

NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

MAI 2007 1

ISSN 0988-4068
n° 4 - Tome XX - 05/2007
Tirage : 10 000 exemplaires

Directeur de la Publication et de la
Rédaction : G. Massé
Rédacteur en chef : F. Caroli

Rédaction : Hôpital Sainte-Anne,
1 rue Cabanis - 75014 Paris
Tél. 01 45 65 83 09 - Fax 01 45 65 87 40

Abonnements :
54 bd La Tour Maubourg - 75007 Paris
Tél. 01 45 50 23 08 - Fax 01 45 55 60 80
Prix au numéro : 9,15 €
E-mail : info@nervure-psy.com

www.nervure-psy.com

■ EDITORIAL

G. Massé

La fin d'une polémique

Isabelle von Buelzingsloewen, maître de conférence en histoire contemporaine à l'Université Lumière Lyon 2 et membre du laboratoire de recherche historique Rhône-Alpes (LARHRA), après des années de recherche, vient de publier : *L'Hécatombe des Fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation* chez Aubier dans la collection historique dirigée par Alain Corbin et Jean-Claude Schmitt. Ce livre important pour la psychiatrie française, clôt une longue période de polémique, en démontrant que les malades morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques, devenus de véritables moujiks, n'ont pas été victimes d'un génocide voulu encore moins planifié. L'enquête qui a débuté en 2001 n'est pas une commande hospitalière mais un travail de partenariat associant université et conseil général du Rhône. Beaucoup attendaient, bien évidemment, la confirmation d'une hypothèse fréquemment avancée de l'extermination des malades mentaux par le régime de Vichy.

Ce travail lève l'hypothèse exterminationniste et propose une interprétation étayée du drame qui, en fait, n'a jamais été occulté même si il a répondu à des enjeux successifs depuis 1945. Conséquence de l'isolement asilaire pour les pères fondateurs du secteur, l'affirmation d'une implication de Vichy a été affirmée plus tardivement par certains psychiatres à la suite de la thèse de Max Lafont, ce qui a suscité l'intérêt au delà du milieu professionnel.

Si le livre d'Isabelle von Buelzingsloewen met fin « aux effets de censure et de refoulement » pour reprendre l'expression de Pierre Noël⁽¹⁾, la stratégie de l'amalgame a la vie dure, au delà d'une paresse intellectuelle et du poids de l'idéologie bien pensante et globalisante pour tout ce qui concerne la psychiatrie.

J'en veux pour exemple les articles récents

(suite page 2 ➡)

Le jeu pathologique

■ FMC V. Boillet

Les jeux d'argent semblent exister depuis les origines de notre civilisation. Les archéologues ont retrouvé des dés dans des tombes de pharaons égyptiens et en Mésopotamie.

Le jeu pathologique remonte également à l'antiquité ; Platon l'évoque et les empereurs romains ont du prendre des mesures pour limiter le jeu et ses conséquences.

Historiquement plus répandu dans les pays anglo-saxons qu'en France c'est dans ces pays qu'il a été le plus étudié et qu'ont été proposées les premières stratégies thérapeutiques.

Mais le jeu se développe en France au point d'être considéré, maintenant, comme un problème de santé publique. Les pratiques changent, plus accessibles, moins socialisées (jeux de grattage, jeux d'argent sur Internet...) il devient plus solitaire et plus compulsif.

Il n'existe, actuellement, aucun consensus tant sur la définition et la psychopathologie, que sur le traitement et les mesures de prévention à proposer.

Nous proposons de donner un aperçu sur les connaissances actuelles concernant le jeu pathologique. Cet article se limitera aux aspects du jeu pathologique chez l'adulte.

Définition et critères diagnostiques

Comme l'explique Marc Valleur⁽¹⁾ plusieurs concepts s'opposent : on trouve, par exemple, d'un côté des spécialistes abordant le concept de jeu comme une maladie, recherchant les déterminants neurobiologiques, psychologiques..., de façon à mettre au point des stratégies thérapeutiques, de l'autre on trouve une vision plus sociologique, anthropologique, faisant du jeu pathologique l'extrémité d'une courbe de Gauss, la population générale jouant régulièrement aux jeux de hasard et d'argent.

Pour Adès et Lejoyeux, le jeu pathologique se définit comme « un comportement répété et persistant du jeu d'argent exposant à des conséquences sociales, professionnelles et individuelles négatives ».

C'est en 1980 que le jeu pathologique apparaît dans la littérature médicale spécialisée comme une entité particulière, individualisée. Il est alors défini dans le DSM 3-R comme appartenant aux troubles des impulsions. Progressivement, il s'est trouvé inclus dans ce qu'on appelle les addictions sans substances.

Ainsi, les critères définis par le DSM 4 pour le jeu

(suite page 2 ➡)

La Nouvelle Gouvernance au risque du secteur ?

■ ORGANISATION DES SOINS

G. Bourcier

L'ordonnance du 2 mai 2005 comprend 5 chapitres^(1,2). C'est le premier d'entre eux qui traite de la réforme et du fonctionnement des établissements publics de santé. C'est cette réforme qui est couramment appelée « Réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière ». Dans ce cadre les grandes nouveautés sont la création du conseil exécutif et l'organisation en pôles d'activité médicaux, médico-techniques et administratifs. Toutefois, il convient de ne pas oublier de brosser le contexte général qui encadre la réorganisation interne de l'hôpital. Je rappellerai, simplement, deux séries de réformes essentielles :

1) La planification :

- disparition de la carte sanitaire et création des territoires de santé,
- nouveau régime des autorisations,
- contrat d'objectifs et de moyens entre l'ARH et

chaque établissement, définissant les objectifs quantifiés d'activité.

2) Le financement :

- mise en place progressive de la tarification à l'activité et bientôt de la V.A.P. qui en représente la déclinaison en psychiatrie,
- état prévisionnel des recettes et des dépenses qui s'est substitué au budget global.

Pour terminer ce rappel, j'évoquerai l'accréditation qui est devenue la certification et qui, dans sa dernière version, porte non seulement sur le cadre matériel de l'institution mais également sur les procédures de soins.

Je me risquerai à caractériser ce train de réformes de la façon suivante :

- Par rapport à l'ancienne planification et au budget global, nous pouvons repérer : un dispositif d'enca-

(suite page 4 ➡)

AU SOMMAIRE

ÉDITORIAL

La fin d'une polémique p.1

FMC

Le jeu pathologique p.2

ORGANISATION DES SOINS

La Nouvelle Gouvernance au risque du secteur ? p.4

THÉRAPEUTIQUE

Recueil des pratiques d'utilisation des traitements à action prolongée à visée antipsychotique utilisés dans les psychoses p.6

HUMEUR

Le coût psychique et financier de ne pas prendre le désir inconscient au sérieux p.8

ENTRETIEN AVEC

Isabelle von Buelzingsloewen Le devoir de mémoire est aussi un devoir de rigueur p.9

ADDICTIONS

Phénomène sectaire et problématique addictive : comment penser le parcours de l'adepte ? p.15

PÉDOPSYCHIATRIE

L'enfant victime en milieu scolaire p.19

ANNONCES EN BREF p.20

ANNONCES PROFESSIONNELLES p.21

Recueil des pratiques d'utilisation des traitements à action prolongée à visée antipsychotique utilisés dans les psychoses

■ THÉRAPEUTIQUE M.N. Vacheron

Les neuroleptiques conventionnels (NLC) ont marqué l'évolution du traitement de la schizophrénie et des troubles psychotiques depuis plus de 50 ans. Ils ont permis d'améliorer les symptômes de la maladie, de faciliter les autres types d'approche non pharmacologiques et de permettre la resocialisation des patients. Malgré les bénéfices obtenus par l'utilisation des NLC, les psychiatres se sont heurtés à la mauvaise observance de leurs patients vis-à-vis de ces traitements administrés par voie orale. Ainsi, chez les patients atteints de schizophrénie, plus de 35% des patients montrent des difficultés d'adhésion au traitement dès les 4 à 6 premières semaines de traitement et 75% sont partiellement observants avant la fin de la seconde année⁽¹⁾. La mauvaise adhésion au trai-

tement est liée à de multiples facteurs tels que la complexité de la prescription, l'intensité des effets secondaires, l'isolement social et affectif, la sévérité de la schizophrénie, l'importance des troubles cognitifs, la méconnaissance des troubles avec une faible capacité d'insight, la recherche d'un contrôle personnel sur la maladie mais aussi à une mauvaise qualité de la relation médecin-malade⁽²⁾.

Les neuroleptiques conventionnels injectables d'action prolongée (NAP) sont apparus dans les années 60, dans l'objectif de simplifier l'administration des traitements et de lutter contre les problèmes d'observance des patients. Cependant, ils ne sont plus prescrits que dans 20% des cas, du fait de leurs effets

(suite page 6 ➡)

S'ABONNER
à NERVURE
JOURNAL DE PSYCHIATRIE

mais aussi
à la Revue,
c'est si simple

Bulletin d'abonnement p.20

LIVRES ET REVUES

Exposition et désensibilisation en TCC

Daniela Eraldi-Gackiere et Pierluigi Graziani
Dunod, 24 €

Les thérapies cognitivo-comportementales font appel, souvent, aux techniques d'exposition et de désensibilisation qui amènent à se confronter, dans la réalité ou en imagination, aux situations problématiques. Après avoir présenté les principes théoriques de ces deux techniques, cet ouvrage traite de leurs applications dans des domaines aussi variés que l'alcool-dépendance, les troubles anxieux, les troubles alimentaires et les troubles sexuels. L'exposition favorise un travail thérapeutique « *in vivo* » d'analyse de la manière dont le patient construit le sens de ce qu'il vit et permet de proposer des hypothèses sur son caractère adaptatif ou pathologique. Le sujet se confronte à son monde intérieur et développe, peu à peu, un regard extérieur sur son propre fonctionnement. Il considère progressivement ses attributions comme des hypothèses qu'il critique et propose des alternatives réalistes et plus adaptatives à ce qu'il vit. La désensibilisation systématique propose une exposition en imaginaire et vise à déconditionner une réponse pathologique d'anxiété en associant l'objet phobogène à une réaction de détente. Elle est utile lorsque l'exposition *in vivo* s'avère impossible.

Homoparentalités

Dossier proposé par Alain Ducouso-Lacaze et Régine Scelles
Dialogue 2006 n°173
Erès, 16 €

Ce numéro aborde la manière dont le parent vit sa parentalité, sur la manière dont il pense, perçoit son enfant et se pense en relation avec lui. Les travaux présentés posent l'importance de prendre au sérieux la parole des parents sur leur propre rôle. Si il est question d'homoparentalité, les cas présentés montrent que parfois les personnes qui font un choix préférentiel d'un objet d'amour de même sexe qu'eux ont eu des relations sexuelles et amoureuses avec des personnes d'un autre sexe que le leur, cela pas seulement au moment de l'adolescence. De fait, le processus qui conduit au choix d'objet d'amour à l'âge adulte est complexe. Il est lié à l'histoire familiale mais également à la manière dont le sujet s'est et se construit encore dans une bisexualité psychique. Ainsi, que les couples homosexuels expriment un désir d'enfant, désir éminemment individuel mais formalisé avec un autre, oblige à repenser peut-être à l'étrange familiarité du désir et de l'amour pour « l'autre » de même sexe que soi. Les couples dont il est question dans ce numéro construisent des scénarios d'alliance qui demandent à être mis en regard d'un tiers, tiers qui est très présent dans la manière dont ces parents vivent leurs liens avec leurs enfants. Tous ou presque soulignent l'importance de leurs propres figures parentales dans leur manière de se vivre, de se penser, de se projeter parents de leur enfant. Si cela n'est pas spécifique aux couples homosexuels, il apparaît que ce regard peut peser sur cette expérience. La dimension interdisciplinaire de ce numéro, puisque un avocat, des sociologues, des psychologues et un psychanalyste s'y expriment, vise à favoriser la pensée à l'articulation de l'expérience d'une société donnée et celle des sujets singuliers qui la composent.

pathologique sont très proches de ceux définis pour les toxicomanies avec, notamment, les notions de dépendance physique (agitation lors des tentatives de réduction du jeu), psychique (préoccupation par le jeu), et de tolérance (besoin d'engager des sommes de plus en plus importantes pour obtenir les mêmes sensations).

Mais contrairement aux toxicomanies utilisant des substances psycho-actives, tout joueur, même pour une durée de jeu identique, ne va pas développer une dépendance au jeu, avec le caractère incontrôlable qu'elle implique ; ce qui fait dire que, paradoxalement, pour gagner aux jeux il ne faut pas être joueur.

Il convient donc de classer les différents types de joueur.

D'une façon sociologique on distingue généralement trois grandes catégories de joueurs :

- les joueurs sociaux : joueurs occasionnels, qui placent le jeu en tant que loisir,
- les joueurs professionnels,
- les joueurs pathologiques.

Dans la littérature médicale, on retrouve un large panel de système, permettant de nommer, définir, et classer les différents types de joueurs pathologiques en fonction des différents stades d'évolution des conduites de jeu. Shaffer (2) pour synthétiser les différents résultats d'études de prévalence propose d'utiliser une classification décrivant trois niveaux de sévérité :

- le niveau 1 correspond aux sujets n'ayant jamais eu de problème de jeu ; ceux qui ne jouent pas et les joueurs occasionnels, sans conséquence négative,
 - le niveau 2 représente les joueurs à potentiels à risques, présentant des conséquences néfastes (abus de jeux),
 - le niveau 3 est celui des sujets correspondants aux critères du DSM 4.
- Plusieurs échelles cliniques ont été élaborées pour le dépistage et l'évaluation du jeu pathologique. La plus utilisée en recherche est celle développée en 1987 par Lessieur et Blume, traduite en français par Lejoyeux : la *South Oaks Gambling Screen test* (SOGS) (3,4). Elle comprend 20 questions portant sur le jeu (antécédents familiaux et personnels ; les difficultés liées au jeu) et sur l'argent, s'apparentant aux critères diagnostiques du DSM.

Le jeu pathologique

En fonction du score obtenu on distingue, comme pour la classification de Shaffer, trois catégories : l'absence de problème lié au jeu, quelques problèmes, et les probables joueurs pathologiques.

Données économiques et épidémiologiques

Données économiques

Selon un rapport de l'INSEE remis au Sénat, depuis 1976, année de création du loto national, « les français sont de

milliards d'euros au jeu, contre 18 milliards en 2002. Cette tendance est observée dans tous les pays occidentaux, notamment en Amérique du Nord. Aux Etats-Unis, par exemple, entre 1979 et 1989 le chiffre d'affaire du jeu a augmenté de 1400%. Cette augmentation de l'activité des jeux d'argent est concomitante de l'augmentation de l'offre. En France l'offre de jeu s'est notablement accrue, les opérateurs ayant développé leurs réseaux de distribution (+9% de points de vente pour le PMU entre 1999 et 2005 ; le nombre de

Plusieurs études épidémiologiques ont été réalisées en Amérique du Nord et en Nouvelle Zélande sur le jeu pathologique.

En 1994, une étude de prévalence réalisée par Volberg et Abbot (5) sur une population n= 4053 de Nouvelle-Zélande a montré une prévalence de 2,7% de joueurs pathologiques et 4,2% de sujets présentant des problèmes de jeu. En 1997, ces mêmes auteurs ont montré une prévalence sur la vie de 1,8% pour le jeu pathologique, et de 3,1% pour l'abus de jeu dans la population nord-américaine (6).

En 1999, Schaffer et ses collaborateurs ont fait une métaanalyse à partir de 119 études de prévalence afin d'estimer le taux de prévalence des problèmes de jeux d'argent dans la population aux Etats-Unis et au Canada. Leurs résultats montrent un taux de prévalence de 1,60 dans la population adulte pour le niveau 3 (joueurs pathologiques), et de 3,85 pour le niveau 2 (abus de jeu). En 2001, les chiffres retrouvés par Shaffer sont de 1,46% pour le niveau 3, de 2,54 pour le niveau 2 (7). On estime donc la prévalence dans la population adulte entre 2 et 3% pour le jeu pathologique.

Critères diagnostiques du DSM 4

« Pratique inadaptée ; persistante et répétée du jeu » avec au moins cinq des manifestations suivantes :

- 1/ préoccupation par le jeu (par exemple, préoccupation par la remémoration d'expérience de jeu passées, par la prévision des tentatives prochaines ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer ;
- 2/ besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré ;
- 3/ efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu ;
- 4/ jouer pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (par exemple des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression) ;
- 5/ agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu ;
- 6/ après avoir perdu de l'argent, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour se « refaire ») ;
- 7/ ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu ;
- 8/ commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vol ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu ;
- 9/ met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'études ou de carrière à cause du jeu ;
- 10/ compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

plus en plus attirés par les jeux de hasard et d'argent ». La mise par habitant a atteint 130 € par an en 2003 (0,9% de leur budget), soit le double en 20 ans, ce qui correspond à un accroissement des dépenses de jeux par ménage de 3,1% par an en moyenne, lequel est supérieur au rythme d'augmentation de l'ensemble des dépenses de consommation (+ 2% par an). En 2004, les français ont dépensé 34

casinos est passé de 132 en 1991 à 197 en 2005).

Prévalence

En France, on ne dispose pas d'étude épidémiologique en population générale sur le jeu. Les données portent essentiellement sur les enjeux, mais on estime à 500 000 le nombre de joueurs dépendants.

La fin d'une polémique

incroyablement méprisants et désinformants de Michel Polac ou celui de Sophie Auouillé dans *L'Humanité* : « La politique actuelle de santé mentale qui promeut de manière hypocrite et souvent scandaleuse le handicap, feint de protéger ceux que par ailleurs elle relègue aux marges de la société ».

C'est pourquoi l'entretien présenté dans ce numéro mérite une lecture attentive. ■

(1) P. NOËL, *La famine dans les hôpitaux psychiatriques français pendant l'occupation (1940-1944). Quels échos dans la littérature psychiatrique ?*, L'Information Psychiatrique 1996, 8, 753-757.

(2) M. POLAC, *La cachexie d'Auschwitz*, Charlie Hebdo 28 mars 2007 et *Asiles, hospices, prisons pas rentables*, Charlie Hebdo 4 avril 2007.


S. AOUILLE, *Morts d'oubli à l'asile*, L'Humanité 30 mars 2007.

Notez le dans votre agenda!

