une lénifiante confusion des rôles.

A l'inverse, j'ai vécu des phénomènes de groupe conflictuels, où les différences de statuts restent très marquées. Une prise de pouvoir se manifeste généralement au projet de celui à qui les autres attribuent le statut techniquement le plus élevé.

On ne peut pas être responsable de tous mais on ne peut pas se dérober à ses responsabilités, et « entre la fuite devant la responsabilité des conséquences et l'inflation d'une responsabilité infinie, il faut la juste mesure » pour P. Ricoeur, c'est dire que la responsabilité est devenue une « expérience limitée » selon l'expression de François Ewald (25). Comment, dans cette optique, retrouver la dimension éthique de la responsabilité ?

L'approche expertale

Dans le suivi socio-judiciaire, les soins sont une des possibilités de la peine, prononcés après avis du médecin expert.

Si la loi du 17 juin 1998 ne précise pas la teneur spécifique de la mission expertale concernant les auteurs d'infractions sexuelles, l'expert est toujours interrogé sur l'opportunité de la mise en place d'une injonction de soin dans le cadre de l'application d'une mesure socio-judiciaire.

Le juge s'interroge sur les expertises à deux niveaux : d'un côté, comment peut-il garder une certaine distance vis-à-vis de l'expert et ne pas lui donner inconditionnellement « foi à la parole au nom de la compétence » ? De l'autre, comment travailler quand l'expert doute ?

La démarche expertale s'inscrit dans la compréhension de la situation de l'auteur d'agression sexuelle, à différents moments de sa trajectoire : en garde à vue, à distance de l'inculpation et en suivi post-pénal.

Quelques mots sur les réquisitions d'examen psychiatriques en garde à vue dont nous avons une certaine expérience

Un des préalables de cet examen est la capacité pour le médecin requis de s'adapter à la singularité de la situation.

La sauvegarde du secret professionnel impose que l'officier de police judiciaire n'assiste pas à l'examen sauf lors d'insécurité. Restant dans son obligation de distance, le médecin doit savoir accepter des aménagements au cadre habituel ; il doit intégrer l'idée qu'il représente une image inquiétante à priori car assimilée à celui qui peut porter un jugement sur la situation et qui peut appuyer les décisions redoutées. Il ne doit répondre, dans le cadre de la garde à vue, qu'à certaines questions et en l'occurrence celles concernant la recherche d'éventuelle troubles psychiatriques, nécessitant des soins psychiatriques urgents et contre-indiquant la garde à vue. Elle ne doit jamais dégager des traits de personnalité qui seraient utilisés comme argument à charge pour un sujet qui nierait les faits à l'origine de sa garde à vue et encore moins répondre à la question sur l'opportunité d'une injonction de soin dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire que la juridiction compétente pourrait être amenée à prononcer.

De l'évaluation aux soins

Il est primordial de distinguer les premières consultations qui sont des consultations d'évaluations, des autres consultations qui peuvent être psychothérapeutiques. Les premières consultations doivent permettre une orientation des choix thérapeutiques et ne pas se constituer comme l'amorce d'un suivi, ou d'un soutien qui ne dit pas son nom.

L'importance de ces entretiens préliminaires est primordiale. Dans un premier temps, sont reçus les récits des plaintes et des problèmes. Ici, bien souvent, l'intéressé dit : « je suis envoyé par le juge », et se présente plus comme victime que malade. En insistant sur le caractère inévitable du « suivi », il tend dans un premier temps à se défaire d'une définition et d'une entité de malade. Il est l'objet de la décision d'autrui.

Les entretiens d'investigation abordent :
- la présentation générale et les données administratives ;
- l'analyse criminologique : analyse du chef d'inculpation, caractéristiques de l'acte d'agression sexuelle, sa description, sa perception par le sujet avant, pendant, et après le passage à l'acte ;
- les éléments biographiques : événements marquants de la trajectoire du sujet, investigation de la vie sexuelle en dehors de l'acte consigné dans le chef d'inculpation, analyse du système familial, sources d'intérêt, qualité des relations interpersonnelles, et enfin traits de personnalité ;
- les antécédents médicaux et chirurgicaux ;
- la recherche d'une symptomatologie psychiatrique.

Plusieurs protocoles d'évaluation ont été mis en place. Citons le Q.I.C.P.A.A.S. (Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les « Auteurs d'Aggressions Sexuelles ») élaboré par Balier Cl., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., 1997, et en usage au C.M.P.R. de Fresnes. Il s'agit d'un livret de 39 pages comportant douze items.

La mise en place de protocoles d'investigation rencontre un consensus parmi les praticiens quelle que soit leur orientation, y compris ceux d'orientation psychanalytique.

Avant d'aborder l'aspect psychothérapeutique, évoquons le recours à l'hormonothérapie.

Son intérêt principal est d'agir sur « le désir et l'activité sexuels chez un sujet qui ne pense pas pouvoir maîtriser ses pulsions » (26). L'indication est circonstancielle. Cette prescription suppose une prise de conscience d'une anomalie par le patient. Elle est toujours doublée d'un accompagnement psychothérapeutique.

L'hormonothérapie n'est pas une castration chimique comme certains l'ont

pensé car elle n'entraîne ni mutilation ni irréversibilité.

Du point de vue déontologique, elle doit respecter les prescriptions de toute médication : indépendance du prescripteur, respect du secret médical, consentement libre et éclairé du patient, et bénéfice thérapeutique certain par rapport aux effets secondaires encourus. La durée du traitement dépend des résultats symptomatiques obtenus.

Actuellement, deux grandes orientations psychothérapeutiques sont privilégiées en France : l'abord analytique et l'approche systémique. Nous n'évoquerons pas les techniques comportementales et cognitives peu implantées, même si dans l'avenir il faut compter avec elles car la majorité des jeunes psychiatres se formant à la psychothérapie se tournent vers elles.

Dans leur grande majorité, les 13 000 psychiatres français se réfèrent à la théorie freudienne du psychisme. Cela étant, quelles sont, actuellement en France, les différentes lectures des psychanalystes en matière de prise en charge dans un cadre pénal ? Claude Balier (12) distingue :

- la position du début de siècle relative au « pervers instinctif » incurable (thèse représentée par J. Bourillon) ;
- la position de P.P. Costantini (SMPR de Metz) : difficulté d'approche en raison de l'inconstance de la demande des auteurs d'agression sexuelle ;
- la sienne : « C'est l'affrontement à ce réel qui donne ce caractère particulier à cette demande et l'auteur du délit est recouvert par les figures plurielles... dès lors c'est à la valeur symbolique de l'acte et à l'espace signifiant qu'il ouvre qu'il faut porter attention afin que le sujet puisse résoudre dans un travail psychique la dualité imaginaire qu'il projetait dans cet autre énigmatique... et faire apparaître dans cet autre étranger le familier que le sujet ne pouvait entrevoir » (12).

Qu'en est-il de l'approche systémique dans la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles ? Adopter cette perspective implique d'aider le sujet désigné et son entourage à placer le passage à l'acte dans le cadre familial dysfonctionnel. Concrètement les principales composantes sont (27) :

- un préalable à savoir la reconnaissance des faits par l'auteur et l'acceptation de la prise en charge,
- le travail familial s'ajoute au travail individuel,
- le thérapeute qui gère les rencontres individuelles ne peut être celui qui gère les rencontres familiales,
- les recommandations de respecter la chronologie des étapes.

A titre d'exemple, dans une famille « traditionnelle » dont le père s'est rendu coupable d'inceste, voici ce que sug-

gèrent J.Y. Hayez et E. de Becker (27). En premier, les rencontres sont individuelles. En second, elles sont dyadiques (couple, parent non auteur/victime, parent non auteur/enfants non victimes). A la troisième étape si c'est possible, une rencontre de l'auteur avec la victime, souvent accompagné de l'autre parent. A la dernière étape, la cinquième, on aboutit à des séances avec toute la famille nucléaire.

Les expériences de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles parmi les plus connues dans la région Parisienne étaient en 2006 : l'antenne de psychiatrie légale de La Garenne Colombes, le centre de thérapie des victimes (Paris 17^{ème}) et le centre des Buttes-Chaumont (Paris 19^{ème}).

L'antenne de psychiatrie légale de La Garenne Colombes située dans un centre médico-psychologique a été créée en 1991 par Roland Coutanceau. La thérapie de groupe est privilégiée car les auteurs d'agression sexuelle, « dans leur grande majorité, sont des sujets immatures, inhibés dans la relation avec l'autre, dans la sexualité, qui sont restés très infantiles en termes d'égo-centrisme et qui s'autorisent à vivre leurs fantasmes sans tenir compte de l'autre. Dans le groupe, le sujet va rencontrer d'autres agresseurs, qui reconnaissent les faits plus que lui, qui se critiquent plus que lui, qui l'interpellent aussi. Une chaîne humaine l'aborde. Or, peu d'individus ont la capacité mentale de se couper de ce collectif qui représente la société humaine » (28).

Chaque membre de l'équipe est psychothérapeute, maîtrisant un ou plusieurs espaces théoriques et techniques psychothérapeutiques.

Les techniques utilisées sont multiples : approche psychanalytique, thérapie familiale ou systémique, thérapie cognitivo-comportementale, abord corporel et chimiothérapie.

Au centre de thérapie des victimes (Paris 17^{ème}), dirigé par Gérard Lopez, également diverses thérapies sont utilisées. Parmi elles, citons l'introduction récente de l'approche cognitive comportementale. Inspiré des protocoles de Resick et Foa, un groupe de femmes victimes de viol est proposé autour de l'information sur l'E.S.P.T. (Stress Post-Traumatique), l'expression et l'identification des différentes émotions et cognitions liées au viol.

Les thèmes abordés sont la culpabilité, la sécurité, la confiance, l'estime de soi, etc.

Le centre des Buttes-Chaumont (Paris 19^{ème}), cofondé par Martine Nisse et Pierre Sabourin privilégie l'approche systémique en référence avec la thérapie contextuelle de Boszormenyi Nagy.

La Fédération Hospitalière de France édite un guide d'amélioration des relations ville-hôpital

Ce document est la synthèse d'un questionnaire lancé en octobre 2006 auxquels ont répondu une centaine de centres hospitaliers et d'hôpitaux locaux. Le développement et l'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière reposent sur cinq axes de travail. D'abord, le « concept de parcours de soins et la notion de médecin traitant du malade » doivent pouvoir s'appuyer « sur une pratique de circulation de l'information entre la ville et l'hôpital », indique la FHF, qui propose notamment de mettre en place un « dispositif d'accueil téléphonique » pour organiser « les rendez-vous téléphoniques entre médecins traitants et spécialistes hospitaliers difficilement joignables ». La FHF suggère des pistes pour développer les modalités de travail partenarial, les pratiques mixtes et les lieux d'exercice commun ou pour mettre en place des outils de liaison. Enfin, la fédération estime que le rapprochement entre la médecine de ville et la médecine hospitalière passe aussi « par la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles ». A la fin du guide, sont recensés les établissements qui ont réalisé des actions significatives dans les relations ville-hôpital. Le CH d'Argentan (Orne) a, notamment, pris l'initiative de construire et d'installer des locaux pour les médecins généralistes au rez-de-chaussée de l'établissement. Le CH de Saint-Girons (Ariège) a fait participer la médecine libérale à l'élaboration du projet médical du centre. Au CH du Mans, et depuis janvier 2007, un pôle de médecine polyvalente reçoit les appels des généralistes pour les « hospitalisations rapides ».

Ce « guide-annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière » est consultable sur le site de la FHF (www.fhf.fr). ■

B.L.

Deux nouveaux guides sur la prise en charge de la douleur destinés aux soignants

On dispose de deux nouveaux guides pour la prise en charge de la douleur, l'un spécifique à l'enfant, proposé par l'association Pédiadol et la Fondation CNP Assurances, et l'autre sur l'utilisation de la morphine dans les douleurs aiguës, édité par l'Institut Upsa de la douleur.