CONGRES EUROPEEN DE L'ASSOCIATION MONDIALE DE PSYCHIATRIE

6-9 Février 2008
CNIT La Défense – PARIS


Ethique, Science et Psychiatrie de la personne



Président Juan Mezzich
Président du Comité d'Organisation Michel Botbol

Organisé par: L'Association des Sociétés Françaises Membres de l'AMP et les Représentants des Zones Européennes de l'AMP

Visitez notre site pour plus d'information:
www.wpa2008paris.com



Caractéristiques sociodémographiques des joueurs pathologiques

Selon les différentes études le jeu pathologique est plus fréquent chez les hommes, environ deux hommes pour une femme. Mais les femmes sont probablement sous représentées dans la population admise en traitement, donc sous représentées dans certaines études. Le jeu pathologique est aussi plus présent dans les couches sociales défavorisées. Des facteurs de risque⁽⁶⁾ ont été repérés tels que :

- antécédents familiaux de jeu pathologique ou d'alcoolisme,
- exposition précoce aux jeux d'argent,
- dépendance ou abus d'autres substances,
- importance de l'offre de jeu dans l'environnement.

Description clinique du joueur pathologique

Parcours du joueur pathologique

Il est classiquement établi depuis Custer⁽⁹⁾ que le jeu pathologique s'installe en trois phases

La phase de gain

Première phase de cette évolution, elle correspond au premier contact du joueur avec le jeu. Elle débute par des gains, d'importance variable pouvant aller de petites sommes au « big win ». S'ensuit une tentative de reproduction de cette expérience avec, au fur et à mesure, l'apparition d'un sentiment de maîtrise d'une technique de jeu infaillible, de maîtrise du hasard et de la chance. Durant cette phase gains et pertes s'alternent, mais le sujet a tendance à surestimer les premiers et à minimiser les seconds, renforçant le sentiment de maîtrise du jeu.

La phase de perte et de « chase »

Au début de cette seconde phase le sujet prend conscience de ses pertes, sans, pour autant, pouvoir s'arrêter de jouer ; tentatives pour « se refaire ». S'ensuit une période de « chase », terme difficile à traduire en français dans ce sens, durant laquelle le joueur joue de plus en plus pour compenser ses pertes, les conséquences du jeu renforçant le comportement du jeu en lui-même. C'est durant cette phase que la dépendance au jeu s'installe, s'objective, avec l'apparition pour le joueur d'un sentiment de besoin ; besoin d'abord d'argent, dans l'idée de gagner à nouveau, puis besoin simplement de jouer ; avec des symptômes de sevrage à l'arrêt⁽¹⁾.

La phase de désespoir

Durant laquelle les dettes de jeu s'accumulent ; suivie d'une phase d'abandon où le joueur ne joue plus que pour le jeu, ayant perdu l'espoir de gagner.

Les comorbidités du jeu pathologique

La comorbidité psychiatrique du jeu pathologique est importante. Plusieurs auteurs ont d'abord étudié par des études épidémiologiques l'intrication entre le jeu pathologique et les autres toxicomanies.

Daghestan⁽¹⁰⁾, en 1996, a mis en évidence que des abus de substances (tabac, alcool, drogues) sont présents chez 80% des joueurs. Inversement il apparaît dans certaines études que 9% des alcooliques et des toxicomanes ont présenté, à un moment de leur vie, une conduite de jeu pathologique, 10% ont eu des difficultés avec le jeu⁽¹¹⁾.

En 1995 Specker et ses collaborateurs⁽¹²⁾ ont étudié la prévalence d'autres troubles du contrôle des impulsions chez 40 joueurs pathologiques, comparés à un groupe de 65 témoins. Ils ont trouvé une prévalence de ces troubles significativement plus importante chez les sujets joueurs, avec :

- 25% d'achats compulsifs,
- 10% de comportements sexuels compulsifs,

- 7,5% de troubles explosifs intermittents,
 - 5% de Kleptomanies,
 - 2,5% d'exercice physique compulsif.
- En 2005, une étude épidémiologique réalisée à un niveau national aux États-Unis⁽¹³⁾ a retrouvé que :
- 73% des joueurs pathologiques ont un problème d'alcool,
 - 38,1% un problème de drogue,
 - 60,4% une dépendance à la nicotine,
 - 49,6% des troubles de l'humeur,
 - 41,3% des troubles anxieux,
 - 60,8% un trouble de la personnalité, la personnalité antisociale étant la plus fréquemment retrouvée (15 à 40% selon les études).

Les troubles de l'humeur comprennent la dépression, et les troubles maniaques et hypomaniaques.

Les rapports entre le jeu pathologique et la dépression semblent complexes puisque celle-ci se retrouve à plusieurs niveaux de l'évolution ; le jeu pouvant se présenter pour certains joueurs comme une activité contradictoire ou, au contraire, la dépression pouvant survenir à l'arrêt du jeu.

Les complications

Les complications retrouvées sont équivalentes à celles retrouvées pour les toxicomanies :

- complications socio-économiques : isolement social progressif avec abandon de l'activité professionnelle, de la vie familiale et des loisirs ; dettes, surendettement ; actes délictueux (vols, chèques sans provisions...),
- complications psychiatriques : dépression, abus d'autre substance, tentatives de suicide (le taux de TS est compris entre 17 et 24% des joueurs pathologiques).

Traitement

Le rapport remis par le sénateur Trucy a mis en évidence l'absence de prise en charge spécifique en France de la dépendance au jeu. Suite à ce rapport a été arrêté un plan gouvernemental de prise en charge et de prévention des addictions, qui prévoit, notamment que d'ici à la fin 2007 tous les hôpitaux aient une consultation ou un équivalent de liaison en addictologie, ainsi que la réalisation d'une expertise collective Inserm sur le jeu pathologique et les autres addictions sans substance.

Les conduites de jeu pathologique sont assimilées aux conduites addictives, à l'intérieur desquelles les comorbidités sont fréquentes. Les joueurs peuvent être pris en charge dans les centres spécialisés dans le traitement des dépendances. Une des particularités du joueur pathologique est la complication économique que sa dépendance entraîne, laquelle doit être systématiquement évaluée et prise en charge. Plusieurs types d'approche thérapeutique sont proposés : thérapie de soutien, psychanalyse, psychothérapies cognitives, psychothérapies comportementales, chimiothérapie.

Les thérapies cognitives

Ce sont les thérapies les plus utilisées dans les pays anglo-saxons. Elles sont proches de celles pratiquées pour d'autres addictions et associent :

- information sur le jeu,
- correction de croyances erronées,
- affirmation de soi et résistance aux sollicitations.

Les thérapies comportementales

Les thérapies comportementales se déroulent généralement en trois temps :

- analyses quantitative et qualitative du comportement de jeu, avec évaluation par les échelles de jeu pathologique (SOGS), remise de carnet à remplir par le sujet comportant les sommes jouées, gagnées, et perdues, la fréquence du jeu...

- sevrage en lui-même,
- maintien du sevrage par des tâches comportementales.

Plusieurs protocoles de sevrage ont été élaborés. Les plus connus sont le programme de Blaszczynski (1998) et celui de Ladouceur (2000).

Le premier comporte 7 phases :

- comprendre la motivation pour réduire ou arrêter de jouer,
- établir les objectifs de la prise en charge,
- évaluation du niveau de jeu,
- apprentissage de la relaxation, identification et gestion des émotions négatives, situations à risque et exposition puis prévention de la réponse,
- identification et changement des pensées irrationnelles en rapport avec le jeu,
- prévention des rechutes,
- soutien familial.

Le second porte, notamment, sur :

- la gestion des situations à risque, avec exposition aux situations de jeu,
- l'affirmation de soi,
- l'annonce à la famille et aux proches,
- l'élaboration d'un budget hebdomadaire, et le projet de remboursement des dettes,
- l'élargissement des activités de loisir,
- la prise en charge d'autres dépendances associées.

Traitements chimiothérapeutiques

Plusieurs chimiothérapies sont pour l'instant envisagées. Les recherches portent, principalement, sur des antidépresseurs comme les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, ainsi que sur les stabilisateurs de l'humeur (lithium principalement), dans l'hypothèse d'un trouble de l'humeur intriqué. A noter une étude portant sur la naltrexone dans l'addiction au jeu⁽¹⁴⁾. Mais encore aucune étude contrôlée n'a démontré l'efficacité d'un traitement sur le jeu pathologique.

Prise en charge socio-économique

Temps important de la prise en charge, elle comprend d'abord l'évaluation du retentissement économique pour le patient de sa conduite de jeux d'argent, ainsi que les mesures telles que la mise en place d'une sauvegarde de justice dans l'urgence, puis une curatelle ou une tutelle.

En France a été créée en 1990 une association, « SOS joueurs », comprenant des professionnels du jeu pathologique tant sur le plan psychologique que sur le plan juridique et social. Cette association s'adresse aux joueurs, ainsi qu'à leurs familles.

Conclusion

Le jeu pathologique a été très peu étudié en France, notamment sur le plan épidémiologique. On sait, cependant, que dans notre pays ces dernières années les sommes jouées augmentent parallèlement à l'offre, et que dans les pays anglo-saxons le nombre de joueurs pathologiques ne cesse de croître, et représente actuellement 1 à 3% de la population. Pathologie sévère, invalidante, d'évolution chronique, dont l'aboutissement est parfois dramatique. Les demandes spontanées d'aide sont le plus souvent tardives, les prises en charge sont donc difficiles, avec des résultats inconstants. Elles doivent s'inscrire dans la continuité, et font appel à diverses techniques (thérapies cognitivo-comportementales avec le développement de programmes de soin, chimiothérapie). Le rapport du Sénat préconise la création d'équipes spécialisées, ce qui existe déjà dans les pays nord-américains. La prévention doit être privilégiée : information, dépistage, prise en charge précoce, mesures de protection sociale. ■

V. Boillet*

*Service de F. Caroli, Hôpital Sainte-Anne, 75014 Paris.

Bibliographie

- (1) VALLEUR M, *Le jeu pathologique*, PUF, 1997.
- (2) SCHAFFER, *Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A Research synthesis*.
- (3) LEJOYEUX M, *Echelles de dépistage du jeu pathologique*, Neuro-psy 1999, 14, 67-71.
- (4) LESIEUR HR, BLUME SB, *The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gambling*, Am J Psychiatry 1987, 144, 1184-1188.
- (5) VOLBERG RA, *The prevalence estimates of pathological gambling in New Zealand*, Int J Epidemiol 1994, 23, 976-983.
- (6) VOLBERG RA, ABBOTT HW, *Gambling and problem gambling among indigenous people*, Subst Use Misuse. 1997, 32, 1525-1538.
- (7) SHAFER HJ, HALL MN, *Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling behaviour in the United States and Canada*, Can J Public Health 2001, 92, 168-172.
- (8) BLUME SB, *Pathological gambling*, In MILLER SN ed., *The principles and practice of addictions in psychiatry*, Philadelphia, WB Saunders, 1997, 422-432.
- (9) CUSTER RL, *Profil of the pathological gambler*, J Clin Psychiatry, 1984.
- (10) DAGHESTAN AN, ELENZ E, CRAYTON JW, *Pathological gambling in hospitalized substance abusing veterans*, J Clin Psychiatry, 1996, 57, 360-363.
- (11) LESIEUR HR, ROSENTHAL RJ, *Pathological gambling, a review of the literature*, J Gambling Stud 1991, 7, 5-39.
- (12) SPECKER SM, CARLSON GA, CHRISTENSON GA, MARCOTTE M, *Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers*, Ann Clin Psychiatry 1995, 7, 175-179.
- (13) PETRY NM, STINSON FS, GRANT BF, *Comorbidity of DSM-4 pathological gambling and other psychiatric disorders: result from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, J Clin Psychiatry, 2005, 66, 564-74.
- (14) KIM SW, *Opioid antagonists in the treatment of impulse control disorders*, J Clin Psychiatry 1998, 59, 159-164.

De la maladie

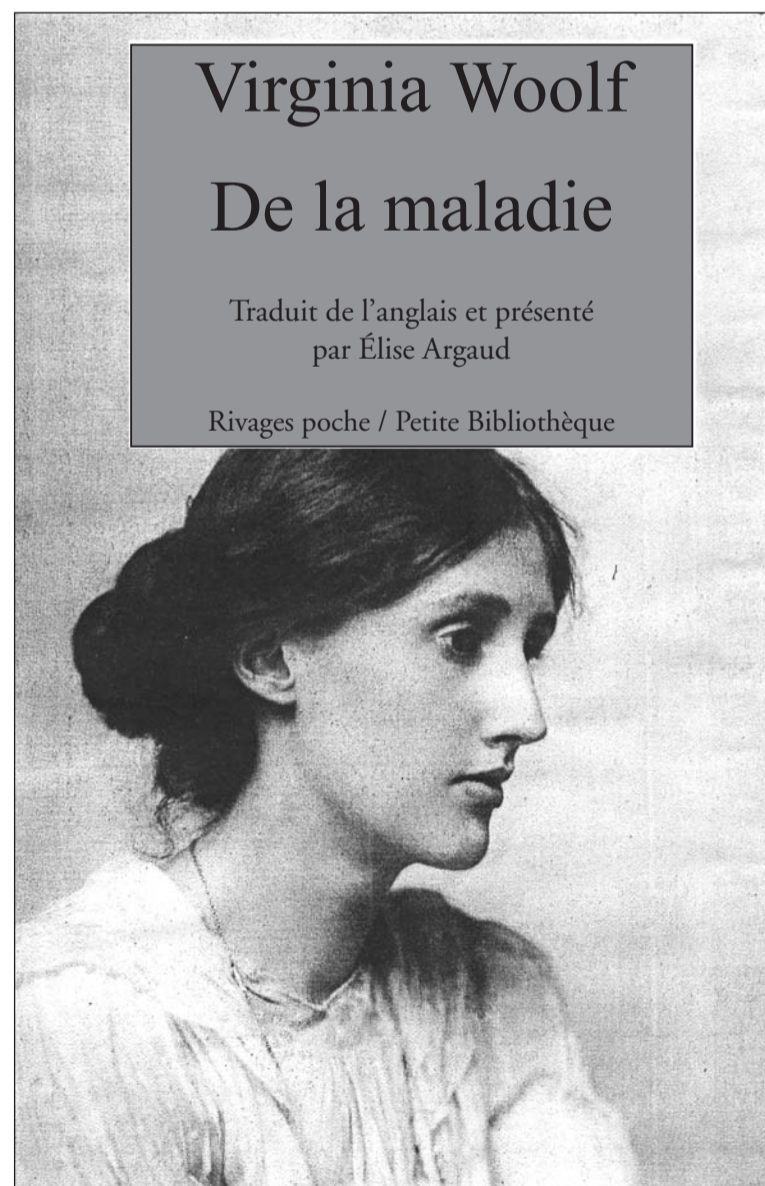
Traduit de l'anglais et présenté par Élise Argaud
Virginia Woolf
Rivages poche
Petite Bibliothèque, 5 €

Ce court texte de Virginia Woolf résulte d'une commande de son ami T. S. Eliot et a paru, pour la première fois, en janvier 1926, au moment où elle écrivait *La Promenade au phare*. Il ne se situe pas dans une perspective clinique décrivant des symptômes, n'étudie pas plus de l'extérieur la représentation de la maladie, mais privilégie une appréhension dynamique qui s'attache aux effets de la maladie, à ses changements concrets.

Loin d'appréhender la maladie sous un angle causaliste et se gardant de l'interpréter, Virginia Woolf n'y voit pas la manifestation d'une force surnaturelle ou divine, ouvrant sur un au-delà. Elle apprécie, dans cette mise en retrait forcée, une possibilité d'enrichir sa perception du monde, en jouissant de sa contemplation désintéressée et non plus de l'action.

C'est par ce pouvoir de la faiblesse, qui se reconnaît dans la maladie et se heurte au déni du corps en littérature, que Virginia Woolf, souvent malade, écrivain, amorce sa pensée. Ce texte est une réflexion sur les ressorts du processus créateur : par un décentrement de nos perceptions, l'expérience de la fragilité du corps renouvelle l'appréhension du monde et contraint à repousser les limites du langage. Sur un mode introspectif, proche de celui de ses journaux intimes, la réflexion se déploie évoluant d'une idée à l'autre jusqu'à tisser une trame dont émerge un tableau vivant de la maladie comme état et comme expérience.

L'acceptation de cette fragilité en tant qu'elle ouvre sur un autre champ de perceptions est une façon courageuse, comme elle le souligne elle-même, de tirer le meilleur d'un vécu douloureux. Dans *La Promenade au phare*, qu'elle rédige parallèlement à ce texte entre 1925 et 1927, le portrait qu'elle fait de sa mère s'apparente à un travail



de deuil. Malgré un vécu dépressif favorisé par des traumatismes de jeunesse, dont la mort de sa mère, puis celle de son frère Thoby et d'autres symptômes qui l'obligent sans cesse à s'aliter et s'accompagner de traitements (diètes, repos forcé, arrachage de dent contre la migraine, Chloral), Virginia Woolf

préserve l'équilibre fragile sur lequel repose son existence, les périodes d'exaltation alternant avec des phases d'abattement. Cet équilibre se trouve rompu par l'irruption de la guerre, qui la touche directement (sa maison londonienne est détruite par les bombardements) et qui, par sa violence, réveille ses angoisses.

LIVRES

Les Médecins

Bertrand Condat

Le Cavalier Bleu éditions

Ce livre de vulgarisation est utile pour mieux comprendre les enjeux des choix de société que nous avons collectivement à faire : faut-il considérer que notre système de soins est top onéreux ou faut-il, au contraire, continuer à dépenser beaucoup pour un domaine aussi essentiel que la santé, et maintenir la possibilité pour tous d'avoir un accès égal aux soins ? On perçoit, certes, que les études médicales sont longues mais qu'elles paraissent nettement plus courtes si l'on tient compte du statut de l'interne, plus médecin en formation qu'étudiant en médecine et qui touche déjà un salaire pour le travail qu'il effectue à l'hôpital. On comprend que la pléthore de médecins en France est derrière nous et que nous nous dirigeons vers une pénurie dont les conséquences sont difficiles à évaluer. On voit aussi que les médecins hospitaliers titulaires et les médecins libéraux installés de longue date ont des rémunérations relativement élevées mais qu'il existe des médecins hospitaliers en situation précaire et des médecins libéraux récemment installés avec des revenus bien inférieurs. On note que les dépenses consacrées à la santé en France représentent presque un dixième du PIB et ne cessent d'augmenter. Mais que, en-dehors de gaspillages qu'il faut combattre avec rigueur, ces dépenses sont le plus souvent utilisées à bon escient et ont permis une très nette amélioration de la qualité des soins médicaux. On constate peu d'inégalités dans la médecine curative en France mais de très grandes disparités sociales dans la prévention des maladies.

Il est conclu qu'il est utile que le généraliste médecin traitant soit le premier référent du patient en cas de problème de santé, mais qu'il est, cependant, nécessaire que la liberté de choisir son médecin persiste.

Petit livre noir des psychothérapies en France

Michel Dégrange

Avec la collaboration de Jean-

Marc Meurville

L'Harmattan, 14 €

Les auteurs traitent des psychothérapies américaines, et de la façon dont elles abordent le « *malaise dans la civilisation* » sur un mode critique. En effet, elles tendent à envahir de nombreux domaines où elles étaient encore inconnues il y a une décennie. Ainsi, les étudiants des grandes écoles entendent parler de PNL pour se préparer à leur recrutement, les ingénieurs propagent des slogans de Palo Alto sous couvert de la qualité industrielle, des psychiatres pratiquent en France selon des principes provenant d'outre-atlantique : thérapies familiales, analyse systémique, Gestalt thérapie...

La psychologie universitaire est imprégnée de références à la théorie de l'information, principalement dans ses traductions les plus modernes, où elle s'accroît et se radicalise. Le cognitivisme contemporain, la systémique, tout comme les expériences de psychologie procèdent d'une conception identique pour les auteurs de ce livre : elles abordent la communication humaine, comme si elle était un processus neutralisé de sélection, d'encodage et de traitement de l'information. L'essentiel des processus mentaux n'ayant qu'un rapport analogique lointain avec le traitement de l'information, les théories et les pratiques découlant d'un tel schéma sont perçues comme réductionnistes.

drement et de prescription beaucoup plus contraignant qu'auparavant. Il s'exerce, dans un couplage serré, depuis la région jusqu'aux établissements, qu'il s'agisse de définir les activités (nature, volumes, procédures) ou les budgets.

- Par rapport aux rôles traditionnels des uns et des autres au sein de l'institution hospitalière, une inflexion vers une approche médico-économique de la gestion hospitalière, avec une plus grande implication des médecins - et des soignants dans une moindre mesure - dans la gestion de l'institution et dans la prise des décisions stratégiques.
- Une délégation partielle de la gestion en direction des services médicaux - donc la promesse d'un certain degré d'autonomie des services avec, par conséquent, une plus grande rapidité de prise de certaines décisions -, cette délégation étant conditionnée par une contractualisation entre le directeur et le responsable de pôle.

- Les activités de soin s'inscrivent désormais dans le cadre de pôles dont la présentation par l'ordonnance de 2005 donne à penser qu'ils ont été pensés avant tout pour l'hôpital, c'est-à-dire pour le MCO. C'est bien entendu l'une des raisons de notre interrogation: quel avenir pour le secteur dans la nouvelle gouvernance et, en particulier, dans le cadre des pôles ?

En effet, c'est surtout par rapport aux pôles que se pose me semble-t-il la question de la place du secteur dans le cadre de la nouvelle gouvernance : le pôle en raison de l'esprit qui l'anime d'une part, et d'autre part, en raison de son dimensionnement.

Cependant, il ne faudra pas non plus oublier d'interroger l'avenir du secteur par rapport aux données actuelles de la territorialité.

Un double objectif

La nouvelle gouvernance entend répondre à un double objectif : maîtrise des dépenses de santé et amélioration ou rationalisation de l'offre de soins.

- Pour ce qui est de la maîtrise des dépenses de santé elle est devenue une règle insistante. Compte tenu de l'expansion des budgets de santé depuis plusieurs décades, l'Etat et ce, quel que soit le gouvernement en place, entend contenir la progression des budgets et les déficits des institutions de santé. L'Assemblée Nationale vote l'O.N.D.A.M. et les Agences Régionales répartissent les ressources de façon contraignante : en prescrivant les quantités d'activité souhaitables et en les rémunérant selon des tarifs nationaux qui s'imposent à tous. La différence d'un gouvernement à l'autre peut se situer non pas au niveau du principe général de contrôle budgétaire mais au niveau - évidemment essentiel - de la façon de traiter différemment ou non les institutions publiques et les structures privées à but lucratif. Le risque pour les institutions publiques étant que leurs missions spécifiques ne soient pas suffisamment prises en compte et que cette méconnaissance les tire vers le même idéal de rendement que celui des structures à but lucratif alors que celles-ci n'ont pas à faire aux mêmes clientèles, n'assurent pas les urgences, n'ont pas de missions de prévention, etc...

En dehors de cela qui est, encore une fois, essentiel, il ne paraît pas malsain que le service public - et donc les acteurs du public que nous sommes - se préoccupe de ce qu'il coûte et s'intéresse à la meilleure utilisation possible, en termes d'offre de soin, des moyens mis à la disposition de l'institution. Pas malsain donc que les acteurs du soin pèsent davantage sur les choix stratégiques et la gestion de l'institution.

- Venons-en, maintenant, à l'amélioration et à la rationalisation de l'offre de soins qui sont affichées comme un objectif central des pôles. Sur ce plan,

La Nouvelle Gouvernance au risque du secteur ?

la psychiatrie de secteur a-t-elle à redouter la mise en place des pôles ? L'esprit, la dynamique, les avancées de la politique de secteur sont-ils compromis par le pôle ? Le pôle est-il compatible avec le secteur ?

Il n'est pas douteux que le cadre conceptuel du pôle c'est l'hôpital alors que le secteur tire l'organisation de la psychiatrie vers un territoire qui n'admet pas l'hôpital comme son centre. Le secteur c'est la société toute entière, dans toute l'étendue de son existence. C'est dans cet espace que se déploient les réseaux qui autour des malades engagent les acteurs de la psychiatrie et un grand nombre de partenaires sociaux. Le service de psychiatrie ne se laisse donc pas réduire à sa part hospitalière. Ceci est particulièrement éclatant lorsque les réseaux psychiatriques se conjuguent au-delà de la sphère des établissements de rattachement.

C'est par exemple le cas du Réseau de Psychiatrie Sud Yvelines qui conjoint les établissements publics, privés, des praticiens libéraux, des médecins généralistes... Le cadre du travail pluripartenarial qui s'est installé fait que l'incitation à s'organiser en pôles sonne comme un véritable recul par rapport à la géométrie spatiale et relationnelle des pratiques acquises.

En réalité, il n'y a pas que la psychiatrie qui n'est pas réductible à l'hôpital. Au fil des années on découvre que l'exercice de plusieurs spécialités médicales déborde le cadre de l'hôpital. C'est, par exemple, le cas de la gynécologie-obstétrique et de la pédiatrie qui s'inscrivent maintenant dans les réseaux périnatalité, et plus généralement des réseaux ville-hôpital.

Au-delà de l'arrimage hospitalier du pôle se pose la question de la compatibilité de la structure plurielle du pôle (un pôle étant égal à plusieurs services) avec les principes qui soutiennent l'organisation du secteur.

La circulaire du 15 mars 1960 indique, de façon centrale, l'exigence d'une « *même équipe médico-sociale pour tous les malades, dans la continuité entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation, l'hospitalisation, la post-cure* »⁽¹⁾.

Le cadre d'intervention de la politique de secteur est construit autour de la notion de proximité, caractérisé par une fidélité aux liens engagés avec la population desservie, les publics concernés étant les malades mais aussi les personnes qui ont été soignées, et encore celles qui ne sont pas malades, dans un continuum qui va du soin à la prévention, de la psychiatrie à la santé mentale, la dimension de réseau, de solidarité partenariale étant essentielle à tous les niveaux de ce continuum.

Dès lors, on comprend mieux pourquoi les syndicats de psychiatres se sont battus pour faire admettre qu'en psychiatrie - et en psychiatrie seulement - un pôle pouvait être égal à un secteur. Pour autant, peut-on dire que lorsqu'un pôle n'est pas égal à un secteur, on s'éloigne nécessairement des bénéfices de la politique de secteur ? La multiplicité des variantes possibles du cas de figure, « *un pôle est constitué de plusieurs services* » ne facilite pas la réponse à la question.

En hôpital spécialisé, un secteur de psychiatrie d'adultes peut s'associer à un ou deux autres secteurs de psychiatrie d'adultes, à un secteur de psychiatrie infantile-juvénile, ou à tous ceux-là. En C.H.G. on peut retrouver les mêmes alliances mais aussi d'autres combinaisons avec les urgences, la neurologie, tout autre service somatique. Pour la P.I.J. un modèle fréquemment retrouvé est celui du pôle mère-enfant avec la pédiatrie, la maternité, la néonatalogie...

Donc, pour un service de psychiatrie l'entrée dans un pôle de la confluence de plusieurs services est-elle nécessairement synonyme de perte de l'ancrage communautaire de la psychiatrie publique, de perte des liens partenariaux de proximité ? Par ailleurs, la confluence avec d'autres spécialités que la psychiatrie doit-elle faire redouter pour la psychiatrie la perte de moyens au profit d'autres spécialités qui seraient jugées plus indispensables ?

Là encore, la diversité des situations locales ne permet pas de répondre de façon univoque, soit par la confiance totale, soit par la méfiance absolue. Inversement, l'inquiétude que suscite la mise en place des pôles relativement au devenir des valeurs du secteur ne doit pas faire oublier que le dit secteur, tout en constituant une avancée de première grandeur dans le champ de la santé publique, n'est pas sans imperfections^(3, 4, 8, 9). Celles-ci sont de divers ordres :

- D'une part il ne suffit pas de sortir de l'hôpital pour en abandonner l'esprit de clôture et d'isolement : on peut installer la psychiatrie dans la cité de façon très néo-asilaire. Il peut y avoir loin entre les principes de référence de la psychiatrie désaliéniste⁽²⁾ et la réalité de l'engagement communautaire des équipes de psychiatrie publique. Et pas toujours en raison du manque de moyens.

- La disponibilité des structures ambulatoires est loin d'être toujours suffisante, le travail de crise encore assez assuré, de même que la présence à l'hôpital général (urgences, liaison) même si l'on est rattaché à un hôpital spécialisé. Tout ceci est, bien sûr, vrai aussi bien pour la psychiatrie générale que pour la P.I.J.

- La population a considérablement évolué depuis les découpages sectoriels des années 70 qui sont parfois devenus aberrants lorsqu'ils ne l'ont pas toujours été et n'ont été que très peu remaniés ultérieurement.

- Par ailleurs, au plan national, les

moyens restent très inégaux entre les secteurs.

J'arrête là la liste de ce qui concerne, finalement, pas tant les principes de la politique de secteur que les modalités de son application.

Cependant des effets d'un autre ordre ont été recensés au fil du temps. Ceux-là sont plus structurels :

- le mélange des âges et des pathologies au sein des structures de soin,
- le relatif monolithisme de l'offre de soins au sein d'un secteur avec un fréquent manque de variété des références théoriques et des propositions thérapeutiques,
- la rareté des réponses spécialisées pour des besoins particuliers,
- et encore le défaut des prises en charge somatiques.

Plus particulièrement chez les adultes, la psychiatrie de secteur s'est essentiellement mise en place à partir de la psychose accueillie à l'asile. S'est-elle suffisamment tournée vers d'autres souffrances ou d'autres pathologies : l'exclusion, le suicide, le SIDA, la douleur, l'accompagnement des mourants, des maladies chroniques, la dépression, le mal être, les personnes âgées... ?

Au fond, tout se passe comme si le fait que le secteur soit à la tête de l'ensemble des unités de soins afin qu'une même équipe assure la continuité des soins se payait d'une certaine uniformité de l'offre de soins.

Cette question a été abordée de façon assez passionnée pendant les années 90 à propos de l'intersectorialité.

Guy Baillon⁽¹⁾, par exemple, nous mettait en garde contre l'intersectorialité qui éloigne l'équipe de la vie sociale et donc des objectifs d'un véritable travail de santé mentale.

Nicole Horassus-Jarrié⁽⁷⁾ soulignait l'évolution en cours en indiquant le passage « *de la notion de continuité des soins à celle de cohérence d'un réseau de soins* »...

Le débat ressurgit donc avec les pôles mais bien sûr de façon beaucoup plus ample puisque les regroupements dont il s'agit portent non plus sur les unités

Politiques de la « psy »

Dossier coordonné par Franck

Chaumon et Frédéric Gros

Raisons politiques

Etudes de pensée politique

2007 n°25, Presses de Sciences Po,

17,50 €

Dès leur éditorial, Franck Chaumon et Frédéric Gros plantent le cadre de ce numéro : « *Si la psychologie, la psychanalyse et la psychiatrie se déplient vers un rapport constant au politique, ce nouage est évidemment diversifié et historiquement mouvant. Ce sont les facettes de la politique des « psys » que nous avons voulu déployer dans ce numéro de Raisons Politiques* ».

Jean-Michel Landry montre, à partir de cours inédits de Foucault au Collège de France, prononcés en 1980, une généalogie secrète de la fonction « psy » dans toute sa généralité. Dans les premiers monastères chrétiens se serait institué un certain rapport entre l'individu et sa propre vérité, chacun se trouvant appelé à extérioriser et construire par le verbe, devant un autre, le secret de lui-même. Or, ce dispositif matriciel de subjectivation est encadré par une injonction d'obéissance : l'individu est épinglé à son discours de vérité par une structure de soumission première. Paul Mengal se situe à l'autre bout de la chaîne : la psychologie dans sa version la plus contemporaine (le comportementalisme) est réfléchie cette fois comme l'alliée secrète du néo-libéralisme. Philippe Pignarre et Guillaume Le Blanc

présentent deux figures contrastées de cette nouvelle « *psychiatisation des existences* » : le premier en établissant comment l'invention des psychotropes a bouleversé les stratégies d'implantation de la psychiatrie ; le second en montrant comment la transformation du sujet politique, de citoyen pourvu de droits politiques en individu vulnérable, conduit à une demande inédite de santé mentale.

« *L'affaire des psychothérapies* », à savoir le souci de réglementation de ces pratiques, a agité le législateur depuis trois années. Sans entrer dans les méandres des combats dans et hors assemblées (sur lesquels Jean-Pierre Sueur revient) il semble que l'ampleur du phénomène est considérable pour qu'un gouvernement se mette en demeure de légiférer un domaine aussi complexe.

Les « *psychothérapies* » sont un bien commun pour qu'on puisse envisager de les encadrer, de les normaliser, de les garantir. Fait de culture, fait d'époque incontestablement, fait politique aussi, que l'on pourra interroger à partir de la psychanalyse en ce qu'elle s'oppose au titre de la singularité radicale de chaque cure, ainsi que le fait dans ce numéro Michel Plon.

Hors dossier, Eric Farges interroge le recours à Michel Foucault lors de la réforme pénitentiaire (loi du 18 janvier 1994 qui a transformé la médecine carcérale).

On trouve, également, dans ce numéro important, un entretien passionnant avec Elisabeth Roudinesco.

intersectorielles communes à plusieurs secteurs mais sur le regroupement de plusieurs secteurs voire le regroupement de services de psychiatrie avec des services MCO.

Prenons l'exemple de 2 situations qui concernent la psychiatrie infanto-juvénile.

- Si l'on prend l'hypothèse du regroupement de 3 secteurs de psychiatrie adulte + 1 secteur de psychiatrie infanto-juvénile, on voit bien qu'en termes d'organisation de l'offre de prévention et de soin il est possible d'attendre des transformations positives de ce regroupement : amélioration de la qualité des relais et passages entre P.I.J. et psychiatrie de l'adulte ; accueil des grands adolescents et jeunes adultes dans des cadres plus spécifiques, en hospitalisation plein temps ou de jour ; amélioration de la prise en charge des enfants de parents malades mentaux ; approche globale des actions de prévention dans la communauté.

- S'agissant du regroupement de la pédiatrie et de la pédopsychiatrie dans le cadre d'un pôle mère-enfant, on peut facilement imaginer l'intérêt de l'enrichissement mutuel des apports de ces deux spécialités notamment dans le registre de la prévention et du soin chez les jeunes et très jeunes enfants ; pour réaliser une prise en charge précoce des dysfonctionnements du lien parents-enfants ; pour que les enfants et adolescents présentant des troubles psychiques soient davantage et mieux accueillis dans les services d'hospitalisation pédiatriques ; pour être plus efficaces dans la prise en charge des suicidants...

Si l'on ajoute que la délégation de gestion ne sera effective, et probablement efficiente, que pour les pôles qui atteignent une certaine dimension (c'est la notion de « *taille critique* ») il paraît souhaitable de s'intéresser sérieusement à cette hypothèse : un pôle est égal à plusieurs secteurs, ou services, et de n'y renoncer que si les conditions locales ne sont véritablement pas en faveur d'un projet qui contienne, à la fois, la promesse d'un enrichissement de l'offre de soins et la garantie du maintien de l'ancrage communautaire qui constitue le limon de la politique de secteur.

Il nous semble donc important « *que toutes les hypothèses soient explorées ; et que les décisions d'alliance ne résultent que d'un véritable engagement mutuel des acteurs* ». Ceci nécessitant non pas des découpages à priori, mais un véritable travail de maturation, seul susceptible, dans les conditions favorables « *de conduire à un projet de pôle qui, de manière principielle et concrète, soit suffisamment garant des objectifs poursuivis par les uns et par les autres* »⁽⁵⁾.

La territorialité

Pour finir, je voudrais aborder la question de la territorialité car elle a un rapport étroit avec notre sujet^(9, 10).

• En 1970 a été instituée la carte sanitaire qui déterminait le nombre de lits et places par spécialité dans chaque secteur sanitaire. La carte sanitaire ignorait la santé mentale.

• En 1991 a été institué le schéma régional d'organisation de la santé. La psychiatrie qui avait son schéma départemental l'a conservé alors que le MCO se construisait de façon régionale en épousant les secteurs sanitaires.

• En 1996, création des ARH et de l'allocation budgétaire régionale pour le MCO, la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation. La région devient un espace budgétaire et géodémographique commun à l'ensemble de la médecine.