Le livret réalisé par Pédiadol est une nouvelle édition d'un guide destiné à généraliser et optimiser les bonnes pratiques de prise en charge de la douleur de l'enfant ainsi que d'améliorer la formation des soignants. En 128 pages sont proposés des protocoles, des recommandations, des réponses aux questions les plus fréquentes (mélange Méopa, crèmes anesthésiantes etc.), mais aussi des nouveaux chapitres sur la néonatalogie, l'évaluation de la douleur et des cas cliniques particuliers. La Fondation CNP Assurances met gratuitement à disposition 9.000 exemplaires du guide (fondation@cnp.fr).

De son côté, l'Institut Upsa de la douleur complète sa collection de guides avec un neuvième ouvrage de 172 pages consacré à l'utilisation de la morphine dans les douleurs aiguës dans différentes situations : en rhumatologie, aux urgences, en post-opératoire, en médecine de ville, chez le patient âgé ou chez l'enfant. Un chapitre est consacré au rôle de l'infirmier. Le guide peut être téléchargé gratuitement sur le site www.institut-upsa-douleur.org. ■

P.C.

Dans cette optique, les entretiens adaptés à chaque famille en crise tentent de redonner une place symbolique cohérente à chacun.

D'autres expériences existent. Citons entre autres : la consultation spécialisée de sexopathie du C.M.P. du 21^{ème} secteur à Paris avec Denise Bouchet-Kervella, psychologue psychanalyste, le travail en exercice libéral et institutionnel (U.M.J. de Vitry) du Dr Arianne Casanova, psychanalyste et psychothérapeute, les thérapies familiales psychanalytiques à la fédération des soins aux détenus du CHI de Clermont de l'Oise par Bernard Savin, docteur en psychologie et membre actif de la Société Française de Thérapie Familiale Psychoanalytique.

Ma pratique (29) s'inscrit dans l'approche systémique. En approche systémique plusieurs voies peuvent être suivies selon le type de concepts et de méthodes qui viennent enrichir les deux points de référence de base que sont la théorie générale des systèmes et la théorie de la communication. Les séances sont très structurées avec utilisation :

- d'hypothèses avant chaque séance concernant la dynamique familiale et la fonction du symptôme,
- du questionnement circulaire qui consiste à demander au sujet ce qu'il pense des autres membres,
- de la connotation positive,
- de la prescription concluant l'entretien et provoquant des rétro-actions prises en compte lors de la séance suivante.

Notre conviction est que la psychothérapie quelle qu'elle soit, ne peut être détachée de la pratique psychiatrique. Ceci nous incite à réfléchir avec J.C. Benoît (30) :

- à ce que serait une éthologie du praticien, c'est-à-dire comment et dans quel environnement agit le psychiâtre psychothérapeute ou encore quel mode relationnel propose-t-il à ses malades ou à tel malade précis ;
- à concevoir une écologie des théories psychothérapeutiques ou, en d'autres termes, comment ces théories forment à la fois un ensemble et une multiplicité, comment elles se différencient et s'organisent les unes par rapport aux autres.

Le praticien agit en fonction de son style, de l'individualité foncière du patient, de la demande de celui-ci, de la demande de l'institution, etc., il est à la recherche du bon compromis pragmatique.

Le fait que l'auteur d'agression sexuelle, souvent reconnu par la loi coupable et responsable doit être soumis au contrôle social, ne relève pas d'un point de vue théorique de discussion particulière. Mais cela suppose que l'approche positiviste de la criminologie est privilégiée.

Bottoms (1977) cité par Gian Carlo

Nivoli et Denis Szabo (31) montre qu'à la base du contrôle légal de certains délinquants dont la criminalité est grave, il peut y avoir de nombreuses philosophies d'intervention : la traditionaliste, la classique, la positiviste, et se présentant comme un mélange de ces trois types fondamentaux, la défense sociale.

Dans l'approche traditionaliste, la protection de la société qui est plus importante que les droits de l'accusé est basée sur les principes de sanctions et de dissuasions.

Dans la philosophie d'intervention, l'accent est mis sur l'égalité des individus face à la loi, sur la protection des droits et de la liberté de l'accusé et du condamné face au pouvoir discrétionnaire de l'appareil judiciaire.

L'approche positiviste de la criminalité souligne la possibilité de comprendre le comportement déviant à travers des théories psychiatriques, biologiques, etc.

La défense sociale met en lumière la notion de degrés de responsabilité de l'accusé et la politique criminelle prioritaire doit privilégier l'action préventive plutôt que la réaction après l'acte. Quand l'auteur d'agression sexuelle s'adresse au psychiatre au C.M.P., il y a en premier lieu un impératif social. Il s'agit pour le patient de s'adapter, de consentir à l'évolution sociale et juridique vécues plus ou moins passivement. La contrainte qui lui est faite d'adopter le masque normalisant de la demande d'aide auprès du psychiatre le désigne comme la figure d'une psychiatrie affichée comme toute puissante à son égard.

Pour faire face à l'angoisse que génèrent les sentiments paradoxaux que l'agresseur sexuel induit, les soignants et la société tentent de trouver des solutions de colmatage. Et « l'exigence de plus en plus prégnante de la justice vis à vis de l'évaluation pronostique du psychiatre est insoutenable en ce qu'une mission impossible qui relève plus de la place de bouc émissaire que celle de celui qui sait » (32).

Naviguant au plus près entre doute et certitude erronée, entre enthousiasme et déception, chacun tente de se fabriquer une technique personnelle en prise avec le réel et en accord avec ses valeurs.

La remise en cause n'est pas linéaire, continue et constante. Elle se fait par à coups, entre indignations et dénonciations, entre excès et ajustements.

On pourra penser que la ligne séparant ceux qui reconnaissent leur acte criminel de ceux qui le nient constitue une frontière de l'accès au soin. La réalité est plus complexe. Celui qui niera « pour survivre, parce que l'image de lui-même, l'estime de soi sont à ce point pulvérisées que c'est la mort sociale qui guette... » est certainement plus proche de l'accès au soins que celui qui ne recon-

naîtra son acte que par opportunisme ou en le banalisant. Sera en revanche totalement hermétique celui qui niera « si profondément pervers qu'il n'a conscience de rien ».

Conclusion

Le thème des auteurs d'agression sexuelle est chargé psychoaffectivement et surdéterminé du point de vue social. Sa représentation est multiple : dangerosité, récidive, déficience du milieu environnant, etc. Ces interrogations sont d'autant plus vives que notre société est en mutation.

Dans ce cadre, le psychiatre (33) est confronté à des situations nouvelles où la définition du champ de sa spécialité est interrogée : pathologie mentale sous-jacente rare, non demande de soins, et limites du travail de partenariat entre juges et soignants. L'approche du psychiatre dans ce contexte où il ne peut faire l'économie d'une réflexion psychopathologique et éthique est nécessairement empreinte de souplesse et de créativité.

Malgré ses difficultés, l'injonction aux soins des auteurs d'agressions sexuelles dans le cadre du suivi socio-judiciaire a, à notre sens, une dimension positive incontestable. Elle permet la facilitation d'un cadre thérapeutique difficilement aménageable sans elle. Elle suppose pour son application :

- la nécessité d'une meilleure approche clinique, sociale et éthique ;
- la nécessité de travail de partenariat juge-médecin dans la connaissance des uns et des autres, ce partenariat supposant un long cheminement pour dépasser les logiques internes et construire une complémentarité effective et efficace ;
- des moyens mis à disposition à la hauteur des missions confiées. Il est en effet difficile d'inciter de travailler en réseau des structures qui ne disposent pas de moyens suffisants. ■

Benameyer NAILI DOUAOUDA*

*Psychiatre Praticien Hospitalier, secteur 94GO4 Centre Hospitalier Les Murets, 17 rue du Général Leclerc, 95510 La Queue en brie.

Bibliographie

- (1) LAMEYRE X., *La répression des infractions sexuelles en France ou l'institution d'un régime pénal spécial*, Communication au Congrès sur le viol, organisé dans le cadre du programme « Daphné » (Commission européenne), Bruxelles, 1er et 2 avril 2004, 25 pages dactylographiées.
- (2) Loi n° 98 - 468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.
- (3) TYRODE Y., BOURCET S., SENON J.L., OLIE J.P., *Suivi socio-judiciaire : loi du 17 juin 1998*, Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie, 37, 901, A 60, 2001, 5 p.
- (4) DU MESNIL DU BUISSON G., *Quelles sont les implications juridiques de l'obligation de soins, injonction de soin, suivi volontaire dans la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle*, In Conférence de Consensus, *Psychopathologie et traitement actuel des auteurs d'agression sexuelle*, Paris, John Libbey Eurotext, fed. Franç. de psych., 2001, 341-358.
- (5) LAMOTHE P., *Le médecin coordinateur*, In Conférence de Consensus, *Psychopathologie et traitement actuel des auteurs d'agression sexuelle*, Paris, John Libbey Eurotext, Fed. franç. de psych., 2001, 359-362.
- (6) LANTERI-LAURA G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Les éd. du temps, 1998.
- (7) HARDY-BAYLE M.C., *De l'application du modèle cognitif aux pratiques de soins. Un 4ème paradigme pour la psychiatrie est-il envisageable ?* L'Inf. Psychiatrique 2003, 79, 19-26.
- (8) PIEL E., ROELAND J.L., *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport de mission, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la santé, juillet 2001.
- (9) ARCHER E., Sous la présidence de.

Agressions sexuelles, acteurs et victimes, Journée médico-psychologique annuelle du CHG de Boulogne-sur-mer, 8 mars 2001, coordonnée par NAILI DOUAOUDA B.

(10) MURALI-DANINOS A., *Sociologie des relations sexuelles*, Que sais-je ? PUF n°1068, 5^{ème} édition, Paris, 1982.

(11) ANOWICK G., *Agresseurs sexuels, la réponse judiciaire*, Odile Jacob, 2002.

(12) MARTORELL A., *Existe-t-il une psychopathologie des auteurs d'agressions sexuelles à type de viol sur adultes*, In Conférence de Consensus, *Psychopathologie et traitement actuel des auteurs d'agression sexuelle*, Paris, John Libbey Eurotext, Fed. franç. de psych., 2001, 113-123.

(13) BALIER C., *Psychothérapie psychodynamique des auteurs d'agressions sexuelles*, Paris, John Libbey Eurotext, Fed. franç. de psych., 2001, 233-242.

(14) CIAVALDINI A., BALIER C., *Aggressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadres judiciaires*, Paris, Masson, 2000.

(15) SCHWEITZER M. C., PUIG. VERGES N., *La prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles*, L'Inf. Psych., 2001, 77, 5, 471-475.

(16) CROZIER M., *La société bloquée*, Seuil, 3^{ème} édition, 1994.

(17) ZAGURY D., *Les psychiatres d'exercice public et l'expertise*, L'Inf. Psych., 2001, 77, 5, 458-465.

(18) NAILI DOUAOUDA B., *De l'éthique à la déontologie. Eléments généraux et aspects particuliers à la médecine*, FORENSIC, 2003, 15, 26-33.

(19) FUCHS E., *Comment faire pour bien faire*, Ed. Labor et fides, 1995.

(20) ERWALD F., *La philosophie comme acte*, Magasine Littéraire, 2004, 435, 30-34.

(21) JOULE R.V., BEAUVOIS J.L., *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Ed. Vies Sociales.

(22) BAILLON G., *Le réseau, mot magique ou piège ?*, L'inf. Psychiatrique, 1999, 75, 2, 133-139.

(23) FOUCAULT M., *Histoire de la sexualité I, la volonté de savoir*, Paris Gallimard, 1976.

(24) XUERE B.J.C., *Autorité judiciaire et pouvoir médical*, Actualités psychiatriques 1984, 9, 73-77.

(25) ERWALD F., *L'expérience de la responsabilité*, Conférence au 8^{ème} forum. Le Monde, Le Mans, 25, 26 et 27 octobre 1996.

(26) THIBAUT F., CORDIER B., *Psychotropes et chimiothérapie hormonale des auteurs d'agression sexuelle : modalités, indications, objectifs, difficultés et limites*, In Conférence de Consensus : *psychopathologie et traitement actuel des auteurs d'agression sexuelle*, Paris, John Libbey Eurotext, Fed. franç. de psych., 2001, 283-296.

(27) HAYEZ J.Y., DE BECKER E., *Perspective systémique et travail familial ou de couple dans la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle*, In Conférence de Consensus : *psychopathologie et traitement actuel des auteurs d'agression sexuelle*, Paris, John Libbey Eurotext, Fed. franç. de psych., 2001, 263-282.