• En 2003 à l'aube du SROS 3 création des territoires de santé qui se substituent à la carte sanitaire. Les bassins de vie et leurs hôpitaux généraux sont les pôles organisateurs prévalents des territoires de santé. La psychiatrie est donc intégrée tout à la fois au SROS et

aux territoires de santé.

Par conséquent, avant la carte sanitaire, seule la psychiatrie était organisée en référence à la notion géodémographique. Depuis et par étapes au cours des dernières décades, l'ensemble de la médecine s'y est inscrite mais avec une géométrie différente que la psychiatrie ne peut pas méconnaître sauf à se couper, comme le montrent bien G. Massé et E. Vigneron⁽¹⁰⁾, « *d'une architecture d'ensemble cohérente pour la santé mentale comme pour les soins somatiques* ». Cette architecture repose sur deux entités organisatrices : la région qui nous est devenue familière avec le SROS, les territoires de santé d'émergence plus récente.

Il est vrai que le découpage des territoires de santé décourage parfois toute recherche de cohérence avec les secteurs. C'est le cas, notamment, pour Paris. Mais plus généralement il paraît possible d'inscrire les secteurs dans les territoires de santé, territorialement et fonctionnellement c'est-à-dire, tout à

la fois, l'espace géodémographique et l'esprit de la politique de secteur. La dimension de bassin de vie devant disposer de l'ensemble des équipements de proximité qui est celle des territoires de santé paraît intéressante pour la mise en oeuvre d'une planification locale, ascendante, qui est tout à fait en harmonie avec l'esprit de la politique de secteur.

Si, à partir de cette notion de territorialité, on fait un retour sur les pôles, on aimerait comme le suggère P. Eche⁽⁶⁾ pouvoir soutenir l'idée que la question préalable au choix d'une configuration de pôle est celle de son adéquation avec les besoins de santé d'une population. La cohérence des pôles, étant comme il l'indique, à trouver « *au dehors* » ; c'est-à-dire en dehors du seul hôpital, à partir d'une démarche de planification travaillée dans un esprit de démocratie sanitaire (conjuguant les tutelles, les élus, les acteurs de santé, les usagers), successivement au niveau de la région (c'est l'étage du SROS),

des territoires de santé et enfin de l'établissement hospitalier : les configurations de pôle s'inscrivent en résonance avec les résultats de cette démarche. Nul doute que comme le secteur originellement ce projet à toutes les allures d'une utopie. Raison de plus pour s'en occuper sérieusement. ■

G. Bourcier

Chef de Service, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, EPS Esquirol, 6 rue Dohis, 94300 Vincennes.

Bibliographie

- (1) G. BAILLON, *De l'intersectorialité sans nuances à une « cosectorialité bien tempérée »*, Bulletin du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, n°4, septembre 1996.
- (2) L. BONNAFÉ, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Recherche, n°17, Cerfi, mars 1976.
- (3) L. BONNAFÉ, Thèses 1997 sur la « *Psychiatrie de secteur* », La Lettre de la Psychiatrie Française, n°69, novembre 1997.
- (4) G. BOURCIER, *Secteur es-tu là ?*, Nervure, avril 1996.

même pathologie.

Fragilisés par des cloisonnements de compétence, les médecins se voient par ailleurs conférer par les pouvoirs publics un rôle qui n'est pas le leur, qu'il s'agisse de lutte contre le dopage, ou de lutte contre la délinquance. Olivier Middleton dénonce les orientations prises par le législateur imposant aux médecins de dénoncer toute suspicion de dopage, alors que la lutte contre ce dernier, visant à éradiquer toute prise de produit pour conforter l'idée selon laquelle « *être sportif, c'est être sain, pur, parfait* », est totalement contredite par le modèle occidental de la pratique sportive, qui repose essentiellement sur la compétition.

Pierre Poloméni a résumé l'analyse des initiateurs de l'appel « *Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans* ». La question de la santé mentale est devenue cruciale. C'est peut-être parce que l'idéal de la responsabilité individuelle stigmatise ceux que les problèmes de structuration de soi empêchent de décider et d'agir par eux-mêmes de façon appropriée. L'approche écologique de la santé proposée par André Cicoella propose de prendre en compte les facteurs de risque environnementaux et comportementaux pour mieux relever le défi des maladies chroniques en ouvrant un espace aux malades tout en leur garantissant un suivi à long terme. Santé mentale et santé physique sont indissociables pour Daniel Sibony, car entre la prise en charge médicale du corps-visible et la prise en charge psychologique du corps-mémoire il y a un entre-deux dont l'ignorance rend malade.

L'idée selon laquelle la politique de santé publique ne concernerait que la relation médecin-malade est largement dépassée compte tenu des enjeux économiques liés au progrès technique et scientifique. Dès lors, la politique de santé publique est focalisée sur la maladie, la performance des équipements et des centres de recherche et leur rentabilité et non sur les besoins de la population. Or, en dehors de l'orthodoxie médicale, diverses pratiques psychocorporelles de santé se sont développées et ont une utilité en terme de prévention et de bien-être. L'entretien avec Charles Damm témoigne d'une pratique de prévention ancestrale de bonne santé, le tai chi chuan, qui lui permet de vivre un troisième âge satisfaisant.

L'article de Stéphane Héas sur les pratiques psychocorporelles souligne combien il est indispensable qu'elles soient reconnues et prises en compte dans le cadre d'une véritable politique de santé, sous peine d'être en total décalage avec les souhaits et savoirs des populations, et de certains groupes professionnels constitués de praticiens médicaux et paramédicaux. François Gremy propose d'ajouter à l'enseignement de santé publique une composante collective et sociétale mais, aussi, d'ouvrir cet enseignement à d'autres auditeurs que les seuls médecins, afin d'éviter que le royaume de la santé n'implose de ses propres divisions internes. La logique de réseau qui s'est développée pour remédier à la crise du système de santé, était nécessaire pour que les acteurs de la santé publique puissent prendre en compte la complexité et la diversité des situations rencontrées. Philippe Chossegros souligne les risques liés à l'institutionnalisation d'un tel mode de fonctionnement, qui le vide de sa dynamique relationnelle d'origine, et l'affaiblit car la logique de gestion imposée par les pouvoirs publics s'accompagne d'un désengagement budgétaire.

(5) G. BOURCIER, B. DURAND, C. ISSERLIS, *Un pôle est égal à un projet*, Pluriels, n°57, avril 2006.

(6) P. ECHE, 5^{ème} Journée de travail des Psychiatres Publics d'Enfants et d'Adolescents d'Ile de France « *Quels pôles pour la P.I.J. ?* », Hôtel de Ville de Paris, 18 avril 2006.

(7) N. HORASSUS-JARRIE, *Une vision ambitieuse : le secteur*, L'Information Psychiatrique, n°7, septembre 1995.

(8) S. KANNAS, *Le secteur pour quoi faire ?*, Pluriels n°3, avril 1996.

(9) A. LOPEZ, *Le secteur psychiatrique en devenir*, L'Information Psychiatrique, n°3, mars 1999.

(10) G. MASSÉ, E. VIGNERON, *Territorialité et santé mentale*, Pluriels, n°60, juillet 2006.

(11) Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

(12) Ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Enfin, Dorothée Benoît Browaeyns montre comment les grandes crises sanitaires (sang contaminé, ES, amiante) ont incité les pouvoirs publics à déléguer leur responsabilité à l'expertise scientifique pour l'évaluation des risques encourus, et aux structures administratives pour assurer la visibilité de la prise en compte du problème aux yeux de l'opinion publique. Dominique Vuillaume, décrivant les relations entre la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) et l'expertise scientifique, souligne que, dans le champ conflictuel de la politique des drogues, les progrès de la connaissance n'éteignent pas les controverses mais offrent des points de repère validés susceptibles de nourrir des débats citoyens constructifs. Reste aux politiques à trouver les voies et les moyens d'ouvrir de tels débats publics. Vincent Bonnet présente enfin, dans ce numéro, l'écologie de l'activisme thérapeutique d'un mouvement collectif, Act Up, né d'une volonté désespérée de faire progresser la recherche scientifique pour répondre à l'angoisse de la mort.

Territoires en santé mentale : du cloisonnement au partenariat

Pratiques en Santé Mentale 2007 n°1

Le territoire, s'il peut être un cadre administratif de planification des lits et des services, est aussi celui de la rencontre possible des différents professionnels, des élus ainsi que des usagers qui développent leurs propres associations et les GEM, héritiers des clubs thérapeutiques. Certes, le secteur psychiatrique est devenu, dans un second temps, (en 1985) un espace de planification, mais il était avant tout un cadre soignant qui inversait la logique asilaire pour faire de la proximité et de la continuité des soins le fondement même du dispositif psychiatrique.

Les territoires tels qu'ils émergent dans le paysage sanitaire actuel, bien loin d'être la fin du secteur, peuvent aussi faciliter les partenariats avec les différents acteurs présents dans la cité, qui n'ont pas les mêmes repères territoriaux que la psychiatrie.

Aussi, opposer réseau et secteur n'a pas de sens, lorsque l'on est réellement engagé dans la logique du partenariat, sous réserve de ne pas oublier cette exigence de la continuité des soins y compris dans sa dimension transférentielle.

Des mots ponctuent ce numéro comme frontière, limite, porte, pont, partage, langage commun.

Il s'agit d'élaborer en commun des projets avec les acteurs du social et les professionnels du médico-social de telle sorte que l'on puisse garantir à la fois une continuité des soins, un hébergement personnel, un revenu minimum et un accompagnement quotidien de qualité (avec le recours possible d'un GEM et d'un SAVS), qui correspondent aux attentes des personnes souffrant de troubles psychiques au long cours et de leurs familles.

On passe progressivement d'une psychiatrie encore isolée, voire retranchée dans « *sa tour d'ivoire dépressive* » comme l'évoque Pierre Delion dans la synthèse finale, à une pratique ouverte et partagée avec les différents acteurs présents sur les territoires, avec comme vocation l'expérience du secteur psychiatrique qui constitue le terreau sur lequel d'autres occurrences sont possibles pour que les patients puissent se construire des trajectoires de vie ayant un sens.

LIVRES ET REVUES

Ordonner le réel sans stigmatiser

Rhizome

Bulletin national santé mentale et précarité, Mars 2007 n°26

Ce numéro est construit autour de l'exploration des catégories cliniques, sociales, médico-sociales, en s'affrontant à cette ambivalence par diverses entrées. « *Votre fils est autiste* », « *je suis schizophrène, bipolaire* » ; oui, d'accord, mais pas seulement ! Certains textes rappellent comment s'est construite la classification américaine des maladies mentales, le DSM III-R, et l'on sera surpris par l'emprise des facteurs externes à la science médicale sur l'émergence des nouvelles catégories. Quant au « *handicap psychique* », il permet une reconnaissance en termes de droits, alors même qu'une stigmatisation perdure. Passer du statut de « *sans domicile stable* » à celui de « *sans domicile fixe* », « *donc* » à un homme ou une femme « *de la rue* », cela construit une mentalité collective, cela porte sans doute de nouvelles formes d'identité. Le passage d'une catégorie à une autre entraîne-t-il une errance, une construction identitaire : suis-je Rmiste, chômeur, pauvre, malade mental, SDF, citoyen malgré tout ? Peut-on transformer une stigmatisation en force d'action ?

Familles et institutions confrontées au handicap Liens familiaux, perspectives culturelles et thérapeutiques

Dialogue 2006, n°174

Erès, 16 €

Le premier dossier de ce dossier rassemble des recherches cliniques récentes sur le handicap. Les auteurs utilisent des dispositifs de recueil de données différents : psychothérapie individuelle ou familiale, travail institutionnel avec les familles, groupe d'analyse de la pratique, rencontres avec l'enfant, ses parents et les éducateurs. Florence Bécar parle de la psychothérapie individuelle d'une personne non handicapée. A travers cette prise en charge apparaît le poids d'un « *transfert agglutiné* » avec le thérapeute qui renvoie aux relations identificatoires de la patiente avec sa sœur trisomique. Evelyne Grange-Ségeral expose comment le risque d'indifférenciation est constamment présent dans les situations de handicap lourd. Frédéric Pérez montre comment les éducateurs se trouvent, de manière très différente les uns des autres, sous l'emprise des parents et aussi parfois des frères et sœurs. La communication ne circule plus, les troubles deviennent ceux des éducateurs qui doivent résister à ces effets d'emprise. Ce n'est qu'en percevant la souffrance du parent qu'ils peuvent se dégager de ces mécanismes. Denis Mellier montre que les troubles de la communication se retrouvent très directement dans la difficulté à apprécier les problèmes d'un enfant et que les éducateurs n'arrivent plus à penser car ils sont prisonniers d'une oscillation entre sous-estimation ou amplification des troubles comportementaux de l'enfant. Marie-Claude Camélio expose enfin ses hypothèses concernant les troubles de la communication dans le cas du polyhandicap. La seconde partie de ce numéro reprend les conférences tenues lors du colloque de la revue le 13 janvier 2007. Jean-Georges Lemaire et Olivier Abel traitent de l'évolution des relations sociofamiliales en adoptant le point de vue du psychanalyste (Lemaire) et du philosophe (Abel). Jacques Commaille discute en tant que sociologue de la question des liens familiaux contemporains, Philippe Robert et Monique Dupré la Tour des pratiques et des concepts permettant de les penser et de les concevoir.

secondaires souvent invalidants et de leur association à une représentation stigmatisante de la maladie (3).

L'avènement des antipsychotiques atypiques de seconde génération a considérablement modifié les habitudes de prescription, l'approche de la maladie et le rapport des patients à leur prise en charge. Les antipsychotiques atypiques apparaissent en effet plus efficaces sur l'ensemble des symptômes positifs, négatifs et cognitifs de la maladie et ils sont mieux tolérés notamment sur le plan neurologique (4, 5). Bien qu'ils soient actuellement préconisés en première intention dans les guidelines, ils n'ont pas considérablement amélioré l'observance des patients (6). Ainsi, une étude réalisée auprès de pharmaciens a montré un taux de compliance semblable entre les patients traités par neuroleptiques conventionnels (NLC) et les patients traités par antipsychotiques de seconde génération, en comparant le taux de renouvellement des ordonnances (7). Les patients partiellement observants ont tendance à faire renouveler leur prescription avec retard. Ces jours de retard correspondent à des jours pendant lesquels les patients n'ont pas pris leur traitement. Dans cette étude, le pourcentage de patients ayant mal pris leur traitement était sensiblement le même sur une année quel que soit le type de traitement à visée antipsychotique prescrit : soit 5% (110 jours sans traitement) chez les patients traités par un antipsychotique atypique et 7% (125 jours sans traitement) chez ceux traités par un NLC (7). Par ailleurs, Smith et al suggèrent que la non adhésion au traitement est associée de façon significative au fait que les patients sont convaincus d'une absence de risque de rechutes, et non aux éventuels effets secondaires (8).

Les antipsychotiques atypiques à action prolongée (APAP) associent les avantages des antipsychotiques de seconde génération et ceux de la forme injectable à action prolongée. Une étude a été réalisée fin 2006 auprès de psychiatres français exerçant dans des services de psychiatrie du secteur public, en intra et/ou extra-hospitalier. L'objectif était de mieux connaître l'utilisation, en psychiatrie, des traitements injectables à action prolongée à visée antipsychotique, afin de favoriser leur bon usage et d'évaluer le besoin d'élaboration de recommandations consensuelles sur l'usage de ces traitements dans les psychoses.

Méthodologie

Cent quatre vingt-deux psychiatres ayant une expérience de l'utilisation des traitements antipsychotiques oraux (neuroleptiques conventionnels et antipsychotiques atypiques) et des formes injectables (NAP, APAP) ont accepté de participer à cette étude naturalistique. Sur une période allant du 15 juillet au 20 décembre 2006, des données uniquement qualitatives ont été colligées, concernant 1212 patients chez lesquels un traitement injectable à action prolongée était instauré depuis un mois au plus. Ce recueil de données devait ainsi permettre de recueillir les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients traités, et le contexte d'instauration du traitement. Par ailleurs, le questionnaire interrogeait également les praticiens sur les projets thérapeutiques et sur les modalités d'accompagnement et/ou les actions d'information éventuellement envisagées pour les patients et leurs familles.

Les données qualitatives recueillies au cours de cette étude étaient uniquement et issues de deux types questionnaires :

- un questionnaire général sur l'utilisation « théorique » par les psychiatres des traitements injectables à action prolongée à visée antipsychotique (APAP et NAP),
- un questionnaire concernant le patient

Recueil des pratiques d'utilisation des traitements à action prolongée à visée antipsychotique utilisés dans les psychoses

renseignant sur l'utilisation « réelle » par les psychiatres de ces traitements chez des patients vus en consultation. Une seule évaluation descriptive par patient était effectuée. L'ensemble des données a été présenté par le Comité scientifique* aux médecins ayant participé à cette étude et débattu avec eux, dans le cadre d'une réunion qui s'est déroulée à Paris fin janvier 2007. Les résultats et commentaires sont résumés dans cet article.

traitement injectable à action prolongée », les réponses des médecins sont variables mais l'on constate que l'APAP est volontiers retenu en intention de prescription. Il est plus souvent retenu que les NAP dans les cas suivants : une mauvaise observance, une maladie chronique avec au moins trois épisodes psychotiques, une stabilisation clinique difficile qui peut-être liée à une mauvaise réponse au traitement antérieur, des hospitalisations pour exacerbations

le patient et pour le prescripteur. La notion de contrat de confiance intervient probablement dans ce choix, même si le prescripteur connaît le risque de rechute du patient. La communication et la relation thérapeutique avec le patient sont des éléments essentiels au clinicien pour obtenir une bonne compliance et prévenir la rechute ainsi que le soulignent Misdrachi et al (9).

Le traitement à action prolongée à visée antipsychotique est préférentiellement instauré à l'hôpital, pour 87,2% dans le cadre d'une hospitalisation temps plein, et pour 15,9% dans le cadre d'une hospitalisation temps partiel ; dans 80% des cas, la première injection est souhaitée en milieu du séjour à l'hôpital. Les patients bénéficiant d'un traitement à action prolongée sont surtout des patients non observants pour lesquels l'instauration est plus aisée à l'hôpital.

Concernant l'information donnée au patient sur son traitement, les psychiatres apparaissent très satisfaits puisqu'ils estiment que la qualité de cette information est satisfaisante dans 79% des cas. Elle est également jugée satisfaisante dans 67% des cas sur les modalités de la prescription (période de relais du traitement oral vers la forme injectable) et dans 78% des cas sur la nécessité d'un suivi infirmier pour les injections intramusculaires. Une information sur le traitement, lors de son instauration, est donnée à la famille lorsque celle-ci (ou le patient lui-même) la demande (54% des cas) ou bien lui est faite de façon systématiquement et individuelle (45% des cas). Afin d'accompagner le patient lors de l'instauration du traitement injectable à action prolongée, les infirmières sont informées sur le traitement dans 89,6% des cas. Les informations données concernent en priorité le traitement et ses modalités de d'administration (91,2%), la nécessité de poursuivre l'antipsychotique oral après la première injection (93,2%) le cas échéant (ex : APAP), la conduite à tenir en cas de rendez-vous manqué (84,4%), les objectifs d'une régularité des rendez-vous patient-infirmier (76,9%), et la surveillance des prodromes de rechute (72,1%). Pour 7% des médecins répondants, les événements indésirables ne sont pas assez signalés et expliqués aux infirmiers alors qu'ils représentent un des motifs majeurs d'arrêt du traitement par le patient (10).

Dès l'instauration du traitement, tous les psychiatres interrogés anticipent l'accompagnement au long cours de leurs patients avec : un suivi infirmier comprenant l'organisation du suivi des injections (97%), la programmation de soins psychothérapeutiques (68,3%), la prise de contact avec le médecin généraliste pour le suivi du traitement en ambulatoire (37,8%), l'organisation du relais par des infirmiers libéraux avec formation sur le traitement (28%), l'organisation du relais par des infirmiers libéraux sans formation préalable sur le traitement (15,2%). A travers ces chiffres, on peut remarquer que les équipes de soins psychiatriques souhaitent une participation des médecins généralistes et des infirmiers libéraux dans le suivi en ambulatoire des patients psychotiques, notamment dans les régions où le secteur est peu développé. Les infirmières libérales sont bien considérées comme des « *personnes relais* » dans le suivi des soins alors que, dans 15 % des cas, elles ne

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population incluse

	APAP N= 994	NAP N=147
Niveau d'études		
Primaire	35%	48%
Secondaire	48%	39%
Diplôme obtenu	17%	13%
Compréhension maladie		
Très bien	26%	18%
Assez bien	41%	33%
Moyennement	26%	36%
Mal	7%	14%
Situation professionnelle		
Milieu ordinaire	15%	8%
Milieu adapté	8%	6%
En formation	8%	5%
Sans emploi actuellement	38%	40%
N'a jamais travaillé	30%	42%
Situation familiale		
Célibataire*	67%	74%
En couple*	19%	13%
Divorcé/séparé/veuf	14%	14%
Aucun enfant**	75%	82%
Un enfant ou plus**	25%	18%

* Données manquantes : N= 3 ; **Données manquantes : N=73

Tableau 2 : Sources de revenu des patients

	APAP N=284	NAP N=61
Source de revenus		
Invalidité	5%	10%
AAH	81%	89%
RMI	3%	2%
Pas de revenu	11%	0
Protection des biens		
Aucune	60%	44%
Curatelle	27%	39%
Tutelle	11%	15%

Résultats

Les médecins ayant participé à l'étude ont renseigné 166 fiches de questionnaire général dont 165 ont pu être analysées et 1266 questionnaires concernant le patient dont 1141 ont été analysés.

Analyse du questionnaire général : intention de prescription

La totalité des médecins interrogés utilise le traitement à action prolongée, aussi bien le NAP que l'APAP, pour plus de deux patients sur dix dans 78% des cas, contre 22% des cas pour un à deux patients sur dix. Les NAP sont utilisés en moyenne depuis 14,5 ans (écart-type : 7,3) et l'APAP depuis 2,2 ans (écart-type : 1,3) soit le plus souvent depuis le début de sa commercialisation sinon à l'occasion des études cliniques de phase 3 précédant cette dernière.

A la question « *Quels sont les patients psychotiques susceptibles de recevoir un*

répétées des symptômes ou une reconnaissance partielle de la maladie par le patient. En revanche, les NAP sont, en intention de prescription, préférentiellement prescrits aux patients dont le comportement est agressif, violent ou perturbateur (37,3% des cas pour les NAP contre 29,3% pour les APAP) et ils sont alors associés à l'image de « *camisole chimique* ». La réflexion des psychiatres est dans ce cas plus « *comportementale* », peut-être aussi plus contre transférentielle, quand ils sont interpellés par l'entourage, les autorités...

Les critères de choix les moins fréquents tant pour l'APAP et encore plus pour les NAP sont les patients présentant un premier épisode psychotique, les patients sans traitement antipsychotique préalable et les patients avec exacerbation des symptômes psychotiques mais non hospitalisés. Les psychiatres ne prescrivent donc pas ou très peu de traitement à action prolongée lors d'un premier épisode psychotique, ce traitement étant encore perçu comme stigmatisant à la fois pour

bénéficient d'aucune formation sur le traitement. D'après Patel et col, les infirmier(els) sont plutôt favorables au traitement injectable à action prolongée mais souhaiteraient bénéficier de formation portant sur la gestion de l'alliance thérapeutique et l'organisation de la prise en charge au long cours⁽¹¹⁾. Le débat avec les médecins de cette étude conclut qu'un effort de formation et d'information apparaît nécessaire pour une meilleure efficacité et une meilleure observance du traitement à moyen et long terme du patient.

Pour conclure la première partie de cette étude sur la place des traitements injectables à action prolongée à visée antipsychotique, plusieurs questions émergent à la lecture des résultats concernant les intentions de prescription des psychiatres :

- Si le psychiatre est plutôt satisfait de l'information dispensée au patient, comment ce dernier perçoit-il réellement l'information ? En effet, malgré l'amélioration des traitements injectables à action prolongée certains patients continuent à arrêter leur traitement oral, bien qu'ils expriment en préférer la forme, ou à refuser la maladie. L'information sur la nécessité d'un traitement continu est-elle suffisamment répétée au patient, et ce dès le début de la maladie ou bien est-elle délivrée lors de l'instauration d'un traitement injectable ?

- Le travail avec les familles est assez peu cité alors qu'il s'agit pour la plupart de patients chroniques. On peut supposer que les familles ne sont plus présentes lors de l'instauration du traitement à l'hôpital soit parce qu'elles ne sont plus là, soit parce qu'elles prennent une part moins active dans le suivi des patients ou qu'elles sont volontairement écartées des soins à la demande des patients si elles sont trop pathogènes. Or, l'association des familles dans les soins apparaît essentielle afin de réduire les rechutes et les réhospitalisations. C'est ainsi que les bénéficiaires des programmes d'éducation et de participation des familles ont été décrits dans un certain nombre d'études⁽¹²⁾.

- L'APAP est encore peu prescrit après un premier épisode psychotique aigu mais reste réservé aux patients ayant rechuté du fait d'une mauvaise observance. La prescription d'un traitement représente souvent une négociation avec le patient dans le cadre de la sortie de l'hôpital. Celle-ci prend en compte la notion d'un isolement éventuel du patient, de sa compliance et de ses capacités d'insight par rapport à la maladie.

Analyse du questionnaire concernant les patients

Les données concernent l'utilisation chez des patients psychotiques, en pratique naturalistique, des traitements injectables à action prolongée à visée antipsychotique de type APAP et NAP. Parmi les fiches recueillies, 1141 ont été exploitables. Trois et demi pour cent des dossiers n'ont pas été exploitables soit pour non précision du type d'injectable à action prolongée instauré, soit pour utilisation de l'injectable à action prolongée hors du cadre de l'instauration (traitement en cours ou modification de la posologie d'un traitement en cours). L'APAP était prescrit dans 87% des cas contre 13% de prescription pour les NAP. Les psychiatres ont tendance à prescrire un antipsychotique de seconde génération en première intention, selon les règles de recommandation. Cette modalité de prescription s'observe également depuis la mise à disposition d'un antipsychotique de seconde génération à action prolongée.

Données socio-démographiques

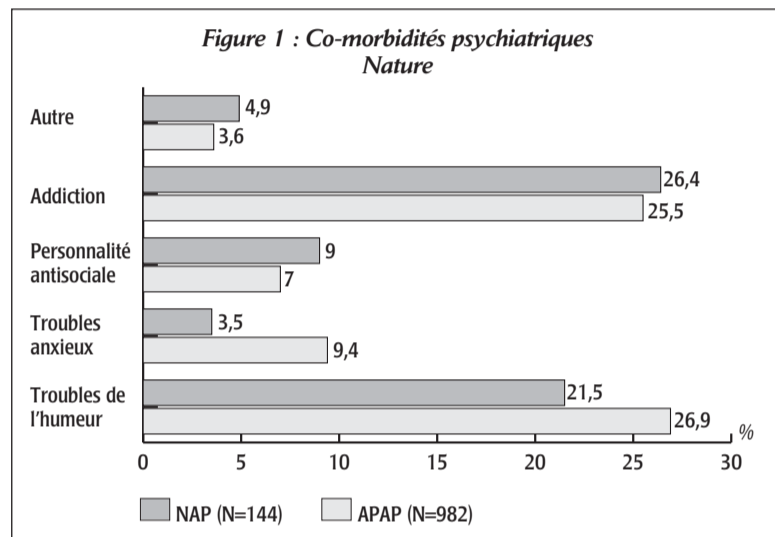
Si l'on considère les deux groupes APAP et NAP, aucune différence significative n'est observée dans ces deux populations concernant les sexes. En

revanche, les patients sous APAP sont légèrement plus jeunes (36,5 ans \pm 12 versus 38,3 ans \pm 11) avec un meilleur niveau d'études, une meilleure capacité à comprendre la maladie, et une meilleure insertion professionnelle (tableau 1). Ces données conduisent à s'interroger sur la façon d'informer le patient, avec notamment la possibilité de donner des informations de façon claire, répétée, en fonction de la capacité de compréhension du patient ? Les patients n'ayant jamais travaillé bénéficient pour la plupart de l'allocation adulte handicapé et peu du RMI (tableau 2), ce qui témoigne d'une reconnaissance du handicap en France, qu'ils soient sous APAP ou NAP. Les patients sous APAP gèrent plus souvent leurs revenus que les patients sous NAP et apparaissent plus autonomes. Comme l'ont souligné les psychiatres lors du débat, en pratique, les patients traités par un NAP sont souvent plus déficitaires et présentent volontiers de

dès les premiers symptômes et l'information auprès des médecins généralistes et autres professionnels de santé au contact des jeunes adultes. D'autre part, cela peut aussi correspondre au fait que les patients ont peut-être eu un autre diagnostic avant celui de psychotique tel qu'un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'addiction.

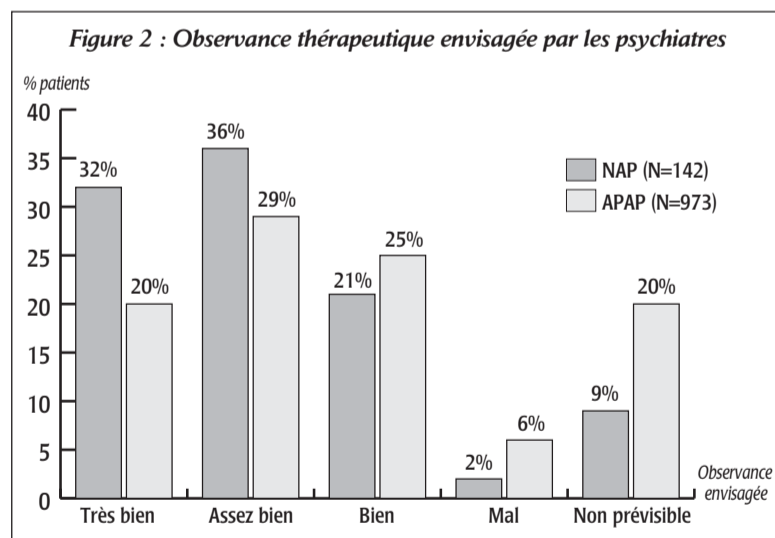
La majorité des patients (93%) ont été hospitalisés pour rechute. Le délai entre le début de la psychotie et la première année d'hospitalisation pour rechute est de 3 ans pour l'APAP, et de 2,4 ans pour le NAP. Le délai entre le début de la psychotie et la première hospitalisation pour rechute est donc un peu plus long pour l'APAP comparé aux NAP. Les hospitalisations sous contrainte concernent 76,4% des patients et sont deux fois plus fréquentes dans la population des patients traités par NAP que dans celle traitée par APAP.

Les co-morbidités psychiatriques



moins bonnes capacités cognitives. Les patients, tous groupes confondus, vivent majoritairement en famille (46,8%), seuls en logement personnel dans 37,8% des cas et en foyer dans 7,2% des cas. Ces chiffres témoignent là encore de la nécessité d'inclure les familles dans les soins et le réseau d'information.

Les co-morbidités représentent un facteur aggravant pour les psychoses. Elles sont présentes dans 55% des cas, toutes populations confondues. Les addictions et les troubles de l'humeur sont les co-morbidités les plus fréquemment citées dans les questionnaires (figure 1), comme dans la littérature⁽¹³⁾.



Les antécédents psychiatriques et l'histoire de la maladie

Les patients inclus dans l'enquête ont une schizophrénie pour 72,3% des cas, et un trouble schizo-affectif pour 12,8% des cas, ce qui est assez représentatif de la population prise en charge sur les secteurs. Les autres troubles sont essentiellement des troubles délirants persistants (7%).

La durée d'évolution de la maladie est en moyenne de 10,6 ans \pm 8, avec une durée moyenne de traitement antipsychotique depuis le diagnostic de la maladie de 7,6 \pm 7 ans. Plusieurs réflexions peuvent être faites à la lecture de ces résultats. D'une part, les patients attendraient en moyenne trois ans avant de recevoir un traitement adapté. Or, le retard au traitement est reconnu pour être un facteur aggravant de la psychotie ce qui rend nécessaire l'effort de dépistage de la maladie

La présence de troubles dépressifs majeurs et de troubles anxieux associés à la psychotie semble orienter plus fréquemment le choix du traitement vers l'APAP. L'usage des NAP est plus fréquemment associé aux personnalités antisociales.

Ces résultats rejoignent les observations issues de l'analyse des questionnaires généraux s'intéressant aux intentions de prescrire des psychiatres qui privilégient les NAP pour les patients difficiles, avec des troubles du comportement ou violents.

Qu'il s'agisse de NAP ou d'APAP, ces traitements sont très prescrits en cas d'addiction. La question qui peut alors se poser est la suivante : l'administration d'un traitement à action prolongée diminue-t-elle la prise de toxiques à terme, et en conséquence peut-il réduire le risque d'impulsivité et d'agressivité ?

Données sur l'instauration des traitements injectables à action prolongée

Les patients inclus dans l'étude sont essentiellement traités en ambulatoire (63%) ce qui reflète bien les prises en charge actuelles des patients psychotiques. La durée du suivi du patient par le même médecin est de 2,3 ans \pm 3.

Dans 27% des cas, le traitement est instauré du fait d'une mauvaise réponse au traitement antérieur quel qu'il soit.

Les patients du groupe APAP ont déjà bénéficié dans leur parcours thérapeutique d'un NAP dans 42% des cas, alors qu'ils n'ont jamais eu d'injectable dans 58% des cas. Les patients du groupe NAP ont déjà eu un traitement injectable dans 64% des cas : on note en effet un antécédent de traitement par NAP chez 67% d'entre eux et par APAP chez 22% au décours de leur suivi thérapeutique.

Pour la majorité des patients l'instauration du traitement injectable à action prolongée a été précédée d'un traitement par voie orale à visée antipsychotique : dans 82 % des cas pour le groupe APAP et 79,1% des cas pour les NAP.

Dans la population incluse, le traitement à action prolongée instauré est un APAP pour 87% des patients, les NAP étant prescrits dans 13% des cas. Les raisons les plus fréquentes motivant l'instauration du traitement injectable à action prolongée sont par ordre de priorité : la recherche d'une efficacité renforcée sur l'ensemble des symptômes, la prévention des rechutes, l'amélioration de l'observance et l'atteinte d'une rémission symptomatique durable à la fois pour les NAP et l'APAP. L'instauration d'un APAP pour atteindre ces objectifs tend à être légèrement plus fréquente. Les autres raisons choisies pour la mise en place du traitement injectable à action prolongée sont : le suivi plus régulier du patient, un traitement mieux adapté à une prise en charge au long cours, un objectif de réinsertion sociale et de rétablissement des relations avec l'entourage. Les prescripteurs d'APAP recherchent aussi plus fréquemment une tolérance satisfaisante du traitement, la limitation de la dégradation du fonctionnement cognitif, l'amélioration des capacités fonctionnelles et une amélioration du fonctionnement social ce qui témoigne d'une réflexion sur le devenir à long terme de leurs patients. Lors de l'instauration d'un NAP, les prescripteurs recherchent plus volontiers un apaisement des comportements perturbateurs ou violents, un contrôle du patient ne troublant pas l'ordre public. Pour les prescripteurs, l'acceptation par le patient d'un traitement injectable à action prolongée est bonne à très bonne dans 93% des cas, liée à une bonne relation médecin-patient dans 85,4% des cas.

L'observance envisagée

L'instauration du traitement injectable à action prolongée s'accompagne d'un programme de suivi en dehors de l'hôpital dans 84% des cas (85% pour l'APAP, versus 73% pour les NAP), les injections étant faites par l'infirmier du secteur public dans 87% pour l'APAP et 91% pour le NAP. Comme on peut le voir par ces résultats, le patient présentant une schizophrénie reste majoritairement suivi par le secteur public. Les psychiatres pensent que l'observance du traitement injectable à action prolongée sera meilleure avec l'APAP qu'avec le NAP. En revanche, lorsqu'ils doutent de la qualité de cette observance, ils prescrivent davantage un NAP (figure 2). Est-ce là aussi l'expression d'une réserve du NAP aux patients opposants et dans le déni de leurs troubles alors même qu'il pourrait être moins bien toléré (ex : effets extrapyramidaux et sédatifs) et par conséquent à risque d'être non accepté par les patients ?