(28) BOUNIOT S., *La délinquance sexuelle : la prévention en panne*, L'humanité, 2 novembre 2004.

(29) NAILI DOUAOUDA M., NAILI DOUAOUDA B., *Le diététicien et les premiers entretiens familiaux comme outil d'évaluation systémique dans la pratique institutionnelle*, Thérapie Familiale, 2002, 23, 4, 367-386.

(30) BENOIT J.C., *Psychothérapie : le praticien et les théories*, Actualités Psychiatriques, 1980, 8, 48-51.

(31) CARLO NIVOLI G., SZABO D., *La culpabilité, la responsabilité et le contrôle sociopathique des sujets diagnostiqués comme psychopathes : tendances actuelles en politique criminelle*, Confrontations psychiatriques, 1980, 18, 117-150.

(32) GRAVIER B., DEVAUD C., *Délinquance sexuelle. Etat des lieux*, Nervure, 1995, 7, 7, 10-22.

(33) BARON-LAFORET S., CASANOVA A., sous la coordination : Diplôme d'Université/traitement des agresseurs sexuels, Université R. DESCARTES-Paris V, Département de médecine légale et droit médical (directeur : C.HERVE), année 2004-05.

LIVRES

Histoire de la zoologie

Jean-Loup d'Hondt
Ellipses

A chaque époque, le nombre des zoologistes en activité a évolué de façon exponentielle. Au début du XIX^e siècle, un zoologiste de l'envergure de Cuvier, de Lamarck ou de Blainville pouvait encore maîtriser l'ensemble des connaissances sur le monde animal. Actuellement, l'ampleur de celles-ci est telle qu'il peine à se tenir au courant de l'ensemble des recherches dans son propre domaine d'activité, souvent limité et spécialisé.

Depuis quelques années, les conditions d'exercice de la profession de zoologiste se sont modifiées sous l'influence de facteurs conjoncturels variés : nouvelles habitudes et nouveaux besoins, transformations des pratiques de la vie courante, essors et difficultés économiques, civilisation des loisirs, bureaucratisme, introduction de l'outil informatique, mécanisation de certaines expérimentations, perte du contact direct avec les animaux et de certaines pratiques, notamment du terrain.

Il en résulte une spécialisation thématique des chercheurs et une sélectivité de leurs connaissances, une perte de culture générale, une certaine démoralisation conjuguée avec l'accroissement d'un comportement individualiste, le développement d'une mentalité de fonctionnaire, et une évolution parfois répréhensible de certains comportements, qui sont abordés à la fin de ce livre.

Esquisse d'une philosophie de l'amour

Michel Larroque

Nouvelle édition

L'Harmattan, 14,50 €

L'expérience de l'amour se situe au carrefour de l'esprit et du corps.

L'amour, en effet, est éprouvé comme révélation de valeur : il n'est irrésistible que dans la mesure où son objet lui apparaît irrécusable. Il découvre, à partir du visage aimé, la gloire poétique du monde et est donc saisi du bien et du beau à travers un être singulier, investi d'un caractère sacré, et parfois même, dans la passion, transfiguré en absolu vivant. Ainsi, le vécu amoureux est, essentiellement, une expérience spirituelle.

Cependant, cette expérience prend sa source dans l'instinct elle ne jaillit qu'à l'égard d'un être avec lequel l'union physique est envisageable, et, le plus souvent, tout à la fois désirée et entravée.

Cette bivalence de l'amour explique pour Michel Larroque qu'on ait pu en donner des interprétations opposées : avatar de la sexualité pour le freudisme, expérience mystique avortée pour la tradition platonicienne. Une réflexion sur l'amour doit donc s'attacher à comprendre le lien fondamental qui rattache son enracinement biologique à sa visée religieuse.

Tu n'es pas seule

L'expérience du cancer : paroles de femmes

Editions de l'Homme, 19 €

Ce livre est un recueil de témoignages d'une vingtaine de femmes qui ont été atteintes par le cancer. Pour la majorité d'entre elles, il s'agit du cancer du sein. Chacune a subi une remise en question de ses valeurs et de ses priorités qui a donné une intensité accrue à son présent. Ces femmes transmettent ici leur expérience sans chercher à minimiser la difficulté de l'épreuve, mais avec la ferme volonté de communiquer l'espoir.

LIVRES

**Comtesse de Ségur
Les mystères de Sophie
Les contenus insoupçonnés
d'une œuvre incomprise**

Patrick Pipet

L'Harmattan, 25 €

Entre création littéraire et autobiographie, passant de l'émerveillement à l'abattement, en quête de perfection, la Comtesse de Ségur lutte sans relâche contre ses mouvements dépressifs, angoisse d'abandon ou de mort, y opposant ses fantasmes d'amour fusionnel et éternel.

Défenseur des enfants, protectrice des pauvres, elle s'empare contre l'égoïsme de ceux qui ont trop. Le devoir de générosité qu'elle soutient ouvre sur des considérations sociales qui surprennent.

Enfin, pètrie de religion, elle ne peut pas ne pas laisser percevoir des éléments pulsionnels qui s'articulent dans une dimension érotique inattendue.

Controverses

Thérapie psychomotrice et recherches* 2006 n°148

Un entretien avec le Professeur Catherine Graindorge, pédopsychiatre à la Fondation Vallée permet d'effectuer un tour d'horizon sur l'état de la psychiatrie infanto-juvénile française. L'instabilité psychomotrice, dans les débats actuels, mobilise toujours autant de passions, notamment autour des modalités de traitement.

L'article de Catherine Potel permet de saisir la façon dont ce type de symptômes (pour peu qu'on les considère comme tels) peuvent faire l'objet d'un travail d'élaboration au sein d'une pratique psychomotrice.

Autour des troubles psychomoteurs, Olivier Moyano propose une réflexion qui s'essaie à resituer la complexité et la singularité de cette terminologie dans une perspective épistémologique. Fabienne Delfour, s'éloignant des horizons théoriques qui tendent à traditionnellement prévaloir dans les recherches (références à la neuropsychologie, à la psychanalyse) nous ouvre les portes de l'éthologie. Benoît Lesage envisage quelques tenants et aboutissants qui contribuent à faire percevoir la nature des enjeux qui sont à l'œuvre dans la dynamique du toucher.

Dans une partie intitulée « Pratiques psychomotrices », D. Divoux et D. Nguyen-Xian se questionnent autour de la prise en charge « plurielle » d'un enfant autiste.

*Revue trimestrielle éditée par le Syndicat National d'Union des Psychomotriciens, 24 bd Paul Vaillant Couturier, 94200 Ivry-sur-Seine. Tél. 0156 20 02 91 - Fax. 01 56 20 14 70 Site Internet: <http://www.snup.fr>

**Assistance sociale
aujourd'hui**

3ème édition revue et augmentée

Brigitte Bouquet

Christine Gaecette

Maloiné

Parmi les professions sociales, le métier d'assistante est considéré en France comme le plus emblématique mais aussi, et paradoxalement, comme celui que l'on a le plus de mal à définir : à la fois par la diversité de ses champs d'intervention, mais aussi en raison de, l'évolution constante des dispositifs.

Cet ouvrage a pour objectifs de présenter ce métier : il en analyse l'historique, la formation, les missions, les méthodologies d'intervention, ainsi que l'incidence des mutations sociales et législatives sur les pratiques professionnelles.

Voulez-vous prendre une pause ?

Comme alternative et complément à mon ancienne pratique de psychiatrie hospitalière, j'avais développé il y a quelques années un atelier de créativité en Danse-Dessin-Poésie pour soignants et soignés à l'hôpital de Rivière-du-Loup au Québec. Le projet était d'offrir un contrepoids à l'effet sidérant des processus d'identification. Qu'il s'agisse d'identification au symptôme, à la maladie ou à la santé ! Identification au métier, à une catégorie sociale, où à n'importe quelle image socialement reconnue. Identifications d'autant plus soutenues dans une société fonctionnant en corporations et gérant les soins à travers la caution des compagnies financières qui elles mêmes dialoguent via le langage des DSM. En effet, dans ce contexte où l'existence sociale est médiatisée par les communications des regroupements associatifs et des clubs, l'étiquette diagnostique est la monnaie d'échange pour les subventions, les soins et leurs remboursements mais elle est aussi l'étendard sous lequel se regrouperont les usagers pour négocier avec l'État. Il s'agissait donc d'offrir, dans l'enceinte de l'hôpital, un cadre où renouer avec le mouvement, la joie voire la vie. Retrouver le jeu et ses dynamiques inattendues renouer avec la qualité de conscience qui le rend possible : être et ne pas être le joueur, être témoin et acteur du jeu mais encore explorer la polysémie des expériences ludiques pour reconnaître la multiplicité des registres de l'Être : nous sommes et ne sommes pas ce que nous percevons, pensons, faisons...

L'atelier reprend les principes du Mouvement Authentique, mais aussi de la... psychanalyse ! Il s'agit en effet d'être le témoin de la pulsion qui nous anime, de percevoir dans l'espace du corps l'origine d'où elle sourd comme une source et vers où elle pousse. Ensuite, laisser la poussée pulser et générer un mouvement qui en induit un autre et ainsi de suite dans une association libre de gestes. Le danseur a les yeux mi-clos, attentif, à l'écoute des tensions du corps qu'il interprète tel un artiste en donnant forme sans rien réduire dans une signification unique. Et alors que le corps attend ou se meut en différentes figures selon des rythmes qui s'enchaînent, un rêve éveillé, contemporain du geste, se projette par instants sous les paupières, scandé par des pensées furtives et des moments de vide plus ou moins habités.

La transcription en dessin puis en poésie de l'expérience corporelle, imaginaire et intellectuelle est instaurée pour freiner la tendance spontanée à réduire cette expérience à une signification univoque dans laquelle s'identifier. Il s'agit de faire obstacle à ce style d'usage de la parole et lever la confusion entre parler et communiquer grâce à une réelle contrainte. Cette contrainte va permettre, à terme, de décloisonner chacun de ses préjugés et croyances sur soi à cause de la richesse inattendue qui se révèle dans les productions dansées, dessinées puis écrites.

Les plus handicapés seront, bien sûr, ... les soignants ! Mais ils seront éventuellement soutenus par les patients et ainsi s'équilibre la reconnaissance des qualités et se confirme la réciprocité du respect et la réciprocité des processus : les uns apportent leur rationalité et leur sociabilité et les autres leur écoute et leur évocation du monde intérieur.

La discipline qu'est l'Authentic Movement se pratique aux USA comme soin complémentaire dans certains départements hospitaliers comme la cancérologie ou la psychiatrie.

En fait, cette pratique psycho-corporelle avait été développée par une danseuse de la Côte Ouest dans les années 50.

Mary Whitehouse était fascinée par « ce qui danse dans chaque être ». Elle a révolutionné l'enseignement de la

Voulez-vous prendre une pause ?

danse moderne en choisissant de changer l'orientation de son projet : ne pas seulement enseigner une méthode mais enseigner quelqu'un. Ses ateliers de danse spontanée inspirés du taoïsme visaient à faciliter l'improvisation des danseurs et leur créativité chorégraphique grâce au lien profond que chacun pouvait ainsi découvrir et développer avec son corps pulsionnel.

Elle constata un effet thérapeutique à ces pratiques, ce qui n'est pas sans surprendre puisque le *Mouvement Authentique* est affilié au *Gi-Gong*, volet gymnique de la Médecine Traditionnelle Chinoise.

Le *Gi-Gong*, littéralement « discipline du Qi (ou Gi) » regroupe l'ensemble des pratiques psycho-corporelles ayant une vocation thérapeutique, c'est-à-dire facilitant la circulation du Qi. Le Qi peut se traduire par Souffle ou Énergie ; il s'écrit avec un idéogramme représentant une fraction dont le dénominateur dessine le riz pendant qu'il cuit et le numérateur la vapeur issue de la cuisson. Le *Souffle*, le *Qi*, et le corps énergétique qu'il constitue anime le corps physique, ce corps physique qui fait l'objet de notre médecine classique occidentale.

Le *Gi-Gong* spontané est la discipline la plus proche de notre danse méditative et contemplative mais il est pratiqué par des médecins traditionnels et pour des patients dans le contexte d'un soin où s'articuleront acupuncture, massages, phytothérapie et diététique. Le *Gi-Gong* spontané est réputé pour son efficacité car, non seulement, il favorise la libre circulation de l'énergie là où elle est bloquée mais encore elle permet d'augmenter le taux énergétique. La pratique chinoise s'éloigne de la danse méditative dans la mesure où l'esprit du patient est moins sollicité. En effet, alors que notre danse spontanée se pratique dans un état de relaxation légère et un peu jubilatoire à l'écoute des événements intérieurs, le *Gi-Gong* spontané propose un état hypnoïde où la seule consigne est cet état de relaxation lui-même. L'expérience sera différente, le sujet à l'écoute des poussées, attirances et aspirations du corps les exprimera dans une danse étrangement juste, joyeuse et belle alors que le patient en état hypnoïde vivra un phénomène de transe où la volonté s'est absentée et où la conscience est plus ou moins vigile.

Comme pour la psychanalyse, l'association libre de gestes suppose un cadre basé sur une relation de confiance : la danse ne se déploie que lorsque le danseur est assuré de l'absence de jugement et d'interprétation réductrice de la part du témoin. Après un travail préparatoire développant la conscience kinesthésique, il s'agit d'accueillir l'expérience du vide d'où pourra germer l'impulsion première.

Ainsi, dans le silence intérieur du danseur et de son témoin peut apparaître à la conscience du danseur une pulsion qui pourrait donner forme à un mouvement, le geste exprimé évoquera une rêverie ; les représentations imagées entrent en résonance avec la gestuelle alors qu'une pensée se distille à propos de l'ensemble et dessine encore une autre ligne mélodique en filigrane.

Le danseur explore un rêve éveillé qui se déroule au fur et à mesure du geste selon une logique insoupçonnée, il découvre une expérience ineffable qui provient et non de lui. Une expérience qui le traverse comme un flux, une rivière qui le nourrit s'il accepte d'être traversé par elle et d'entrer dans la danse. Expérience jubilatoire de s'élaner dans l'inconnu et d'être fidèle au fil subtil qui nous oriente à peine. Suivre

le fil du courant, donne forme, informe et transforme en temps réel.

La danse est comme la traversée d'un voyage initiatique reconnu éventuellement après coup lors de sa transposition en dessin et en poésie. Différer le récit vise autant à limiter la réduction de l'expérience en signification univoque qu'à éviter l'entrée dans la logique de la cause, du jugement et de la faute. La logique causale étant d'ailleurs vectrice de pensée univoque. Le travail du témoin permet d'indiquer au danseur à quel moment il achoppe et perd le raisonnement analogique qui lui permet de corréler des événements plutôt que les confondre.

Le voyage du danseur est comme un passage à travers les plis de l'espace et du temps. Il s'y aventure orienté par des points de fuite imaginaires qu'il ressent disposés ça et là. Ces points de fuite l'attirent comme des objets du désir successifs qu'il va incarner dans sa danse et qui le posséderont. Il les figure, comme on figure des archétypes ou des opérateurs, il disparaît en eux dans la jouissance d'une mort symbolique. Mort traversée grâce à l'effet de la pulsion qui insiste encore et se conjugue avec une sensation jubilatoire d'être aspiré vers un au delà qui persiste et donne le ton comme un fil directeur...

Les dessins et les poésies croiseront les grands mythes de l'humanité. D'objets du désir en objet du désir traversés nous passons du registre de l'Avoir à celui de l'Être. Les objets sont idolâtrés et diabolisés, incarnés dans une

transe, et détrônés. La jubilation du danseur à suivre le fil de la danse dépasse la jouissance à consommer, incarner et donc s'identifier à l'objet du désir chosifié en proie. Le fantôme se traverse. La Loi de la Jungle devient échue et fait place au chemin, « *Voie Royale* » dansée avec humeur et perspective dans une solitude qui fera le lit d'une solidarité non sacrificielle.

La jubilation du danseur est comme le rire d'Euréka d'Archimède, celui de la naissance à un nouveau niveau de conscience.

En cela, la danse est une co-nnaissance, naissance avec l'expérience dansée. La découverte de sa propre liberté et de son potentiel créatif est une aventure singulière et ne répond à aucun modèle fixe.

Ceux éventuellement proposés par les diverses idéologies scientistes ou magiques peuvent faire office d'écran au même titre que tout objet du désir peut masquer le passage vers un au delà du principe de la jouissance. Il s'agit bien d'une jouissance à consommer cohérente avec notre culture marchande. S'émanciper du rôle exclusif de consommateur est, en cela, implicitement tabou puisqu'il transgresse nos fondations culturelles. Voilà qui expliquerait encore pourquoi tout processus d'identification est cohérent à la civilisation du commerce.

Ainsi, si la guérison s'affilie à une émancipation des mythologies, celles issues de la famille d'origine comme celles du contexte socio-culturel, la danse spontanée participe à cette libération du sujet de même que la psychanalyse et de toute discipline permettant d'apprivoiser la créativité. ■

Dr Isabelle Delage*

*Psychiatre, psychanalyste, danse thérapeute

Forte prévalence des symptômes anxieux et dépressifs chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson

Les symptômes anxieux et dépressifs semblent plus fréquents chez les personnes qui ont une maladie de Parkinson, selon une étude épidémiologique présentée à la journée annuelle de la Société française de neurologie (SFN) consacrée aux nouveautés de la recherche clinique.

Le Pr Olivier Rascol du CHU de Toulouse et ses collègues ont conduit une étude épidémiologique descriptive transversale auprès de 450 patients atteints de la maladie de Parkinson idiopathique, ambulatoires et non déments, et de 100 contrôles appariés pour l'âge et le sexe, qu'ils ont recrutés en Midi-Pyrénées. Cette cohorte constitue un échantillon représentatif de la population des patients parkinsoniens car ils ont été inclus de manière aléatoire dans des cabinets de ville, des établissements de santé privés et publics, à la fois en milieu rural et urbain, et il s'agit de l'une des populations les plus larges étudiées en France.

A partir de cette base de données DoPaMiP, les chercheurs ont décidé de conduire plusieurs études dont deux déjà réalisées sur la douleur chronique et les symptômes anxieux et dépressifs. Les analyses sur le sommeil et la qualité de vie et la consommation de médicaments et le recours aux soins sont en cours. Ils se sont intéressés, en particulier, aux symptômes anxieux et dépressifs pour vérifier les résultats de précédentes études qui sont limitées notamment par leur méthodologie.

Selon les réponses aux auto-questionnaires HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), un peu plus de la moitié des patients déclarent des symptômes anxieux, contre 29% dans le groupe témoin, avec en outre une plus grande sévérité, de 8,2 points contre 6,5 points. Pour les symptômes dépressifs, ce sont 40% des patients parkinsoniens contre 10% des contrôles qui en rapportent, avec un score moyen de respectivement 6,6 et 3,9 points. Un quart des patients parkinsoniens déclarent, à la fois, des signes anxieux et dépressifs, contre 4% des témoins.

Malgré ces résultats, il apparaît que la prescription de psychotropes est similaire dans les deux groupes, de 18% chez les parkinsoniens et 16% chez les contrôles.

L'analyse multivariée de ces données indique que les symptômes anxieux touchent davantage les femmes que les hommes (OR=2,9), les moins de 70 ans (OR=2,7) et ceux qui ont déjà des symptômes dépressifs (OR=4,8) et que les symptômes dépressifs ont plus de risque d'atteindre ceux dont la maladie évolue depuis plus de cinq ans (OR=2,3), qui ont un score UPDRS II + III supérieur à 27 points, c'est-à-dire une maladie de Parkinson plus sévère (OR=2,6), qui ont déjà des signes anxieux (OR=5), qui ont un score MMSE inférieur à 28 (OR=2,1) et qui présentent au moins une comorbidité (OR=3,9). Enfin, après ajustement pour la sévérité, il s'avère que la présence des signes anxieux n'est associée à aucun traitement antiparkinsonien alors que celle des signes dépressifs est corrélée à la L-dopa. Il apparaît aussi que les symptômes dépressifs sont moins fréquents chez les patients prenant des antiparkinsoniens de la famille des agonistes dopaminergiques ou des IMAO-B, ce qui semble cohérent avec « les propriétés antidépressives potentielles » de ces médicaments. ■

B.L.

On estime qu'environ 2 à 3% de la population générale souffre de troubles psychotiques au sens large du terme (1). En raison de la complexité séméiologique des troubles psychotiques, ils peuvent s'installer progressivement et de façon insidieuse, et ce n'est que plusieurs années après les premiers symptômes qu'un diagnostic plus précis peut être établi et que l'accès aux soins des patients est réalisé. Ainsi, on considère que chez 75% des patients schizophrènes, la première hospitalisation a été précédée en moyenne d'une phase prodromique de 5 ans et d'une préphase psychotique d'un an (2). On sait aujourd'hui que la mise en place tardive de la prise en charge est un des facteurs déterminants pour le pronostic à long terme et l'avenir de ces patients (3, 4, 5). Parmi les facteurs prédictifs du devenir de patients, la durée de la psychose non traitée est un facteur majeur si elle est prolongée, constamment retrouvée comme un critère indépendant de mauvais pronostic dans l'évolution des troubles psychotiques par différents auteurs (6, 7, 8). Comme l'a souligné la conférence de consensus sur les psychoses schizophréniques de 1994 (9), le polymorphisme des troubles dans leurs expressions cliniques, leurs modalités évolutives et le nombre important de facteurs externes venant interagir dans l'histoire de la maladie, impliquent une prise en charge et un suivi adaptés à chaque cas. Dans cette prise en charge, le médecin généraliste a un rôle majeur car il est l'observateur privilégié des manifestations de déstabilisation faisant craindre une rechute de la maladie. Une précédente étude avait montré la fréquence importante des symptômes d'allure psychotique rencontrés en médecine générale (10). Malgré ce rôle important du médecin généraliste, la plupart des données publiées sur le délai entre l'apparition des premiers symptômes d'allure psychotique ou la déstabilisation de symptômes connus et leur prise en charge thérapeutique sont issues d'équipes spécialisées ou sont non transposables à la France car issues de pays où les filières de soins sont très différentes. Nous avons réalisé une enquête épidémiologique observationnelle auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes, dans le cadre du suivi habituel de patients consultant pour un état d'allure psychotique (EAP) qu'il soit inaugural ou déjà connu avec pour objectif d'évaluer le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes d'allure psychotique et la prise en charge thérapeutique, qu'il s'agisse de la première apparition des symptômes (début de la maladie) ou d'une déstabilisation psychiatrique en cours d'évolution.

Méthodes

Il s'agissait d'une enquête transversale proposée directement à 1500 médecins généralistes (1200 acceptations attendues) sélectionnés de façon aléatoire sur l'ensemble du territoire français.

Population de l'enquête

Pour répondre aux objectifs de l'enquête chaque médecin devait inclure les trois premiers patients adultes (≥18 ans) vus dans le cadre de la consultation et présentant des symptômes d'allure psychotique liés à une déstabilisation d'un EAP connu, ou à un EAP inaugural. Il n'y avait pas d'autre critère de sélection et les patients étaient inclus selon leur ordre d'arrivée en consultation durant la période d'enquête (sélection chronologique).