LIVRES ET REVUES

Action sociale et santé mentale

Mariage d'amour ou mariage arrangé ?

Vie Sociale 2007 n°1

CEDIAS-Musée social, 15 €

Ce numéro résulte de deux jours de débats organisés en mai 2006 par l'Institut régional du travail social Ile-de-France Montrouge/Neuilly-sur-Marne et la Mission nationale d'appui en santé mentale, en partenariat avec l'Ecole supérieure de travail social de Paris. Ce forum a donné la parole à des acteurs d'horizons divers, professionnels de la psychiatrie, du social et du médico-social, formateurs mais aussi élus locaux ou encore représentants de l'Etat responsables des politiques sociales et sanitaires. Vie Sociale reprend dans ce numéro certains de ces témoignages. Ils donnent un éclairage sur l'évolution des cadres et outils de cette coopération entre les secteurs et surtout illustrent, de façon concrète, la manière dont chacun, sur des problématiques variées, s'est saisi de ces questions complexes et a mis en place, et parfois même expérimenté, des réponses permettant de dépasser clivages et cloisonnements.

Ces deux journées font également écho aux évolutions des politiques publiques de ces dernières années. Celles-ci se caractérisent par l'émergence d'une volonté de créer des passerelles et des points d'accroche entre les différents champs et d'éviter la juxtaposition des domaines et des réglementations.

La prise en compte de ces problématiques va nécessiter des professionnels qu'ils repensent leur place à côté d'autres professionnels mais aussi au côté des personnes souffrant de troubles psychiques. Un des enjeux de la recherche d'une meilleure articulation des acteurs des trois secteurs réside dans cette capacité de chacun à s'engager, avec ses compétences propres, dans une véritable alliance et un étayage réciproque au service de ces personnes aux difficultés multiples.

Par l'éclairage qu'elle apporte sur la façon dont peuvent se nouer dans la durée des coopérations indispensables pour les personnes en souffrance psychique, cette publication constitue une contribution à ce débat, destinée aux professionnels comme aux pouvoirs publics.

Maman a une maladie grave

Brigitte Labbé, Hélène Juvigny

Milan, 12,50 €

« La maman de Hugo a un cancer, Hugo le sait. mais il a peur, il est triste, en colère, il a honte, envie de pleurer, de tout casser... Quelquefois, il croit même que tout est de sa faute... ». Les éditions Milan jeunesse publient un livre, pour un public à partir de 6 ans, pour aider les parents à comprendre et à faire comprendre à leurs enfants les émotions et les sentiments qu'ils peuvent vivre face à la maladie d'un proche. L'enfant pourra mettre des mots sur les souffrances qu'il peut ressentir, comme la colère, la tristesse, la peur, la honte ou encore la culpabilité. Les adultes trouveront, également, des éléments pour amorcer un dialogue avec l'enfant sur ce qu'il vit dans sa famille, comprendre ses angoisses et l'aider à dépasser son sentiment de culpabilité.

Agrémenté d'illustrations ce livre a été écrit par Brigitte Labbé, auteur des collections *Goûters Philo* et *De vie en vie*, et Hélène Juvigny, infirmière en cancérologie, vice-présidente de l'association Jamalv (Jusqu'à la mort, accompagner la vie).

LIVRES

Le blues du chariot

Daniel Gorans

Les éditions du journal des psychologues

Prenez un chef de service, Antoine, fatigué des contraintes de l'administration (il paraît qu'il en existe, des budgétaires en particulier). Lassé, il part fonder, en fin de carrière, un service de psychiatrie infanto-juvénile, l'EPICEA (Etablissement public Interdépartemental de Cure Psychothérapique pour Enfants et Adolescents). Il quitte pour ce faire la capitale pour le Morvan.

Après des rencontres diverses, depuis les administratifs locaux jusqu'aux agences sanitaires, c'est décidé, le centre expérimental va naître, en lisière de la forêt de la Goullarde, à Poil (c'est le nom du bourg où cela se passe) (et il n'est pas impossible qu'au travers d'Antoine, ce soit à Tony Lainé et à sa créativité qu'un hommage discret soit ainsi rendu).

Tout démarre doucement et bientôt, Mona, une infirmière au sourire mystérieux viendra rejoindre Antoine (son vrai prénom est en fait Mathilde). Dans le service en question un chariot de nettoyage observe son monde et n'en perd pas une de ce que racontent les hospitalisés ou les soignants - puis il nous les raconte.

Et il a de la faconde. Il est d'ailleurs un peu malade-psy lui-même car il souffre d'un « syndrome de la roue folle », vous savez, ces chariots dont une roue tourne indépendamment des autres. Vous êtes allés chez Leclerc, non, tout de même ? Alors, il y a l'adolescente fugueuse, les parents d'enfants adoptés qui sont désespérés, la thérapie familiale, l'intervention de la gendarmerie et le juge pour enfants, etc. qui passent par là au fur et à mesure.

Pendant ce temps, l'histoire d'amour entre Antoine et Mona déroule son fil. En bref, c'est la chronique de la vie ordinaire d'un service de pédo-psychiatrie comme il y a en tant. Son auteur, Daniel Gorans anime depuis plusieurs années, à Nantes, le Service d'Hospitalisation Psychiatrique pour Enfants et Adolescents (le SHIP, quoi). C'est un type qui est sérieux et humoristique à la fois, ce qui est bien. Sous prétexte de sa chronique, poussée d'une plume savoureuse et délicate, il donne un documentaire vivant et son ouvrage est pour le lecteur psychiatre l'occasion de plus d'un « On s'y croirait ! Ah, ça m'est arrivé ! Bien vu ! ». Mine de rien, il mériterait aussi d'être introduit dans les formations des « psys »... de tous poils pour leur faire pressentir ce qui sera, jour après jour, leur quotidien professionnel à venir.

M. Sanchez-Cardenas

Allaitement maternel et droit

Martine Herzog-Evans
L'Harmattan, 14,50 €

Cet ouvrage aborde les questions juridiques liées à l'allaitement maternel.

Les femmes françaises allaitent peu et, généralement, pour un temps très court. Notre système juridique compte incontestablement parmi les causes de cette situation, aux conséquences sanitaires trop souvent ignorées.

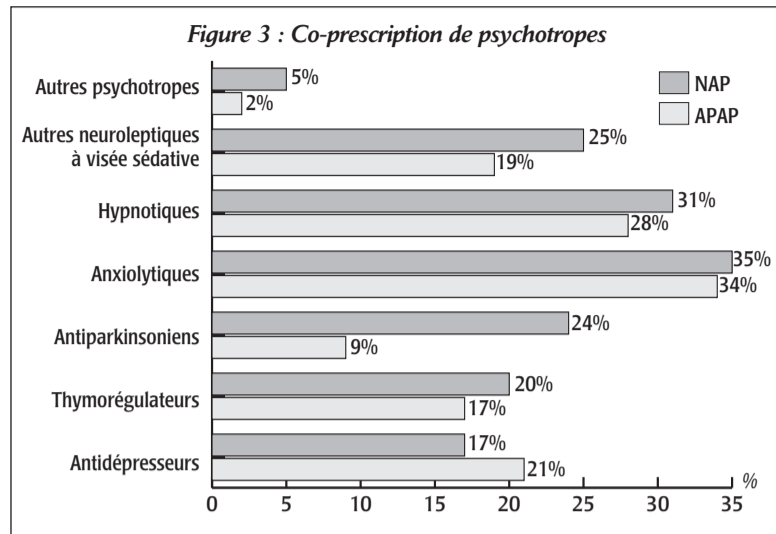
Non seulement le droit français offre une protection insuffisante au lait maternel, par essence non sponsorisé, face à ses concurrents, les laits de substitution industriels, mais encore il laisse les mères trop souvent démunies face aux difficultés de la vie et à la nécessité de retourner rapidement au travail.

Les co-prescriptions de psychotropes

Les co-prescriptions concernent 71% des patients ; 29% des patients sont donc en monothérapie antipsychotique alors que leur maladie évolue en moyenne depuis environ 11 ans. En dehors des neuroleptiques et hypnotiques utilisés pour les troubles du sommeil, les co-prescriptions de psychotropes sont essentiellement représentées par les antidépresseurs, les thymorégulateurs et les anxiolytiques (figure 3). Les thymorégulateurs sont prescrits soit dans le cadre de troubles schizo-affectifs, soit à visée anti-impulsive.

La prise en charge non médicamenteuse

La prise en charge autre que médicamenteuse reste très importante et concerne 84% des patients traités par un APAP et 75% des patients sous NAP. Cette prise en charge est plutôt individuelle pour le groupe des APAP (49%) et institutionnelle pour le groupe des NAP (prise en charge à temps partiel, atelier thérapeutique, entraînement aux habilités sociales). Le maintien d'un projet scolaire ou professionnel est nettement plus important pour les patients sous APAP (10%) que sous NAP (4%). Aucun renseignement n'est donné sur les méthodes de psycho-éducation. De nombreuses méthodes de psycho-éducation ont cependant été développées. Une revue de la littérature a ainsi étudié 39 études



concernant les mesures psycho-éducatives utilisées pour améliorer l'observance : un tiers de ces études ont montré une efficacité supérieure sur l'adhésion par rapport aux groupes sans intervention. Les programmes les plus efficaces étaient ceux qui utilisaient des techniques motivationnelles et des situations concrètes et ceux qui ciblaient spécifiquement les problèmes de non adhésion au traitement⁽¹¹⁾.

Conclusion

L'objectif de cette enquête naturalistique était de mieux connaître l'utilisation en psychiatrie des traitements injec-

tables à action prolongée à visée antipsychotique, c'est-à-dire le profil des patients éligibles aux APAP/NAP, les modalités d'instauration de ces traitements, les modalités d'encadrement et de suivi des patients lors de l'instauration du traitement injectable, les motifs d'instauration du traitement et les bénéfices attendus, la description des actions psychothérapeutiques mises en place ou souhaitées par les patients et la description des autres acteurs intervenant dans le suivi des patients.

L'échantillon de patients de l'enquête est représentatif des pathologies psychotiques prises en charge par le secteur public. L'APAP est volontiers prescrit chez des patients pour lequel un projet (familial, social, professionnel...) peut encore se construire, même s'ils sont sévèrement atteints comme en témoigne le pourcentage important de patients bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapée. L'image et l'utilisation du NAP restent très présentes chez les patients perturbateurs.

Dans la prise en charge du patient psychotique, il s'agit de peser le risque/bénéfice de tout traitement par rapport à la possibilité de la rechute. Il faut parallèlement renforcer l'information auprès du patient et de l'entourage, en insistant à la fois sur la nécessité d'un traitement continu, et l'intérêt d'une mise en place du traitement le plus précocement possible, même lorsque le sujet est jeune et confronté aux soins psychiatriques pour la première fois. L'APAP du fait de son efficacité et de sa tolérance représente un traitement adapté à la prise en charge ambulatoire et au long cours du patient psychotique. ■

Marie-Noëlle Vacheron

CH Sainte-Anne, Secteur 13, Paris

* Comité scientifique : les Drs Véronique Adnet-Markovitch (Mont-Saint-Martin), Thierry Bottai (Martignes), Patrick Briant (Lyon), Patricia Parry-Pousse (Toulouse), Patricia Princet (Bar Le Duc) avec la coordination des Drs François Caroli (Paris) et Jean-Charles Pascal (Anthony).

Bibliographie

- (1) WEIDEN J, ZYGMUNT A, Medication non compliance in schizophrenia, J Pract Psychiatry Behav Health, 1997, 2, 341-353.
- (2) FLEISCHHAKER W, EERDEKENS M, KARCHER K et al., Treatment of schizophrenia with long-acting injectable risperidone: a 12 month open-label trial of the first long-acting second generation antipsychotic, J Clin Psychiatry, 2003, 64, 10, 1250-1257.
- (3) GLAZER WM, KANE JM, Depot neuroleptic therapy: an underutilized treatment option, J Clin Psychiatry, 1992, 53, 12, 426-433.
- (4) FLEISCHHAKER W, EERDEKENS M, KARCHER K et al., Treatment of schizophrenia with long acting injectable risperidone: a 12 month open label trial of the first long acting second generation antipsychotic, J Clin Psychiatry, 64, 10, 1250-1257.
- (5) WEIDEN P, AQUILA R, STANDARD J, Atypical antipsychotic drugs and long-term outcome in schizophrenia, J Clin Psychiatry, 1996, 57 (suppl 11), 53-60.
- (6) MARKOWITZ JS, BROWN CS, MOORE TR, Atypical antipsychotics, part 1: pharmacology, pharmacokinetics, and efficacy, Ann Pharmacother, 1999, 33, 73-85.

Quand le social passe en revue

Revue française du Travail - Revue française des Affaires sociales

1946-2006

Revue française des Affaires sociales 2006 n°4

La documentation Française, 18 €

Il y a soixante ans paraissait le numéro 1 de la Revue française du Travail qui allait devenir, en 1967, la Revue française des Affaires sociales.

Plus qu'une commémoration, ce numéro propose un regard réflexif sur l'évolution de la revue, à partir de la base de données que constituent les quelque 2 200 articles et 1 700 auteurs qui ont été répertoriés autour de 72 thématiques. Historiens, sociologues, économistes, juristes... s'interrogent sur la relation entre les sujets développés dans la revue et l'évolution de la société. La revue a-t-elle, selon les époques, précédé, accompagné - ou au contraire ignoré - les questions sociales (au sens large) et sanitaires pendant ces soixante années et comment ? Leurs articles montrent que la revue constitue une source importante pour l'histoire des problèmes sociaux. Enfin, tout au long du numéro, on trouvera des entretiens avec des auteurs et des lecteurs interrogés à l'occasion de cet anniversaire et qui révèlent la vie de la revue. Le domaine de la santé a été choisi par Michel Stebon pour examiner la place de la revue en la matière. Il s'est interrogé sur le point de savoir si la revue témoignait de l'évolution, voire des grands tournants de la santé publique depuis soixante ans. Sa conclusion est positive : la revue a globalement reflété à la fois la place de la santé publique en France qui est devenue un enjeu social de premier plan et les grands problèmes auxquels elle a dû faire face. En revanche, ce n'est qu'à partir de 1990 que l'hôpital, une des éléments essentiels du système de soins, est devenu un thème régulier, constate François-Xavier Schweyer.

Il précise que l'hôpital dont il est question, c'est l'hôpital tel qu'il est transformé par l'action publique ; les dimensions économiques, organisationnelles et politiques dominent, alors que les professionnels de santé, le travail hospitalier et les patients usagers sont des thèmes beaucoup moins présents.

(7) MAHMOUD R, ENGELHART L, JANAGAP C et al., Risperidone versus conventional antipsychotics in usual care: a prospective, randomized effectiveness trial of outcomes for patients with schizophrenia and schizoaffective disorder (poster), Presented at the 21st congress of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum, July 12-16, 1998, Glasgow, Scotland.

(8) SMITH JA, HUGUES I et al., Non compliance with antipsychotic medication. User views on advantages and disadvantages, J of Mental Health, 1999, 8, 287-296.

(9) MISDRAHI D, LLORCA PM, LANÇON C et al., Compliance dans la schizophrénie : facteurs prédictifs, considérations thérapeutiques et implications pour la recherche, L'Encéphale, 2002, 28, 266-72.

(10) MARDER SR, Overview of partial compliance, J Clin Psychiatry, 2003, 64, 16, 3-9.

(11) PATEL M, DE ZOYSA N, BAKER D and al., Antipsychotic depot medication and attitudes of community psychiatric nurses, J Psychiatric and Mental Health Nursing, 2005, 12, 237-244.

(12) GLYNN SM, COHEN AN, NIV N, New challenges in family interventions for schizophrenia, Expert Rev Neurother, 2007, 7, 1, 33-43.

(13) WILK J, MARCUS SC, WEST J et al., Substance abuse and the management of medication nonadherence in schizophrenia, J Nerv Ment Dis, 2006, 194, 6, 454-7.

(14) ZYGMUNT A, OLFSON M, BOYER CA et al., Interventions to improve medication adherence in schizophrenia, Am J Psychiatry, 2002, 159, 1653-1664.