Paramètres recueillis

L'EAP était déterminé par l'existence d'un ou plusieurs symptômes listés à partir de l'échelle BPRS (11). Le délai entre l'apparition des symptômes d'allure psychotique et la prise en charge thérapeutique était calculé entre la date d'apparition des symptômes et la date

Evaluation des délais de prise en charge des états d'allure psychotique de l'adulte en consultation de médecine générale

de la consultation pour les patients en EAP inaugural ; pour les patients en déstabilisation d'un EAP connu, ce délai était estimé à partir de l'information du dossier du malade ou de l'information transmise à l'interrogatoire par le patient ou son entourage (information rétrospective). Les données étaient recueillies à l'aide d'un formulaire anonyme unique par patient avec les données suivantes : âge, sexe, activité socio-professionnelle, délai entre l'apparition ou la déstabilisation de l'EAP et la consultation, symptômes psychotiques actuels, modalités de prise en charge à l'issue de la consultation (traitements psychotropes, mesures associées) pour l'ensemble des patients ; pour le sous-groupe de patients présentant une

confiance bilatéral à 95% de 10 semaines (précision de 5 semaines), pour un risque de première espèce de 5% en situation bilatérale. Le calcul tenait compte d'analyses selon 8 sous-groupes possibles de population en fonction du sexe, de classes d'ancienneté de l'EAP. L'ensemble des analyses a été réalisé sous SAS (SAS Institute, Carry USA). Les paramètres utilisés pour les analyses descriptives étaient effectif et pourcentage pour les données qualitatives ; moyenne \pm écart-type (m \pm SD), médiane pour les valeurs très différentes de la moyenne pour les données quantitatives. L'ensemble des paramètres a été décrit pour l'ensemble des patients, selon le statut clinique (EAP inaugural ou désta-

Résultats

Caractéristiques des populations

Au total 1500 médecins ont été sollicités et 1126 (75%) ont accepté de participer à l'enquête. 951 de ces médecins (84%) ont inclus 2809 patients durant la période d'enquête (décembre 2003 à juin 2004). Parmi ces 2809 patients, 141 (0,5%) ont été exclus des analyses, 3 patients ayant moins de 18 ans et 138 patients n'ayant pas de statut clinique défini (EAP inaugural ou déstabilisation d'EAP connu). L'analyse a donc porté sur 2668 patients âgés en moyenne de 52 ans avec un ratio femme/homme équilibré (tableau I). La majorité des patients, 1751 patients (65,6%) présentaient une déstabilisation d'un EAP connu, et 917 patients (34,4%) présentaient un EAP inaugural.

Délais de prise en charge des états d'allure psychotique

Le délai de la première prise en charge n'a pas pu être calculé avec la même fréquence dans les 2 sous-populations : 5,6% de données manquantes pour les patients en EAP inaugural (période précédant immédiatement la consultation) et 53,7% de données manquantes pour les patients en déstabilisation d'EAP connu (période de référence ancienne). Le délai moyen pour l'ensemble des patients était de 52,9 semaines en moyenne avec un intervalle de confiance à 95% compris entre 43,8 et 61,9 semaines, le délai moyen en fonction du statut des patients est présenté dans le tableau II. Pour 50% des patients (médiane) le délai entre les premiers symptômes et la prise en charge était de 8,6 semaines pour l'ensemble des patients, 4,3 semaines pour les patients présentant un EAP inaugural et était de près de 6 mois pour les patients actuellement en déstabilisation d'EAP connu. L'analyse en fonction de l'ancienneté des troubles montre que ce délai médian augmente en fonction de l'ancienneté de la pathologie : 4,3 semaines pour un EAP inaugural, 25,7 semaines pour un EAP de moins de 20 ans, 51,4 semaines pour un EAP débuté il y a 20 à 40 ans, plus de 3 ans pour les EAP plus anciens (p (kruskal-wallis) < 0,001).

Patients en déstabilisation d'un EAP connu

Parmi les patients en déstabilisation d'un EAP connu, le nombre d'épisodes de déstabilisation antérieurs est connu pour 992 patients (57%) avec une moyenne de $3,4 \pm 3,5$ déstabilisations (médiane de 2,0), le nombre d'hospitalisation pour déstabilisation est connu pour 1333 patients (76%) avec une moyenne de $1,8 \pm 2,0$ hospitalisations (médiane de 1,0), le délai entre la déstabilisation actuelle et la consultation, connu pour 1669 patients (95%), était en moyenne de $7,1 \pm 15,6$ semaines (médiane de 3,0).

Ce dernier délai est inférieur au délai observé pour les patients en EAP inaugural (tableau II). La durée de la dernière période sans symptômes d'EAP est précisée pour 882 patients (50%) avec une moyenne de $18,5 \pm 21,7$ mois (médiane de 21,0 mois).

Description des états d'allure psychotique

Parmi les 2668 patients évalués, les différents symptômes d'allure psychotique observés lors de la consultation ont été classés en trois groupes

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des 2668 patients consultant pour une déstabilisation d'un état d'allure psychotique (EAP) connu ou pour un EAP inaugural

Caractéristiques démographiques	N	valeur
Age (années \pm écart-type)	2660 (8 réponses manquantes)	51,9 \pm 21,1
Sexe (% femmes / % hommes)	2649 (19 réponses manquantes)	49,4% F 50,6% H
Situation familiale		
Célibataire	1052	39,6%
Marié(e) / Concubinage	782	29,4%
Divorcé(e) / Séparé(e)	250	9,4%
Veuf(ve)	573 (11 réponses manquantes)	21,6%
Situation professionnelle		
Salarié(e)	480	18,1%
Chômage	276	10,4%
Retraité(e)	838	31,6%
Invalidité pour pathologie psychiatrique	384	14,5%
Arrêt maladie pour pathologie psychiatrique	85	3,2%
Autres situations professionnelles *	591 (14 réponses manquantes)	22,3%
Statut de l'état d'allure psychotique		
Etat psychotique inaugural	917	34,4%
Etat connu et en cours de déstabilisation	1751	65,6%

* Travailleur indépendant, étudiant, CAT, situation non précisée, autres

déstabilisation d'un EAP connu : nombre d'épisodes antérieurs de déstabilisation, nombre d'hospitalisations pour déstabilisation des symptômes psychotiques, durée de la dernière période sans symptômes psychotiques.

Hypothèses et analyses statistiques

L'effectif de 3600 patients permettait d'évaluer un délai moyen avec une variabilité de mesure (déviations standard) de 52 semaines, un intervalle de

bilisation d'un EAP connu). L'analyse principale étant descriptive, aucun test n'a été effectué, seuls les intervalles de confiance à 95% ont été donnés. Les comparaisons entre sous-populations ont été effectuées avec un seuil de significativité de 5% en bilatéral par des tests t ou tests non paramétriques (test de Wilcoxon, test de Kruskal-Wallis) selon la distribution pour les variables quantitatives, χ^2 pour les variables qualitatives avec regroupement éventuel et test exact de Fisher.

Tableau II : Durée de la psychose non traitée en fonction du statut de l'état d'allure psychotique (EAP) chez 2668 patients consultant en médecine générale

Délai entre l'apparition des premiers symptômes et la première prise en charge	EAP inaugural	Déstabilisation d'EAP connu
Nombre de réponses (%)	866 (94%)	810 (46%)
Réponses manquantes (%)	51 (6%)	941 (54%)
Moyenne \pm écart-type (semaines)	8,2 \pm 12,5	100,6 \pm 263,4
Intervalle de confiance à 95%	(7,4 - 9,1)	(82,5 - 118,8)
Médiane (semaines)	4,3	25,7

LIVRES

L'examen clinique à travers l'histoire

Jean-François Hutin
Editions Glyphe, 28 €

Comme la pratique des autopsies dans la démarche anatomo-clinique, la médecine « technique », sorte d'« autopsie du vivant », donna, dans un premier temps, un nouveau souffle à l'examen clinique. De nombreux symptômes ont été décrits grâce à la corrélation radio-clinique, d'innombrables anomalies cliniques ont été expliquées par les examens complémentaires, un grand nombre de signes ont été retrouvés rétrospectivement grâce à l'imagerie et à la biologie, des chapitres entiers de la clinique furent valorisés par l'endoscopie ou le cathétérisme. Mais, dans un second temps, la technique s'est substituée progressivement à l'examen clinique pour le rendre obsolète pour certains, voire inutile pour d'autres.

Ce livre tente de répondre à une question que le médecin, mais également le politicien et le malade du XXI^e siècle ne peuvent que se poser : quelle place reste-t-il à l'examen clinique lorsque le regard du clinicien s'efface derrière celui du radiologue, son ouïe derrière celle du doppleriste, son toucher derrière celui de l'échographiste, son goût et son odorat derrière les réactifs du biologiste, son « flair » derrière le logiciel de son ordinateur ? Doit-on imaginer une quatrième phase à l'histoire de la clinique, celle d'une médecine sans clinique, d'une médecine de machines de plus en plus sophistiquées aux mains de physiciens et d'ingénieurs, une médecine informatisée, formatée, une médecine essentiellement prédictive, une médecine où l'individu s'efface devant la cohorte, le malade derrière sa maladie, la maladie derrière ses images, ses tracés, ses chiffres, sa cause moléculaire ?

La mélancolie Etudes cliniques

Marie-Claude Lambotte
Economica Anthropolos, 23 €

A partir du discours mélancolique, Marie-Claude Lambotte a élaboré des hypothèses métapsychologiques qui, au cours de leur validation clinique progressivement confirmées, ont fait l'objet de nombreux articles dont ce livre propose une sélection. Ces articles, transformés en chapitres, sont, à l'exception des chapitres V et VI, postérieurs à la première édition d'un livre précédent : *Le discours mélancolique. De la phénoménologie à la métapsychologie*.

Une progression thématique confirme la spécificité du discours mélancolique par rapport au discours dépressif, ce qui, sur une base clinique, montre les mécanismes psychiques sous-jacents de la maladie pour en déduire une figure particulière de la castration, celle qu'a été décrite comme un « déni d'intention », et qui incite à penser une structure originale. Amené à justifier, en permanence, les effets d'une symptomatologie essentiellement caractérisée par un négativisme et une inhibition généralisés, le discours du sujet mélancolique d'un type particulier, purement formel, indique une figure psychique toute-puissante, celle d'un monde constitué du Sens et de la Vérité absolus qui se situerait derrière les choses, autrement dit derrière une réalité quotidienne rendue, de ce fait, totalement dénuée d'intérêt.

La mélancolie rendrait compte des conditions d'émergence d'une véritable visée intentionnelle esthétique qui, aux plans à la fois clinique et phénoménologique, instaure et garantit un rapport au monde.

(tableau III) : sphère psychique avec séparation des symptômes typiquement psychotiques (délires, hallucinations, pensée désorganisée) des symptômes plus atypiques ou plus larges ; symptômes de la sphère comportementale et symptômes de la sphère relationnelle.

La fréquence des différents symptômes reste homogène en fonction du statut d'EAP, les plus fréquemment décrits étaient la « *modification de la présentation, du comportement* » (73,3% des EAP inauguraux et 72,5% des déstabilisations d'EAP connu), « *conduites sociales bizarres ou inadaptées* » (60,2% et 56,2%), suivis de symptômes de la sphère psychique typiquement psychotiques, avec « *pensée désorganisée* » (55,0% et 56,0%), « *idées délirantes* » (47,4% et 46,1%), et symptomatologie élargie avec « *tendances dépressives* » (45,7% et 46,8%). Pour 94,9% des patients avec EAP inaugural et 95,8% des patients en déstabilisation d'EAP connu, il y a plusieurs symptômes associés, l'association la plus fréquente (20,0% et 21,0% des patients respectivement) regroupant les troubles du comportement aux 3 symptômes psychotiques typiques (idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée).

Prise en charge

A l'issue de la consultation, la prise en charge thérapeutique des patients était différente en fonction du statut du patient et comprenait un antipsychotique atypique (clozapine, rispéridone ou olanzapine) pour 47,2% des patients en déstabilisation d'EAP connu et pour 61,2% des patients en EAP inaugural, un anxiolytique pour respectivement 20,2% et 16,5%, un antidépresseur pour 13,6% et 12,0%, un hypnotique pour 11,6% et 7,9%, un neuroleptique classique pour 4,4% et 1,5%, un médicament thymorégulateur (lithium, carbamazépine, acide valproïque) pour 2,5% et 0,4% respectivement ; pour plus de 44% des patients un seul traitement médicamenteux était indiqué. On retrouve également une différence de prise en charge non médicamenteuse, avec une approche familiale pour 19,9% des patients en déstabilisation d'EAP connu et pour 28,5% des patients en EAP inaugural, des soins en institution (15,1% vs 12,1%) ; les autres approches étant homogènes en fonction du statut, psychothérapie (28,4% et 27,3%), actions de réadap-

tableau III) : sphère psychique avec séparation des symptômes typiquement psychotiques (délires, hallucinations, pensée désorganisée) des symptômes plus atypiques ou plus larges ; symptômes de la sphère comportementale et symptômes de la sphère relationnelle.

Tableau III : Symptômes d'allure psychotique observés en médecine générale chez 2668 patients présentant un état d'allure psychotique (EAP)

Principaux symptômes observés. Plusieurs symptômes étant observés, les totaux sont supérieurs à 1751 patients et 917 patients	EAP inaugural 917 patients	Déstabilisation d'EAP connu 1751 patients
Sphère psychique	n (%)	n (%)
<i>Symptômes typiquement psychotiques</i>		
Idées délirantes	435 (47,4%)	807 (46,1%)
Hallucinations auditives	219 (23,9%)	378 (21,6%)
Pensée désorganisée	504 (55,0%)	980 (56,0%)
<i>Symptomatologie élargie</i>		
Troubles du comportement alimentaire	161 (17,6%)	309 (17,7%)
Troubles anxieux	314 (34,2%)	678 (38,7%)
Tendances dépressives	419 (45,7%)	819 (46,8%)
Préoccupations somatiques	196 (21,4%)	412 (23,5%)
Sphère comportementale		
Activité stérile/stupeur	164 (17,9%)	384 (21,9%)
Lenteur idéative, discursive ou motrice	170 (18,5%)	400 (22,8%)
Idées suicidaires	123 (13,4%)	301 (17,2%)
Sphère relationnelle		
Modification de la présentation, du comportement	672 (73,3%)	1269 (72,5%)
Froidure affective	174 (19,0%)	355 (20,3%)
Conduites sociales bizarres ou inadaptées	552 (60,2%)	984 (56,2%)
Comportement agressif, violent, destructeur	383 (41,8%)	761 (43,5%)
Explosivité caractérielle	327 (35,7%)	627 (35,8%)

tableau III) : sphère psychique avec séparation des symptômes typiquement psychotiques (délires, hallucinations, pensée désorganisée) des symptômes plus atypiques ou plus larges ; symptômes de la sphère comportementale et symptômes de la sphère relationnelle.

méthode de recueil ou la population concernée. Dans un article de synthèse sur le concept de durée de psychose non traitée, Norman et Malla (6) décrivait déjà la grande variation des mesures observées dans les 12 études citées, cette durée allant en moyenne de 23 semaines à 166 semaines, avec des écart types allant de 47 à 224 semaines. Parmi les facteurs de variabilité, les auteurs citaient les grandes différences de définition, tant sur l'événement initial, avec des définitions du

général inférieur à 30 ans avec un pourcentage d'hommes compris entre 56% et 80% (5, 7, 8). Malgré ces différences, on constate que les délais moyen et médian, 52,9 et 8,6 semaines observés dans notre population suivie en médecine générale restent concordants avec les différentes données de la littérature.

Nous mesurons également une grande différence d'estimation selon le statut de la pathologie, délai court et évalué pour pratiquement tous les patients présen-

tableau III) : sphère psychique avec séparation des symptômes typiquement psychotiques (délires, hallucinations, pensée désorganisée) des symptômes plus atypiques ou plus larges ; symptômes de la sphère comportementale et symptômes de la sphère relationnelle.

Conclusion

Il y a une grande variabilité dans le délai de prise en charge des patients consultants pour un état d'allure psychotique. Le délai est court pour pratiquement tous les patients présentant un EAP inaugural, et plutôt long ou manquant chez les patients dont l'EAP est ancien ou déjà connu.

Le médecin généraliste reste un maillon essentiel rapidement consulté en cas de troubles inauguraux dans le cadre d'une détection précoce de signes d'alerte et d'une prise en charge des patients psychotiques. ■

Joël PON (1), Hervé HUGUEL (2), Denis COMET (3), Véronique MOREAU-MALLET (4), Philippe BOUHOURS (4)

- (1) 146 Avenue des Minimes, 31200 Toulouse.
- (2) 146 rue Boucicaud, 92260 Fontenay-aux-Roses.
- (3) Axonal, 215 avenue G. Clemenceau, 92024 Nanterre Cedex.
- (4) Laboratoires Janssen-Cilag, 1, Rue Camille Desmoulins - TSA 91003, 92787 Issy-les-Moulineaux Cedex.

Bibliographie

- (1) VERDOUX H, MAURICE-TISON S, GAY B, SALAMON R, BOURGEOIS M, Les idées délirantes en médecine générale : enquête de prévalence du réseau sentinelle aquitaine, Concours Med 1998, 120, 1790-3.

(2) HAFNER H, AN DER HEIDEN W, Epidemiology of schizophrenia, Can J Psychiatry 1997, 42, 2, 139-51.

(3) SIMON AE, MERLO MCG, FERRERO FP, Psychoses schizophréniques débutantes : reconnaissance et intervention, Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2002, 152, 5, 217-25.

(4) LARSEN K, MCGLASHAN TH, JOHANNESSEN JO, FRIIS S, GULDBERG C, HAAHR U et al., Shortened duration of untreated first episode of psychosis: changes in patient characteristics at treatment, Am J Psychiatry 2001, 158, 1917-19.

(5) LOEBEL AD, LIEBERMAN JA, ALVIR JM, MAYERHOFF DI, GEISLER SH, SZYMANSKI SR, Duration of psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia, Am J Psychiatry 1992, 149, 1183-8.

(6) NORMAN RMG, MALLA AK, Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance, Psychol Med 2001, 31, 3, 381-400.

(7) MALLA AK, NORMAN RMG, MANCHANDA R, AHMED MR, SCHOLTEN D, HARRICHARAN R et al., One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors, Schizophr Res 2002, 54, 3, 231-42.

(8) LARSEN K, MOE LC, VIBE-HANSEN L, JOHANNESSEN JO, Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis, Schizophr Res 2000, 45, 1-9.

(9) Stratégie à long terme dans les psychoses schizophréniques, Texte de la conférence de consensus, ANDEM 02/1994.

(10) PON J, HUGUEL H, COMET D, MOREAU-MALLET V, DENIS F, Fréquence des symptômes d'allure psychotique observés chez l'adulte en consultation de médecine générale, Presse Med 2005, 34, 923-7.

(11) PICHOT P, OVERALL JE, GORHAM DR, Echelle abrégée d'appréciation psychiatrique (BPRS), Edition du Centre de Psychologie Appliquée. Paris (16ème), Dépôt légal 1967, Ed n°415.

(12) Schizophrénies débutantes : recommandations du jury (Présidence : M Marie-Cardine). In Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques (Direction F Petitjean, M Marie-Cardine), 6ème Conférence de Consensus organisée par la Fédération Française de Psychiatrie, organisée selon les règles méthodologiques de l'ANAES et avec le soutien de la Direction générale de la Santé, Ed John Libbey Eurotext 2003, 403-430.

(13) BIRCHWOOD M, SPENCER E, MCGOVERN D, Schizophrenia : early warning signs, Adv Psychiatr Treatment 2001, 6, 93-101.

(14) FITZGERALD PB, The role of early warning symptoms in the detection and prevention of relapse in schizophrenia, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2001, 35, 758-764.

(15) Rapport de l'enquête 2000 du Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines Sud, Pratiques professionnelles des psychiatres et des médecins généralistes vis-à-vis des patients pris en charge en ambulatoire pour des problèmes de santé mentale, Lettre n°4, Avril 2003. www.rpsm78.fr. Consulté le 19/07/2004.

Ce qui était connu :

- Environ 2 à 3% de la population générale souffre de troubles psychotiques au sens large du terme.
- Chez 75% des patients schizophrènes, la première hospitalisation a été précédée en moyenne d'une phase prodromique de 5 ans et d'une préphase psychotique d'un an.
- La mise en place tardive de la prise en charge est un des facteurs déterminants pour le pronostic à long terme et l'avenir de ces patients.

Ce qu'apporte l'article :

- L'estimation du délai de prise en charge des patients consultants pour un état d'allure psychotique auprès des médecins généralistes.
- Nous mesurons une grande différence d'estimation selon le statut de la pathologie.
- Le délai est court et évalué pour pratiquement tous les patients présentant un EAP inaugural, mais le délai est long ou manquant chez les patients dont l'EAP est ancien ou déjà connu.
- Dans le cadre d'une détection précoce de signes d'alerte et d'une prise en charge adaptée des patients psychotiques, le médecin généraliste reste un maillon essentiel.

tableau III) : sphère psychique avec séparation des symptômes typiquement psychotiques (délires, hallucinations, pensée désorganisée) des symptômes plus atypiques ou plus larges ; symptômes de la sphère comportementale et symptômes de la sphère relationnelle.

Discussion

Notre enquête a permis d'estimer auprès de 951 médecins généralistes, le délai de prise en charge des patients consultants pour un état d'allure psychotique. Nous constatons une très grande variabilité dans cette estimation. Cette variabilité est une constante dans la littérature, quelle que soit la

médianes, allant de 3 à 26 semaines, étaient toujours très inférieures aux valeurs moyennes, reflétant une distribution très étale avec quelques valeurs maximales peu nombreuses mais tirant fortement la moyenne vers le haut. Nous constatons aussi que la plupart des études citées faisaient référence à des populations de moins de 100 patients suivis essentiellement de façon prospective en milieu hospitalier. Notre population est plus âgée, avec une proportion plus importante de femmes que dans les études de la littérature sur ce thème où l'âge moyen est en

Le besoin d'asile Colloque 2007 asm13

Département de Psychiatrie Adulte - Centre Philippe Paumelle

L'asile a été largement contesté par le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, la politique de secteur, le courant de l'antipsychiatrie. La lutte contre l'aliénation mentale et sociale passe aujourd'hui par une médicalisation de la psychiatrie, en même temps que par une réduction drastique des capacités d'hospitalisation. Dès lors, les pratiques soignantes, centrées sur les maladies, risquent de se limiter aux réponses les plus immédiates et symptomatiques, au détriment des besoins à plus long terme des malades. C'est dans ce contexte qu'il a semblé intéressant de poser la question s'il y a encore, dans la psychiatrie d'aujourd'hui, un « besoin d'asile ». Qu'en est-il aujourd'hui de la dialectique entre le temps et l'espace ? Entre la répétition du même, l'intemporalité, et la séparation ? Et, au plan plus pratique : les équipes de santé mentale doivent-elles organiser des dispositifs spécifiques pour ce « besoin d'asile » ? Ou bien faudrait-il solliciter d'autres structures d'accueil du champ social ou médico-social ? Que deviennent alors les conditions d'exercice d'une fonction soignante pour un patient vivant dans un lieu de vie ?

Renseignements : Colette Thévenin, 11 rue Albert Bayet, 75013 Paris
Tél. : 01 40 77 44 48 - Fax : 0145 83 28 77
Inscriptions souhaitées avant le 31 mai - E-mail: Colette.Thevenin@asm13.org

ANNONCES EN BREF

12 mai 2007. Paris. 4^e Journée d'étude d'APCOF, Association de Psychologues Cliniciens d'Orientation Freudienne sur le thème : *L'efficacité de la clinique*. Renseignements et inscriptions au tél. : 06 61 72 46 48.