■ HUMEUR

Le coût psychique et financier de ne pas prendre le désir inconscient au sérieux

Quatre situations médicales de masse, liées aux syndromes psychogènes, forment le numéro thématique publié par le Bulletin épidémiologie hebdomadaire du 24 avril 2007 : 82 personnes se plaignent de symptômes corporels dans un hôpital de Marseille entraînant la décision, au vu de la propagation des symptômes, de fermeture de « toutes les salles de réveil » (selon le Quotidien du médecin du 24 avril 2007) ; 70 personnes à la mairie de Villejuif déclenchent des symptômes corporels entraînant l'évacuation d'une partie des locaux ; 15 personnes sont touchées par des symptômes corporels dans un collège des Ardennes entraînant la décision temporaire de fermeture de l'établissement, et enfin, sur 170 jeunes membres d'une chorale, une centaine se plaint de symptômes corporels inexplicables entraînant l'hospitalisation de 23 personnes et la mobilisation de 8 véhicules de secours. Dans ces quatre situations cliniques, sur une période de 2 ans à peine (entre février 2004 et janvier 2006), les services compétents sont arrivés à la conclusion que ces personnes n'avaient pas de maladie, au sens médical. Or, ces épisodes de déclaration collective de symptômes ont cependant nécessité - et avec raison - une forte mobilisation des services publics de santé, à savoir, le SAMU, les pompiers, les services d'urgence, les urgences pédiatriques. Georges Salines, responsable du département Santé Environnement de l'Institut de veille sanitaire, a raison de mettre en évidence le fait que même si Charcot a démontré que les hystériques n'étaient pas des simulateurs et que Freud a découvert l'inconscient, « il nous est toujours aussi difficile d'accepter que nos souffrances puissent être à la fois réelles et sans cause matérielle ». S'il est difficile pour la population en général d'associer symptômes corporels à détresse psychique, à l'évidence cela l'est tout autant pour le corps médical. Formés à la lecture de l'organisme biologiquement malade et non au corps souffrant de désir, les médecins piétinent face à des situations de cette nature. Freud dans un texte de 1921, intitulé Psychologie des foules et analyse du moi, parlait dans ces cas-là de « contagion psychique », que nous pouvons reconnaître dans les quatre situations médicales décrites ici. Il disait également qu'il était tout à fait possible que l'hystérie s'appuie sur un fait réel ou une maladie médicalement confirmée pour exister. L'un n'empêche pas l'autre. D'où la difficulté pour les médecins de poser le diagnostic. Et c'est pour cette raison que nous pensons qu'il faut que les psychanalystes puissent être appelés à collaborer étroitement avec les médecins. Le temps d'une réforme de la médecine a sonné : mettons un bémol à cette relation duelle entre médecin et malade, relation qui n'a d'avenir que dans le conflit ou dans la mort de la relation. Et sans relation il n'y a pas de thérapeutique possible. Passons à la clinique du partenariat, à savoir, la relation entre médecin, patient et psychanalyste. Les modalités seront étudiées au cas par cas. Il est primordial que les médecins puissent s'habituer à travailler en partenariat avec les psychanalystes. Comme le dit Florence Kermarec au Quotidien : « Nous souhaitons attirer l'attention de l'ensemble des praticiens (médecins scolaires, médecins du travail, urgentistes ou médecins généralistes) et de tous ceux qui sont amenés à intervenir sur l'existence de ce type de phénomène ». C'est ce que fait le RPH depuis des années, avec son service d'écoute téléphonique d'urgence (SETU ?) et sa consultation publique de psychanalyse (CPP). Jusqu'à présent peu de médecins ont été sensibles à nos arguments cliniques. Or, la médecine ne peut plus continuer à exclure le désir comme élément majeur de l'avenir du pronostic. Le 12 mai prochain le RPH tient son colloque autour de La plainte en médecine et en psychanalyse à l'hôpital Saint Louis. Nous disons clairement que des souffrances réelles sans cause n'existent pas. Il y a bien, au moins, une cause et elle est à chercher du côté de l'inconscient. Et pour cela il faut un psychanalyste. On ne peut pas faire l'économie d'un psychanalyste dans la clinique médicale de ce début de siècle. ■

Fernando de Amorim

Née en 1964, Isabelle von Buelzingsloewen est maître de conférence en histoire contemporaine à l'Université Lumière Lyon 2 et membre du Laboratoire de recherche historique Rhône-Alpes (LARHRA). Spécialiste d'histoire de la santé publique, elle travaille depuis une dizaine d'années sur l'histoire de la psychiatrie au XX^e siècle. Elle vient de publier chez Aubier/Flammarion *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*.

Cet ouvrage est l'aboutissement d'une enquête publique lancée en 2001 dans le cadre d'un partenariat entre l'hôpital du Vinatier, le Conseil général du Rhône et le groupe de recherche *Enfermement, Marges et Société*, aujourd'hui intégré au LARHRA. Il constitue la première étude historique consacrée à un drame qui a profondément marqué la psychiatrie française et a nourri une intense polémique.

Suite à la publication des ouvrages des psychiatres lyonnais Max Lafont et Patrick Lemoine⁽¹⁾, auxquels les médias ont donné un large écho, il était en effet admis que les malades mentaux morts de faim dans les asiles français avaient été exterminés ou en tout cas « abandonnés à la mort » par le régime de Vichy qui, au nom de principes eugénistes plus ou moins avoués, aurait profité d'un contexte alimentaire tendu pour se débarrasser d'êtres inutiles dont l'entretien était jugé trop coûteux pour la collectivité.

Sans oublier la souffrance des victimes, à laquelle elle fait une large place dans son analyse, Isabelle von Buelzingsloewen invalide la thèse du génocide (planifié ou non) et dénonce l'amalgame entre le sort des malades mentaux français et celui des malades mentaux allemands (mais aussi polonais et russes), exterminés par le régime nazi entre 1939 et 1945. Mais elle livre aussi une interprétation convaincante d'une tragédie qui a révélé la faillite du « système asilaire ».

Gérard Massé : Comment avez-vous construit votre questionnement ?

Isabelle von Buelzingsloewen : Mon premier souci a été de ne pas me laisser enfermer dans un questionnement et une grille de lecture élaborés par d'autres, dans un contexte éminemment polémique pour ne pas dire passionnel. Et par conséquent de refuser le statut, trop contraignant, d'expert. Plutôt que de poser d'emblée la question de l'extermination, j'ai donc opté pour une interrogation très ouverte que j'ai formulée en ces termes : « *Comment, dans le contexte spécifique de l'Occupation, des milliers de malades mentaux internés ont-ils pu mourir de faim dans les hôpitaux psychiatriques français ?* ». Je me suis d'abord attachée à évaluer le nombre des victimes : d'après mes calculs, on peut estimer à 45 000 le nombre de malades internés morts de faim et de pathologies afférentes à la dénutrition entre 1940 et 1945. Puis j'ai tenté de reconstituer le scénario catastrophe qui a conduit à l'hécatombe (pénuries, désorganisation du système d'approvisionnement des collectivités publiques, mise en œuvre d'un rationnement de plus en plus insuffisant à assurer la survie des individus).

Enfin, je me suis efforcée de cerner les réactions qu'a provoquées la famine chez ceux qui en avaient connaissance : les médecins-chefs et les infirmiers en charge des malades, les familles, l'administration des hôpitaux psychiatriques et les autorités de tutelle à l'échelon local et national.

Ce n'est qu'après avoir examiné l'ensemble de ces points que j'ai pu, sans chercher à atténuer la complexité du réel, proposer une interprétation du drame qui s'est joué derrière les murs des hôpitaux psychiatriques et qui a également frappé, quoiqu'à un degré moindre, d'autres catégories fragiles de la population française (les détenus des

Le devoir de mémoire est aussi un devoir de rigueur

Entretien avec Isabelle von Buelzingsloewen

prisons, les vieillards des hospices, les enfants et les vieillards des grandes villes).

GM : Quelles sources avez-vous utilisées ?

IvB : Un des fondements du travail de l'historien consiste à collecter et à croiser des sources aussi diversifiées que possible. Or le corpus de sources qui avait été mobilisé dans le cadre de la polémique suscitée par la publication de *L'extermination douce* était extrêmement réduit. J'ai donc dépensé beaucoup d'énergie à « découvrir » de nouvelles sources au niveau local comme au niveau national. J'ai eu la chance

psychiatrique du Vinatier que j'ai pu consulter grâce à une dérogation accordée par la direction des Archives de France.

Ces dossiers m'ont permis d'individualiser le parcours d'un certain nombre de malades et d'incarner une tragédie dont il est impossible de rendre compte, me semble-t-il, en alignant des taux de mortalité, aussi effroyables soient-ils. J'ai également recueilli le témoignage de descendants de victimes qui ont pris contact avec moi à l'issue de mon enquête. Enfin, j'ai analysé l'ensemble de la littérature médicale traitant des conséquences de la sous-alimentation créée par les pénuries alimentaires (thèses, revues, congrès, comptes

l'extermination (par le gaz, par la faim et par l'injection de substances mortelles) des malades mentaux allemands par les nazis a laissé d'abondantes traces archivistiques et a été confirmée par de très nombreux témoignages émanant en particulier des personnels des asiles et des familles.

La circulaire du 4 décembre 1942, dont il a été étonnamment peu question dans la polémique, vient également contredire l'accusation de génocide des fous formulée à l'encontre du régime de Vichy.

Cette circulaire prise par le secrétariat d'Etat à la famille et à la santé à l'initiative du secrétariat d'Etat à l'Agriculture et au Ravitaillement s'inscrit dans un contexte économique et politique défavorable marqué par l'aggravation des pénuries et de la répression. Elle alloue des suppléments de ration conséquents aux malades internés dans les hôpitaux psychiatriques. Ceux-ci sont désignés comme prioritaires dans le rationnement au même titre que les tuberculeux ou les ouvriers d'usine. Cette circulaire a bien été appliquée et s'est traduite par un recul très net de la mortalité à partir de 1943. Il a été possible de montrer qu'elle a été prise sous la pression des médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques qui se sont mobilisés au niveau national dans le cadre de la vénérable Société médico-psychologique et du Congrès des aliénistes réuni à Montpellier en octobre 1942.

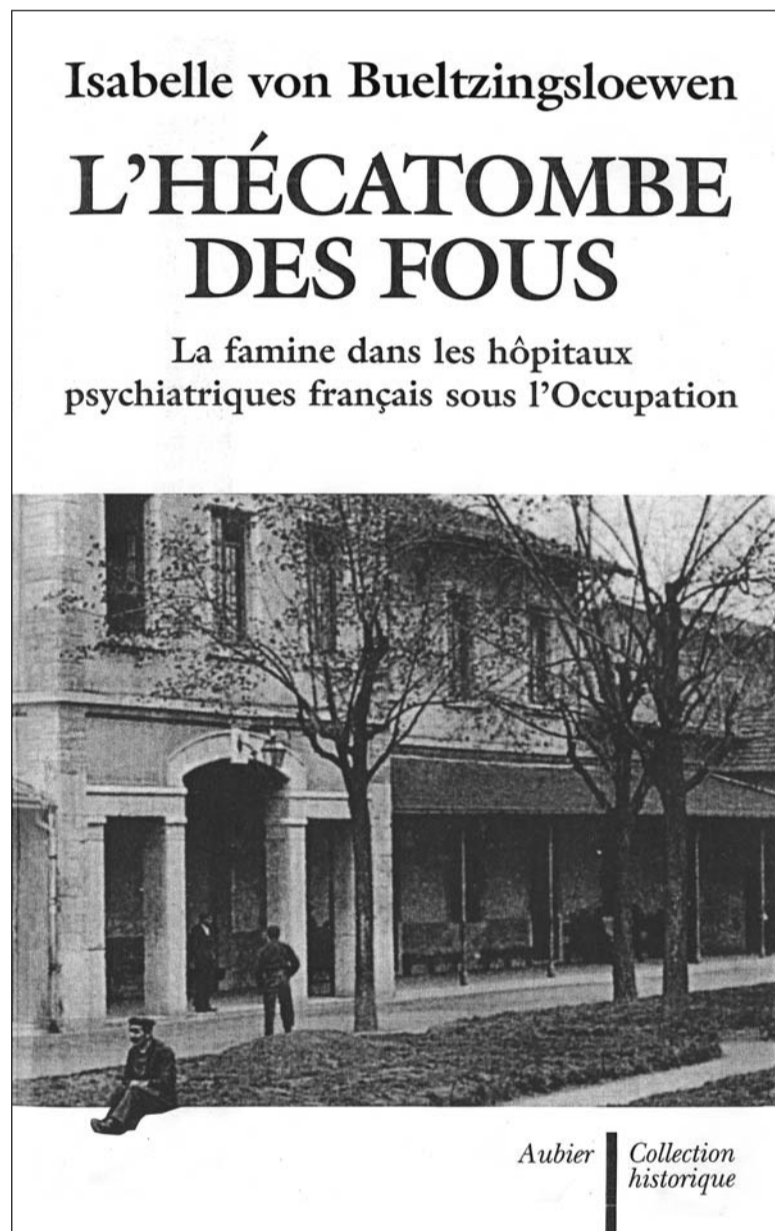
Si, dépassés par l'ampleur de la famine qui a eu des conséquences particulièrement catastrophiques dans les établissements urbains de grande taille, nombre de psychiatres sont restés passifs, d'autres ont donné l'alerte dès le début de 1941 et, sur le terrain, ont déployé des stratégies très élaborées de lutte contre la famine. Ces stratégies se sont sans aucun doute heurtées à des préjugés très tenaces vis-à-vis des malades mentaux.

Mais l'argument humaniste l'a finalement emporté – peut-être de justesse – sur les arguments eugénistes et économique. Vichy n'a pas abandonné les malades mentaux à la mort sans rien tenter pour les sauver. Ce qui ne l'exonère pas de ses autres crimes. Et ne lui ôte pas toute responsabilité dans le drame. En s'engageant dans une politique de collaboration, il a en effet fait le choix de céder aux exigences grandissantes de l'occupant allemand et de compromettre la survie des franges les plus vulnérables de la population française.

GM : Au terme de votre enquête quelle est votre interprétation du drame ?

IvB : Démontrer que les malades mentaux internés n'ont pas été exterminés par le régime de Vichy ne suffit évidemment pas à qualifier le drame qui les a frappés.

Si la famine, qui constitue incontestablement une forme de violence de guerre – la violence faite aux populations civiles –, a été provoquée par les pénuries extrêmes créées par l'Occupation, elle renvoie aussi à des blocages structurels dont la crise alimentaire des années 1940-1945 a révélé l'ampleur. A la veille de la guerre, l'institution asilaire est au bord de la rupture. Les établissements manquent terriblement de moyens et de personnel. Sous l'effet de la surpopulation, les malades voient leurs conditions de vie et d'hygiène se dégrader. Surtout, en dépit des nouvelles thérapies biologiques introduites depuis le milieu des années 1930, la folie est toujours considérée



d'avoir accès à des documents dont on ignorait totalement l'existence. Par exemple un rapport d'enquête établi fin 1944, qui décrit avec force détails la situation dramatique dans laquelle se trouvaient les malades de l'hôpital psychiatrique interdépartemental de Clermont de l'Oise. Ou encore les papiers personnels du Pr André Chevalier, fondateur de l'Institut national d'hygiène, chargé d'une enquête sur la situation des hôpitaux psychiatriques en février 1941. Je me suis aussi beaucoup appuyée sur les archives administratives (rapports, correspondances...) produites par les hôpitaux psychiatriques. La gestion décentralisée de ces établissements qui, jusqu'à la réforme de 1968, relèvent des départements, a compliqué mon travail dans la mesure où les sources étaient très dispersées et pas toujours faciles d'accès. J'ai par ailleurs exploité les livres de la loi, les livres de décès et les dossiers personnels (administratifs et médicaux) des malades internés à l'hôpital psy-

rendus des séances des sociétés médicales et de l'Académie de médecine). Et, bien évidemment, les archives émanant du secrétariat d'Etat à la famille et à la santé.

GM : Sur quels arguments vous fondez-vous pour réfuter la thèse de l'extermination des malades mentaux par le régime de Vichy ?

IvB : Force est d'admettre qu'il n'existe dans les archives aucune « trace » d'un plan génocidaire qui témoignerait d'une « intention » d'éliminer les malades mentaux internés dans les asiles français – or il n'est pas d'extermination sans intentionnalité. Ce constat peut paraître bien positiviste et d'aucuns n'ont pas manqué de faire valoir que les preuves avaient pu être détruites ou n'avoir jamais existé afin de préserver le caractère secret de l'opération. Mais ces objections ne tiennent pas. Bien qu'elle se soit déployée dans le cadre d'« actions » tenues secrètes,

LIVRES

L'expérimentation humaine Discours et pratiques en France 1900-1940

Christian Bonah

Préface de Susan E. Lederer

Les Belles Lettres, 25 €

La représentation publique de l'expérimentation humaine oscille entre demande de tentatives thérapeutiques audacieuses et crainte d'abus médicaux. La profession médicale et les scientifiques n'utilisent quasiment jamais le terme d'« expérimentation humaine ». La loi encadre la pratique expérimentale et le tribunal peut être saisi en cas de dommages. Habituellement, les détails concrets de l'expérimentation humaine restent invisibles, indicibles et inaccessibles. Ici, le détour historique peut jouer un rôle essentiel : rendre visible des pratiques mettant en jeu des expériences sur l'homme. A travers une analyse des discours et des pratiques en France entre 1900 et 1940, cet ouvrage établit que les trois représentations – publique, médicale et juridique – sans forcément s'opposer, témoignent de décalages et contradictions significatifs.

Jusqu'à la promulgation de la loi Hurriet-Serusclat en 1988, juristes, médecins et public souscrivent en théorie au principe d'une distinction claire entre une expérimentation thérapeutique (avec bénéfice direct) admissible et une expérimentation non thérapeutique (sans bénéfice direct) répréhensible. Toutefois, en pratique, la notion de « thérapeutique » se révèle d'une plasticité extrême.

Entre une vision de la « science faite » – universelle, éprouvée et sûre – et celle d'une science toujours « à faire » fragmentaire, instable et réfutable – le statut et le degré de certitude que les uns et les autres attribuent à « la science » varient.

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 s'agit 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.

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.

LIVRES ET REVUES

Le bébé et le sacré

Dossier coordonné par Drina Candilis-Huisman
Spirale n°40
Erès, 12 €

La question posée par ce numéro est de mesurer l'impact du sacré dans nos conceptions et nos pratiques liées à la petite enfance et à la maternité.

La victoire de la vie sur la mort est au cœur même de notre culture judéo-chrétienne. Bruno Huisman et Claude Birman ont réfléchi à la dimension sacrilège du sacrifice de l'enfant. Pour les chrétiens, la sanctification de la Mère revient à sacraliser l'amour qu'elle porte à l'enfant et à consacrer le sacre du Fils. En adorant la maternité de la Vierge, ils adorent aussi l'adoration qu'elle porte à l'Enfant, son fils : Bébé en Majesté.

Edith Thoueille revient sur ce thème en décrivant, avec humour, les occurrences de la sacralisation de la maternité à travers les figures de l'allaitement. Elle insiste sur l'impact de ces diverses idéologies dans la mission que se donnent les soignants.

Plusieurs articles du numéro reviennent sur la dimension mortifère de l'amour que les parents portent à l'enfant. Est-ce le silence de l'enfant qui lui confère sa valeur sacrée ou bien, au contraire, constitue-t-il une menace pour les adultes ? Les extraits choisis d'un texte de Julia Kristeva comme le travail de Simone Sausse ou celui de Anne Aubert-Godard amènent, chacun, une nouvelle piste de réflexion sur ce thème, en envisageant les effets ravageurs de la mort de l'enfant. Ainsi que le souligne Simone Sausse, « l'émerveillement du premier regard n'empêche pas sa potentialité persécutrice ». Si Julianna Vamos insiste sur l'émerveillement que lui inspirent les mouvements spontanés d'un nourrisson, Sorina Patrascu décrit combien les anges ont du mal à trouver leur place autour du berceau lorsque les fantômes du passé des parents reviennent hanter la figure de l'enfant.

Il devient banal de constater que nos sociétés post-modernes ont fait émerger une nouvelle sorte d'individu n'ayant pas le sens du sacré.