1er et 2 juin 2007. Paris. Premières Journées Nationales du Réseau PIC sur le thème : *Médicaments en psychiatrie : des référentiels à la pratique*. Inscriptions : Claire Pollet, Service pharmacie, EPSM Lille Métropole, BP 10, 59487 Armentières Cédex. Contact : cpollet@epsmlille-metropole.fr

5 juin 2007. Toulouse. 12^{ème} Journée Toulousaine de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent sur le thème : *Adoption : et si on faisait « co-naissance » ?* Renseignements et inscriptions : Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA), CHU de Toulouse, Hôpital La Grave, TSA 60033, 31059 Toulouse Cédex 9. Tél. : 05 61 77 80 54, 05 61 77 78 74. Fax : 05 61 77 79 02. E-mail : raynaud.jph@chu-toulouse.fr

7 et 8 juin 2007. Digne-les-Bains. 17^{èmes} Rencontres d'étude de formation et de perfectionnement du GERART sur le thème : *Héberger et/ou soigner ? Quel avenir ?* Renseignements et inscriptions : Patricia Halmos, GERART, Centre Jean Wier, 5 rue Michelet, 92150 Suresnes. Tél./Fax : 01 41 44 27 10. E-mail : gerart@free.fr. Site : www.gerart.com

8 et 9 juin 2007. Montpellier. Troisième Congrès Franco-Algérien de Psychiatrie sur le thème : *Le suicide, de la culture aux neurosciences*. Renseignements : Dr Mohammed Taleb, Pavillon Calmette, Hôpital de Vernon, 5 rue du Dr Burnet, BP 912, 27207 Vernon Cédex. Tél. : 02 32 71 66 69. Fax : 02 32 71 69 10. E-mail : mohamed.taleb@chi-euroseine.fr

15 et 16 juin 2007. Fontevraud. XXXIX^{èmes} Journées du Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide et XXII^{èmes} Journées de Psychiatrie du Val de Loire sur le thème : *Alliance thérapeutique et refus de soins*. Renseignements et inscriptions : Mmes Guyot, Le Marec, Raimbault, Secteur 7 - CESAME, Sainte-Gemmes-sur-Loire, BP 50089, 49137 Les Ponts-de-Cé Cédex. Tél. : 02 41 80 79 93. Fax : 02 41 80 79 63. E-mail : s7.secretariat@ch-sesame-angers.fr - http://www.med.univ-angers.fr/services/AARP/index.htm

21 et 22 juin 2007. Nantes. 32^{èmes} Journées Nationales d'Etudes des péricultrices de l'ANPDE sur le thème : *Regards croisés sur l'enfance et l'adolescence en 2007*. Inscriptions : CERC. Tél. : 01 34 15 56 75.

22 juin 2007. Paris. Séminaire du CTNERHI sur le thème : *L'évaluation dans un nouveau système de compensation français*. Renseignements et inscriptions :

Régine Martinez, 01 45 65 59 40. r-martinez@ctnerhi.com Site : www.ctnerhi.com.fr (rubrique séminaires).

23 et 24 juin 2007. Paris. 6^{ème} Colloque de la Société Française de Thérapie Familiale Psychanalytique sur le thème : *La reconnaissance dans les liens de famille*. Inscriptions : Tél. : 01 45 43 97 05. E-mail : sftfp@noos.fr

28 au 30 juin 2007. Chambéry. XXI^e Congrès de l'Affortheec sur le thème : *Nouvelles prises en charge en thérapie comportementale et cognitive*. Renseignements et inscriptions : Odile Lecomte, 3 rue du Coteau, 74150 Rumilly. Tél. : 04 50 64 51 75. E-mail : affortheec@wanadoo.fr - Site : www.affortheec.org

29 juin 2007. Paris. Journées internationales de la Société Française de neurologie sur le thème : *Sclérose en plaques*. Inscriptions : BCA. Tél. : 001 41 06 67 70.

13 et 14 septembre 2007. Lille. Colloque francophone Esther Bick organisé par l'AFFOBEB. Inscriptions : Delphine Coens. Tél. : 03 28 55 67 52. E-mail : dcoens@santexcel.com

13 au 15 septembre 2007. Paris. 4^{ème} Congrès international francophone du CIFAS sur le thème : *L'agression sexuelle : Victimes et auteurs : un autre regard sur les violences sexuelles en santé mentale*. Inscriptions : Tél. : 01 46 49 16 41.

19 au 21 septembre 2007. Limoges. 23^{ème} Congrès international de la Société de psychogériatrie de langue française sur le thème : *Les innovations thérapeutiques : approche catégorielle et/ou approche dimensionnelle ?* Inscriptions : KSCommunication, 149 bd Voltaire, BP 242, 92602 Asnières Cédex. Tél. : 01 41 32 31 70. Fax : 01 41 32 31 75. E-mail : secretariat@kskom.com

21 septembre 2007. Paris. XXXIV^e Journée Scientifique organisée par l'association Phymmentin sur le thème : *Prédiction, prévention, précaution. Vous voyez ce que je veux dire...* Inscriptions : Association Phymmentin, Marie Rat. Tél. : 01 53 68 93 43. E-mail : jscientifique@wanadoo.fr

22 septembre 2007. Paris Sorbonne. Colloque organisé par l'Espace de Communication et d'Information Universitaire sur le thème : *« La mémoire humaine ». Classification, fonctionnement, pathologies, traitements*. Inscriptions : CUP, Boîte courrier 47, Université de Paris 5, 71 avenue Edouard Vaillant, 92774 Boulogne Billancourt Cédex. Renseignements : CUP. Tél. : 06 11 20 57 43. E-mail : gillespas@wanadoo.fr

28 septembre 2007. Paris. Séminaire du Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations sur le thème : *Nouveaux rebonds de l'accessibilité*. Renseignements : Régine Martinez. Tél. : 01 45 65 59 40. Fax : 01 45 65 44 74. E-mail : r-martinez@ctnerhi.com - Site : www.ctnerhi.com.fr

29 et 30 septembre 2007. Bordeaux. Colloque organisé par le Collège Aquitain de Psychopathologie de l'adolescent sur le thème : *Adolescence, crise en l'intime*. Inscriptions : Tél. : 05 56 08 35 01. E-mail : capa.college@wanadoo.fr

3 au 6 octobre 2007. Strasbourg. 26^{èmes} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique sur le thème : *Les troubles de la personnalité*. Les propositions de communication sont à adresser au Dr. N. Garret-Gloane, CNP, 27 Square La Pérouse, 44000 Nantes. E-mail : Nicole.Garret@wanadoo.fr. Tél. : 02 40 08 79 65. Fax : 02 40 08 79 69. Avant le 16 juin 2007.

4 et 5 octobre 2007. Arc et Senans (Besançon). 7^{ème} Colloque de la revue transculturelle *L'autre* sur le thème : *Métissages. A quoi cela sert en clinique et en travail social ?* Inscriptions : Anne Gérard, Association @ntigone. Tél. : 03 84 72 53 18. E-mail : anne-gerard-antigone@wanadoo.fr

6 octobre 2007. Paris. 22^{èmes} Journées d'Etudes de l'Ecole Propédeutique à la Connaissance de l'Inconscient sur le thème : *Le temps... a-t-il de l'avenir ?* Renseignements : EPCI, 1 rue Pierre Bourdan, 75012 Paris. Tél. : 01 43 07 89 26.

11 au 13 octobre 2007. Paris. Colloque francophone organisé par la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie sur le thème : *Psychologie et psychopathologie de l'enfant - 30 ans de clinique, de recherche et de pratiques*. Inscriptions : R. Voyazopoulos. E-mail : voyazopoulos@free.fr

12 et 13 octobre 2007. Toulouse. XIII^{ème} Carrefour Toulousain sur le thème : *Familles, explosion ou évolution ?* Informations : Joyce Aïn, Tél. : 05 61 74 23 74. Fax : 05 61 74 44 52. Carrefours 8 Médiactions, « La Source », 26 Chemin de Bessayré, 31240 Saint Jean. E-mail : carmed@carmed.fr - Site : www.carmed.fr

23 novembre 2007. Paris. Journées de l'Association du Centre Etienne Marcel sur le thème : *Psychothérapie et ses variations à l'adolescence*. Inscriptions : Tél. : 01 43 38 15 64. E-mail : cmpp.emarcel@noos.fr

6 et 7 décembre 2007. Dax. 10^{èmes} Journées de Psychiatrie de Dax sur le thème : *Autour de la notion de politique en psychiatrie*, organisées par l'Association pour la recherche et l'étude en psychiatrie publique, le Secteur de psychiatrie générale de Dax, le Centre Hospitalier de Dax-Côte d'Argent, avec la collaboration de la Société Portugaise pour l'Etude de la Santé Mentale, l'Union Internationale d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine, l'Association SOFOR et les éditions Erès. Renseignements : Centre de Santé Mentale, 1 rue Labadie, BP 323, 40107 Dax. Tél. : 05 58 91 48 38 ou 05 58 91 46 26. Fax : 05 58 91 46 84. E-mail : CRIA-DOC@ch-dax.fr, DARTIGUELONGUEC@ch-dax.fr

LIVRES

La Validation des Acquis de l'Expérience

Tome 1

Devenir aide-soignant par la voie de la VAE

N. Lude-Théodose

Tome 2

Le module de formation incompressible et obligatoire

Luc Ciccotti

Heures de France, 12,50 € et 13 €

Depuis l'arrêté du 25 janvier 2005, la validation des acquis de l'expérience permet l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant.

Le premier tome est un mode d'emploi de la VAE aide-soignant, un outil pédagogique pour accompagner dans le questionnement quant à la profession d'aide-soignant, l'élaboration du dossier de demande de VAE, les différentes démarches à effectuer auprès des employeurs, de la DDASS, de la DRASS et des IFAS.

Le candidat ayant opté pour cette procédure doit suivre un module de formation théorique d'une durée de 70 heures. Celui-ci doit notamment permettre au candidat de revoir les acquis indispensables à la pratique professionnelle soignante dans les cinq domaines suivants : la santé publique, la place de l'aide-soignant dans le système de santé, le rôle de l'aide-soignant : le patient au centre des préoccupations de l'équipe soignante, la sécurité et la qualité des soins aux personnes, l'hygiène et la prévention des maladies nosocomiales.

Le deuxième tome, conforme au contenu exigé à l'annexe III de l'arrêté du 25 janvier 2005, reprend chacun de ces domaines.

Nouveau cours de philosophie

Nicolas Eugène Géroze

Introduction de Serge Nicolas

L'Harmattan, 24 €

Ce livre est la reproduction en fac-simile de l'édition originale (1833) du livre de Géroze.

A partir de 1830, Victor Cousin s'est attaché à un enseignement laïque de la philosophie entièrement affranchi de toute autorité théologique en faisant promulguer, le 28 septembre 1832, un programme des questions de philosophie sur lesquelles les étudiants devaient être interrogés aux examens du baccalauréat. Ce programme, transaction entre l'école condillacienne et l'école éclectique, était divisé, comme le précédent, en trois parties ; mais ces parties n'étaient pas les mêmes. Au lieu de la logique, la métaphysique et la morale, c'étaient la psychologie, la logique et la mo-

rale. En outre, une partie complémentaire y était ajoutée : l'histoire de la philosophie. En comparant ce programme au précédent (1823), on est frappé tout d'abord par une nouveauté : l'apparition de la psychologie présentée comme la base des études philosophiques.

L'établissement d'une psychologie séparée, indépendante, servant de base à la science philosophique, fut la révolution principale opérée dans l'enseignement par Cousin.

Nicolas Eugène Géroze a publié en 1833 le premier livre de philosophie à l'usage des étudiants préparant le baccalauréat ès lettres d'après le nouveau programme de 1832. Cet ouvrage, intitulé *Nouveau cours de philosophie*, plusieurs fois réimprimé par la suite, est devenu un manuel adopté dans un assez grand nombre de collèges pendant de nombreuses années. L'âme ou le principe de la pensée est le seul objet de la philosophie. La psychologie est l'étude de l'âme considérée en elle-même ; elle consiste à donner la description de ses états et de ses opérations et à établir l'inventaire de ses connaissances et de ses facultés. La marche de l'intelligence, les procédés de l'esprit dans la recherche et la démonstration de la vérité, sont l'objet d'une autre partie de la philosophie qui a reçu le nom de logique. Les rapports de l'âme avec les forces semblables à elle, inférieures et supérieures, rapports qui déterminent ses devoirs à l'égard de ces forces sont l'objet de la morale et de la théodicée. La psychologie doit être le début de la science philosophique car l'existence du moi est le seul fait primitif que le doute ne puisse pas ébranler.

Promouvoir la relation de service

En action sociale et médico-sociale

2ème édition

Jean-René Loubat

Dunod, 32 €

Les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005, engagent à mener une véritable révolution culturelle à l'égard des personnes en situation de handicap. A une « culture des murs » et une logique d'établissement qui s'expriment notamment par l'équation : une personne égale une place, égale une structure, se substituent une « culture de la personne » et une logique de service personnalisé, qui s'expriment en tenues de projet personnel de vie et de parcours personnalisé de promotion.

Ce changement de perspective, qui ne vise plus l'intégration d'une personne dans une institution particulière mais sa promotion dans la société modifie l'exercice professionnel : une même personne doit pouvoir bénéficier des prestations de plusieurs services, agencés en fonction de ses besoins, car le recentrage sur la personne et son parcours entraînent une diversification des structures offrant des prestations. Cette diversité amène à repenser la notion même d'établissement, voire à l'abandonner, pour travailler davantage avec le paradigme de réseau, en partenariat avec de multiples équipes et services, ce qui pose la nécessité d'une coordination. Dès lors, « l'unité de référence » d'une personne bénéficiaire n'est plus, à proprement parler, un établissement, mais un coordinateur qui assure la liaison opérante entre les divers intervenants, ainsi que l'ajustement entre les besoins et la situation de cette personne et les services qui lui sont proposés.

Effondrements psychiques et cognition onirique

Thierry Dubois

L'Harmattan, 23 €

Les dépressions, au travers de leur large cadre nosologique, sont toutes issues d'un effondrement psychique. Dans cet ouvrage, Thierry Dubois remonte à leur source, dans les premiers moments de la vie élaborative et structurative de l'individu : la phase pré-objectale du nouveau-né.

NERVURE
JOURNAL
DE PSYCHIATRIE

45 €*
pour un an

75 €*
pour 2 ans

Tarif
étudiant et internes

30 €*

*supplément étranger
et DOM/TOM = 30 €/an

Bulletin d'abonnement

Le Journal de Nervure + La Revue

Je m'abonne pour : 1 an 2 ans

Nom :

Prénom :

Adresse :

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

Je souhaite recevoir une facture acquittée justifiant de mon abonnement.

NERVURE
JOURNAL
DE PSYCHIATRIE

LIVRES**Guide de l'assistante maternelle**

Isabelle Carles
Dunod, 25 €

Destiné aux assistantes maternelles, mais aussi aux autres professionnels, ce guide se structure autour de cinq axes : le rappel historique de la profession qui met en évidence les réalités contemporaines de ce métier ; le cadre institutionnel et réglementaire de la profession en remaniement depuis 2005 ; la présentation des besoins de l'enfant et les attentes des parents ; les différents aspects de la fonction d'assistante maternelle en réponse à ces besoins (communication, soins, fonction éducative) ; et le dispositif de formation prévu par la loi.

Parler avec les fous

Henri Grivois

Les empêchements de penser en rond

Créateur du service d'urgence psychiatrique à l'Hôtel-Dieu de Paris, Henri Grivois s'est toujours intéressé à la psychose et aux expériences initiales de celle-ci. Revendiquant et justifiant les termes de fou, de folie au détriment de celui de maladie devenu outrageant, l'auteur situe d'emblée son intention. Il nous propose un éloge de la folie empreint d'humanisme mais surtout subjectif, émotionnel voire esthétique. En témoignent ces extraits : « *Pourquoi la majorité des patients en psychose naissante m'apparaît-elle d'une étrange*

beauté ? »... « ... *Ce qu'on ressent est inquiétant et attirant. Les patients nous submergent, on se sent irrésistiblement envahi par eux...* », «...*Pour bien parler de ces patients, le lecteur admettra qu'il faut quasiment être en transe...* ». Henri Grivois, fasciné, tente de suivre la psychose au plus près de sa naissance. Celle-ci se déploie au contact des autres «... *On ne naît à la psychose que par mimétisme...* ». L'auteur affirme prendre le risque de faire un livre ennuyeux. On peut le rassurer, son ouvrage est riche, original et parfois déroutant.

Ph. Lascar

Assurance maladie et système d'offre de soins

Patrice Blémont
Pascal Olejniczak
Ellipses

Ce livre est centré, pour l'essentiel, sur l'assurance maladie en regard du système d'offre de soins en France. D'où certains choix opérés laissant délibérément de côté des réformes certes importantes, mais apparues dans des champs connexes qui ne relèvent pas directement du sujet.

Ce dispositif est constitué de sources et

de techniques de financement, de prestations diverses, de prises en charge des malades selon leur affection, et de liens techniques et directs avec le soin médical (le lien avec le médicament l'illustre). Sans même parler du fait que si le dispositif d'assurance maladie est obligatoire et universel, il n'est pas pour autant unifié puisque nombre de régimes particuliers consacrant des logiques souvent corporatives ont subsisté, malgré un effort récent pour rationaliser ce foisonnement.

Enfin, l'assurance maladie n'est pas une idée à proprement parler française. Si

on voulait à toute force lui trouver une nationalité, elle serait même plutôt allemande ou anglaise, avant d'être française.

On gagne souvent à comparer et à examiner comment sont organisés nos principaux partenaires, voire aussi comment ne sont pas organisés de nombreux pays. Placer l'assurance maladie en regard du système d'offre de soins, c'est aussi vouloir rapprocher de façon opératoire celui qui ordonne la dépense de celui qui la paie. Et c'est alors constater toute une série de paradoxes et de décalages qui sont explicités dans ce livre.

NERVURE

JOURNAL
DE PSYCHIATRIE

Directeur de la rédaction :
Gérard Massé

Rédacteur en chef : François Caroli

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

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

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

Publicité

médical
SUPPORTER
promotion

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

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

Directeur de la Publication :
G. Massé

www.nervure-psy.com



Fondation Santé
des Etudiants
de France

La Clinique Médico-Universitaire Georges Heuyer

68, rue des Grands Moulins -
75013 Paris
Tél : 01 45 85 25 17

recherche

2 MEDECINS SPECIALISES EN PSYCHIATRIE

à temps plein,

1 MEDECIN SPECIALISE EN PSYCHIATRIE

à temps partiel,

pour travailler en service
d'hospitalisation temps complet
auprès de patients de 16 à 25 ans,
dans le cadre d'une prise en charge
soins-études. Participation aux
astreintes médicales.

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

CV et lettre de motivation à adresser à
Mme Francine AUBRY, Directeur
Renseignements complémentaires
auprès du Dr Hélène LIDA-PULIK,
Médecin Coordonnateur

L'I.M.P ST-JOSEPH

21 rue Paul-Louis Lande
33000 BORDEAUX

recherche un psychiatre quart temps,

à partir d'octobre 2007,
orientation analytique
souhaitée

Contacts : Dr J. Bénazet,
05 56 92 72 36 ou
05 56 06 34 45

EPSM LA ROCHE-SUR- FORON (74)

recrute

un Praticien Hospitalier temps plein

pour le Secteur UCSA (Maison
d'Arrêt de Bonneville - 74)
Cadre de vie très agréable
entre lacs et montagnes.

Candidature et CV
à adresser à :

M. DUMOUTET,
Directeur Adjoint
Tél. 04 50 25 43 05

URGENT

PSYCHIATRE cède très importante clientèle
FIN JUIN
avec Cabinet à loyer faible.

Région Saint-Germain-en-Laye (78)
Tél. 01 30 71 30 86



Le Centre Hospitalier d'Oloron (64400)

recherche

un médecin psychiatre

attaché (30%) au Service de Médecine Polyvalente,
complété par un temps partiel (40%) auprès
de deux structures médico-sociales associatives pour
adultes handicapés mentaux en Vallée d'Aspe.
Fonctions à pourvoir au 1^{er} juillet 2007 (départ à la
retraite du seul psychiatre libéral du secteur).

Renseignements auprès du Dr. BERGES - Tél. : 05 59 39 07 12

Candidature à adresser à :

Direction du Centre Hospitalier d'Oloron,
Avenue Fléming - 64400 Oloron-Sainte-Marie



LE CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX (Finistère)

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

Agglomération touristique de 30 000 habitants
située à 60 Km 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
Fax : 02 98 62 69 18

Renseignements auprès de la Direction des Affaires Médicales :
02 98 62 69 11, ou du responsable du pôle de psychiatrie
(Dr AUERHAAN) : 02 98 62 62 78.



CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE NANCY

Avis de vacance de poste

Le Centre Psychothérapique de Nancy recherche pour son
unité d'accueil des urgences psychiatriques,
un **assistant spécialiste** à compter du 1^{er} mai 2007

Renseignements auprès de : Mme le Dr PICHENE
Chef du Département des Urgences Psychiatriques
Pôle Grand Nancy - Tél. : 03 83 85 20 88

Conditions requises :

- Doctorat de Médecine français ou CEE
- D.E.S. de psychiatrie
- Inscription à l'Ordre Départemental des Médecins

Candidature (lettre + CV) à adresser à :
C.P.N., Direction des Ressources Humaines, BP 11010,
54521 Laxou Cedex

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



165 rue de Paris - 95680 Montlignon
Tél. 01 34 27 15 60 - Fax. 01 34 27 15 44 - hdj@lamayotte.fr
www.ec-lamayotte-montlignon.ac-versailles.fr

MUTUELLE LA MAYOTTE

Mutuelle située dans le Val-d'Oise, gérant 3 structures sanitaires et médico-
sociales, **recherche pour ses établissements** (Hôpital de Jour, SESSAD et ITEP)
situés à MONTLIGNON

2 PSYCHIATRES ou MEDECINS GENERALISTES DESIRANT EVOLUER VERS LA PSYCHIATRIE (H/F) A TEMPS PLEIN OU PARTIEL - CGN 51

Profil du poste : le psychiatre participe à la mise en œuvre et à l'adaptation du
projet thérapeutique de chaque enfant, il est le garant médical de la prise en
charge de chaque enfant, donne, avant admission, son avis spécialisé sur
l'opportunité d'une prise en charge institutionnelle, rencontre l'enfant, ses parents
et les différents partenaires institutionnels au cours de la prise en charge, participe
aux diverses réunions institutionnelles concernant l'enfant pour lequel il propose
des indications thérapeutiques. Il est l'interlocuteur des autres médecins.

Contact

Adresser votre dossier de candidature, lettre de motivation, CV, copie des diplômes,
conception de la fonction de psychiatre en institution, à Monsieur le Directeur Général -
MUTUELLE LA MAYOTTE - 165, rue de Paris - 95680 MONTLIGNON



Le CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LA SAVOIE à CHAMBERY (BASSENS),
assure les soins en santé mentale pour l'ensemble du département (5 secteurs
adultes, 3 secteurs enfants et 1 département de psychopathologie de l'adolescent).

Etablissement dynamique : 60 médecins, 900 agents, hospitalisation complète
renouvelée, nombreuses structures extra-hospitalières, projet d'Etablissement
2006-2010 validé, accréditation V2 en cours...

LE CHS DE LA SAVOIE

Le CHS de la SAVOIE est à environ 1 heure de Grenoble, Lyon, Genève...
et des stations de ski.

RECRUTE

Son Praticien Hospitalier responsable de l'Unité Interdépartementale de soins intensifs en psychiatrie (USIP)

• Rattaché au Secteur G 01 : (secteur Chambéry sud - Chef de service : Docteur Philippe
SECHIER - 7 ETP). L'USIP de 18 lits a vocation à accueillir des patients difficiles débordant
les capacités thérapeutiques des unités de soins de psychiatrie dans un cadre sécurisant et
contenant afin de leur permettre de retrouver un comportement adapté en vue de leur
réinsertion dans un processus de soins.

• Missions : Finaliser le projet médical de l'USIP, suivre la création de la structure, assurer
le fonctionnement médical de l'unité.

• Compétence, qualité et parcours professionnel :

- Une expérience professionnelle significative (environ 10 ans) est demandée.
- Une formation et/ou un souci théorique pour la criminologie clinique sera appréciée.
- Un sens affirmé des relations sociales (écoute, communication) et une capacité à
arbitrer des situations difficiles en interne et avec les partenaires sont nécessaires.

Contacts / Renseignements :

- Docteur Philippe SECHIER - Chef de service - Secteur Chambéry sud : 04 79 60 30 42
- Docteur Anne-Hélène RANC - Présidente de la CME : 04 79 60 31 31
- Monsieur Jean-Maurice LASSERRE - Directeur du CHS de la Savoie : 04 79 60 30 01



LE CENTRE DE SANTÉ MENTALE HÔPITAL DE JOUR DE ROUEN

Recherche un médecin psychiatre

Poste disponible au 1^{er} juillet 2007

Le (la) candidat(e) intégrera l'équipe de soins et participera à la
construction et mise en œuvre du nouveau projet d'établissement.

Toute candidature est à adresser à : Madame PETIT
Directrice de l'Hôpital de Jour, MGEN Action Sanitaire et Sociale
25 rue Saint-Maur - 76000 ROUEN • mgen-49015@cvmmail.com