Les nouveaux modes de procréation et les manipulations génétiques qu'ils permettent d'envisager peuvent entraîner une certaine inquiétude devant la biologisation inéluctable des modes de naissance et d'éducation des enfants de demain. Paradoxalement, la désacralisation de la naissance qui tend à plus de liberté entraîne aussi plus de contraintes. Plus on a décidé de la venue au monde d'un enfant, plus on en est responsable. Le sacré tiendrait-il alors à l'ensemble des responsabilités que nous avons devant les générations à venir ?

Nazisme, science et médecine

Sous la direction de Christian Bonah, Anne Danion-Grilliat, Josiane Olff-Nathan, Norbert Schappacher
Editions Glyphe, 23 €

Cet ouvrage est le prolongement d'un colloque tenu à Strasbourg à l'occasion du 60^{ème} anniversaire de la Libération, et, en particulier, de la libération des camps. Organisé à la demande de l'Université Louis Pasteur par l'Institut de recherches interdisciplinaires sur les sciences et la technologie et par la Société de Psychiatrie de l'Est, il cherchait à rendre compte de travaux d'histoire réalisés récemment sur le thème des rapports entre science, médecine et nazisme.

La contribution de Gilles Jeanmonod et de Jacques Gasser concernant l'histoire de l'eugénisme et de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XX^e siècle confronte les pratiques suisses à l'eugénisme radicalisé en Allemagne à partir de 1934. Elle met en évidence la continuité des pratiques et le devenir des législations dans ce domaine, après 1945 et pendant une soixantaine d'années.

Les travaux d'Isabelle von Bueltingsloewen prolongent les interrogations sur la méthode et les usages de la démarche comparatiste en histoire au sujet de la surmortalité des malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques français. Sans méconnaître, bien au contraire, aux malades mentaux morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques de la France occupée leur statut de victimes à part entière, elle questionne à leur sujet l'utilisation du terme « extermination », ce qui revient à ne pas banaliser celle, planifiée, des malades mentaux allemands, polonais et russes par le régime nazi.

La contribution de Christian Bonah et Vincent Lowy investit une interrogation sur le pouvoir des images et la place de la propagande utilisée par le régime nazi.

Volker Roelcke présente les efforts réalisés, depuis le début des années 1980, pour une compréhension historique du rôle de la médecine pendant la période du national-socialisme. Dans cette historiographie, les recherches s'inscrivent dans un contexte particulier : la migration forcée des médecins juifs et opposants au régime, les politiques sociales et de santé qui, fondées sur les idées de sélection dans le domaine de l'eugénisme et de l'hygiène raciale, conduisent dans les premières années du régime national-socialiste à la stérilisation forcée d'au moins 350 000 personnes et, pendant la Deuxième Guerre mondiale, à l'extermination d'approximativement 250 000 à 300 000 malades mentaux et personnes handicapées, et enfin les

expérimentations sur l'homme qui ont lieu, pour l'essentiel, durant la guerre, en particulier dans des camps de concentration, des prisons et des institutions psychiatriques. Florian Schmaltz analyse, en détail, la carrière d'Otto Bickenbach et ses recherches biomédicales sur les gaz de combat à la Reichsuniversität Strassburg et au camp de concentration du Struthof.

On avait l'habitude de voir en Mengele un médecin fou et isolé, perdu dans « l'antré démoniaque d'Auschwitz » et y poursuivant des expériences pseudo-scientifiques. Benoît Massin reconstruit le lien existant entre les expériences de Mengele à Auschwitz et les recherches de marqueurs raciaux dirigées par l'Institut Kaiser Wilhelm d'anthropologie, de génétique humaine et d'eugénisme. Il ressort de ces recherches que Josef Mengele était parfaitement intégré dans l'élite de la communauté scientifique des anthropologues et médecins généticiens allemands des années 1930-1940. Norbert Schappacher analyse les implications politiques des statisticiens - et plus particulièrement des experts en statistiques appliquées à la recherche médicale - à travers deux biographies, celle du mathématicien Felix Bernstein, connu pour avoir montré, sur la base de données statistiques, la transmission génétique des groupes sanguins et celle de son élève Siegfried Koller. Entre 1933 et 1945, Koller mit sa compétence statistique au service d'idées eugéniques, en particulier dans le contexte du problème des « asociaux », ce qui lui valut une chaire à Berlin ; il devint ensuite l'un des statisticiens les plus importants de la RFA. Il a fallu attendre plusieurs décennies pour que la mise à mort des malades mentaux en Allemagne puisse sortir du cercle confidentiel de quelques historiens et psychiatres. Erich Wulff souligne qu'en Allemagne, l'une des causes majeures de cette réception difficile, pour ne pas dire cette non-réception des crimes médicaux réside dans le fait que la plupart des psychiatres et des cadres de la société, responsables de l'extermination des malades mentaux et des populations considérées comme « de moindre valeur », étaient toujours en vie et en fonction après guerre.

La conception d'une maladie mentale « fixée », se transmettant de façon héréditaire, ne pouvait qu'alimenter et se nourrir de ce qui émergerait d'une idéologie du progrès, à savoir favoriser « les bonnes pousses » et éliminer les incurables, les arriérés, les héréditaires. C'est ainsi que la stérilisation forcée a été justifiée par les thèmes eugénistes du darwinisme social et de la doctrine constitutionnaliste. Dans un partage réciproque de leurs ressources mutuelles, nazis et psychiatres transformèrent une stratégie préventive, pour améliorer la condition humaine et répondre également, dans un grave contexte de crise économique, à des exigences budgétaires, en un programme de recherche scientifique et d'extermination, pour « nettoyer le Reich ». Erich Wulff insiste sur le fait que « très peu de voix parmi les psychiatres de renom allemands s'élevèrent contre ces mises à mort », et Volker Roelcke apporte les preuves historiques de ce partage de ressources entre les psychiatres et le régime nazi.

La suspension médicale de peine

Préface de François Fourment
Laurent Mortet
L'Harmattan, 19,50 €

Adoptée en 2002, la suspension médicale devait bénéficier à tous les détenus malades ou mourants, à la seule exception des détenus atteints de troubles mentaux. Pourtant, elle n'est accordée que très parcimonieusement et est écartée lorsque le détenu présente un risque pour la sécurité publique. Il importe donc de rechercher un nouvel équilibre à la suspension médicale de peine, afin de lui donner un second souffle.

Elle touche les droits fondamentaux de l'individu. Son refus peut être constitutif d'un traitement inhumain et dégradant. Ces considérations appellent une motivation des juges du fond. La motivation doit exister, mais elle doit être également rigoureuse. La loi a qualifié le risque de renouvellement de l'infraction qui empêche la libération : il doit être grave. Cette qualification appelle un examen concret et poussé de la situation de l'intéressé. D'autant plus que la réticence des juges à libérer les détenus pourrait encourager à multiplier les clauses de style sur le risque grave de renouvellement, à l'image du motif de prévention des troubles à l'ordre public en matière de détention provisoire. Il appartient à la Cour de cassation de censurer les insuffisances des motifs de fait des juridictions du fond. Ce n'est qu'à ces conditions que des critères jurisprudentiels émergeront, accordant aux requérants plus de sécurité juridique, et leur permettant de s'adapter aux exigences des juridictions. Et qu'un droit à ne pas mourir en prison pourra définitivement s'affirmer.

Les paradoxes du pardon

Nicole Fabre
Albin Michel, 14 €

La notion de pardon fait partie de notre héritage judéo-chrétien. Elle est souvent envahie par l'idée de péché qui vient fausser le juste sentiment de culpabilité.

A la lumière de son expérience de psychanalyste, Nicole Fabre aborde la complexité de cette notion, si pleine de paradoxes, un peu comme elle l'avait fait avec *La solitude, ses peines et ses richesses*.

comme incurable. L'absence de perspective de guérison et de réinsertion se traduit par un allongement de la durée des internements. Bien que bénéficiaires de l'assistance publique, les malades vivent retranchés de la communauté nationale et perdent peu à peu tout contact avec l'extérieur. En premier lieu avec leur famille (lorsqu'ils en ont une) qui les désinvestit progressivement jusqu'à les abandonner purement et simplement. C'est cette désintégration du lien social qui explique la tragédie des années de guerre.

Les malades mentaux n'ont pas bénéficié des mécanismes de solidarité (visites, colis, aide distribuée par les associations caritatives) qui ont joué, par exemple, en faveur des prisonniers politiques. Absorbés par un quotidien qui s'est transformé en une véritable course aux calories, les Français sont restés indifférents au sort d'une catégorie de la population socialement transparente. La famine a donc prouvé la faillite d'un mode de gestion de la maladie mentale fondé sur la mise à l'écart, dans des institutions ghettos, de ceux qui en sont atteints. Aussi, à la Libération, un certain nombre de psychiatres (communistes et non-communistes) ont-ils dénoncé les conséquences déléteres de l'enfermement et réclamé l'humanisation et l'ouverture des asiles.

GM : Comment expliquer l'audience de la thèse de l'extermination douce ? Quelle est la posture des historiens face à ce genre de polémique ?

IvB : Le « succès » de la thèse de l'extermination douce, qui n'a jamais été validée par une enquête respectueuse des exigences de la méthode historique, s'explique avant tout par la conjonction mémorielle globale. Dans les années 1970, les Français ont « découvert » l'implication du régime de Vichy dans l'extermination des Juifs d'Europe. A partir des années 1980 et surtout 1990, le « devoir de mémoire » a mobilisé un nombre croissant d'individus et d'associations. La question du sort des malades mentaux sous l'Occupation a, en outre, croisé la polémique autour de la figure

d'Alexis Carrel. Pour les militants engagés dans le mouvement de débaptisation des rues Alexis Carrel, désireux de démontrer le caractère profondément eugéniste du régime de Vichy (contesté par nombre d'historiens spécialistes des années noires), le lien entre l'auteur de *L'Homme, cet inconnu* et l'hécatombe des malades mentaux, requalifiée en génocide, ne fait en effet aucun doute. Que la mémoire soit instrumentalisée par des groupes qui la mettent au service d'idéaux souvent respectables - je pense aux militants de la « révolution psychiatrique » qui ont mobilisé la référence au drame de la guerre pour faire évoluer les modes de prise en charge des malades mentaux - n'est pas fait pour surprendre l'historien. Ni pour l'offusquer. Mais que la réalité historique soit purement et simplement congédiée au nom d'impératifs militants déclarés supérieurs lui pose gravement problème d'autant que, dans le cas précis, le procédé conduit à banaliser, à relativiser le génocide des malades mentaux par le régime nazi et, par conséquent, à faire le jeu des négationnistes.

C'est ce qui m'a conduit à écrire, dans l'épilogue de mon livre : « *N'est-il pas du devoir de l'historien, au risque de provoquer la lassitude, de stigmatiser encore et encore cette surenchère mémorielle qui, en instaurant une concurrence malsaine entre le régime de Vichy et le régime nazi, au point que le premier ne semble plus avoir grand chose à envier au second, conduit à déconnecter la mémoire de l'histoire et à brouiller la réflexion citoyenne que peut nourrir une analyse nuancée du passé ? (...)* Le devoir de mémoire n'a de sens que s'il est aussi un devoir de rigueur ». ■

(1) Max LAFONT, *L'Extermination douce*. La mort de 40 000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France, sous le Régime de Vichy, atelier de l'AREFPP, 1987 ; une seconde édition très remaniée du livre est parue en 2000 aux éditions du Bord de l'Eau (préface de Antoine Spire). Patrick LEMOINE, *Droit d'asiles*, Odile Jacob, 1998 ; voir aussi, du même auteur, *L'enfer de la médecine... est pavé de bonnes intentions*, Robert Laffont, 2005 (chapitre 3 : Alexis Carrel et l'eugénisme psychiatrique).

Les 4^{èmes} Journées de l'Association
Réflexions Institutionnelles de Ville-Evrard

**Diversité
des
pratiques
en
psychiatrie**

7 et 8 juin 2007
Salle de Conférence "La Chapelle"

E.P.S. de Ville-Evrard
202, avenue Jean-Jaurès
93330 Neuilly sur Marne

Contacts : Monique DER APELIAN 01 43 09 34 90
Corinne LACOSTE 01 43 09 30 76

LIVRES ET REVUES**Traité des facultés de l'âme**

Volume I, 36 €

Volume II, 42 €

Volume III, 35 €

Adolphe Garnier

L'Harmattan

Garnier a concentré dans le *Traité des facultés de l'âme* les enseignements de sa vie universitaire. En essayant de fonder une classification des facultés de l'âme sur l'observation, il divise en quatre grandes classes, sous les titres généraux : faculté motrice, inclinations,

volonté, facultés intellectuelles.

Il commence le premier volume par traiter de la distinction classique entre l'âme et le corps. Puis il donne la méthode qui convient à la détermination des facultés. Fidèle à ses écrits antérieurs, il remet en honneur la faculté motrice. Cette énergie motrice de l'âme, indépendante de la volonté, est, pour Garnier, le plus certain de tous les faits de conscience. Une des parties les plus neuves du *Traité* est celle qui est consacrée aux inclinations. Sous le nom d'inclinations, Garnier comprend les instincts et les penchants primitifs de la nature humaine. Il termine son premier

volume en traitant de la volonté libre et commence à parler des facultés intellectuelles.

Dans le second volume, Garnier traite des facultés intellectuelles avec les perceptions, les conceptions et les croyances : induction, interprétation et foi naturelle. Les objets de la perception existent hors de l'esprit ; ceux de la conception se renferment dans l'enceinte de l'intelligence ; ceux de la croyance peuvent exister hors de nous ou seulement dans notre pensée. Les sens, la conscience et la mémoire ne nous apprennent que le présent et le passé des phénomènes ; l'induction en révèle l'avenir ; et l'in-

terprétation découvre derrière les phénomènes visibles, des phénomènes invisibles. Enfin, à l'existence de la cause éternelle, que perçoit l'intuition pure extérieure, la foi naturelle ajoute l'attribut de la perfection. Ainsi s'élève, peu à peu, l'édifice de l'intelligence humaine ; il commence aux plus humbles connaissances et se termine aux plus sublimes idées.

Dans le troisième et dernier volume, Garnier termine la partie consacrée à l'intelligence avec des études sur le jugement et la certitude, sur les opérations complexes de l'intelligence : raisonnement et sciences et sur les prin-

cipaux systèmes des facultés intellectuelles. L'ouvrage se termine sur une esquisse générale de l'âme humaine. L'homme a vu, par sa conscience, que la force motrice dont il jouit lui fait percevoir la résistance des objets extérieurs, et que c'est la même âme qui meut son corps et qui connaît les obstacles étrangers. Il a remarqué que cette âme a des pensées de différents genres, des inclinations diverses et qu'elle jouit de la liberté dans ses déterminations. Après avoir perçu les objets extérieurs, elle se les représente en leur absence. Elle distingue directement et immédiatement ses représentations intérieures, ou ses conceptions d'avec ses perceptions. L'âme croit naturellement à la continuation de l'existence des objets qu'elle connaît, et à la ressemblance intime de ceux dont elle perçoit la ressemblance extérieure. Son induction dépasse ainsi les bornes de son expérience, et elle entre dans le champ des découvertes. Pour y arriver, nous avons aussi le secours d'une interprétation naturelle des signes, par laquelle, sans le raisonnement et sans l'emploi d'aucune comparaison, nous devinons la pensée et le sentiment d'autrui. Ce sont les premiers degrés de l'intelligence.

Attachement et cliniques

Dialogue 2007 n°175

Erès, 16 €

Penser « *attachement* » remet en chantier les constructions qui modélisent des notions conceptualisées dans des champs théoriques différents : notion de lien interpersonnel, d'estime de soi, de subjectivation, de construction identitaire et aussi de narcissisme ou d'amour primaire.

Rechercher à formaliser des outils conceptuels qui permettent de penser ensemble, Bernard Golse le propose en développant ce qu'il en serait d'une « *pulsion d'attachement* ». Myriam Madillo-Bernard propose l'interrogation des effets du diagnostic précoce d'une surdité après la naissance, sur la construction fantasmatique des parents, sur l'anticipation du devenir de leur bébé et l'impact sur l'attachement. C'est aussi en s'intéressant à cet axe qu'Agnès Moreau commente une thérapie d'un jeune enfant.

Les outils d'analyse du lien depuis les travaux de Mary Ainsworth et de Mary Main ont trouvé des applications. Maurice Berger et Emmanuelle Bonneville expliquent comment ils sont utilisés au Québec par ceux en charge de la protection de l'enfance et le cas clinique d'une jeune enfant de mère psychotique suivie dans un hôpital de jour en donne une illustration concrète.

De Montréal aussi, une jeune chercheuse en pédagogie, Stéphanie Leblanc, regarde la vie chez elle et livre ses commentaires en s'inspirant des théories de l'attachement.

Frédéric Atger, qui a mené un séminaire avec Antoine Guedeney sur l'attachement, fait part de ses réflexions sur les remaniements de l'attachement à l'adolescence. Il s'appuie sur son expérience de soin à la « *Maison de l'adolescent* » de Papeete dont il s'occupe.

Raphaële Miljkovitch et Emmanuelle Cohin s'intéressent aux adultes formant couple : cliniciennes et chercheuses, elles ont rassemblé des données d'analyse pour suivre l'attachement, tel qu'il apparaît dans ce rapprochement. Bernadette Legrand a résumé l'ouvrage collectif paru sous la direction de C. Clulow et publié en 2001 pour marquer les cinquante ans de la Tavistock Clinic où Bowlby a travaillé. Les dix-sept auteurs de *Adult Attachment and Couple Psychotherapy* posent les questions suivantes : « *Que faire quand la personne source de sécurité constitue la menace dont on doit se protéger ?* » et « *Que peut apporter la théorie de l'attachement à la thérapie de couple ?* ».

LIVRES

A quoi résiste la psychanalyse ?

Pierre-Henri Castel

Presses Universitaires de France, 22 €

Pierre-Henri Castel propose une défense en raison de ce qu'est la psychanalyse. Dans le contexte polémique actuel, les réponses des psychanalystes aux attaques dont ils ont été la cible ont été, en général, faibles, se résumant à dénoncer le scientisme qui s'attaquerait à une intouchable subjectivité, voire à extraire de Freud un néo-humanisme qui offrirait un moyen de résistance morale à la « crise » du sens. Cet essai prend le contre-pied.

Dans un premier temps, il s'efforce d'élargir le contexte intellectuel des critiques épistémologiques adressées à la psychanalyse. Puis il se livre à un examen des dévoiements internes de la psychanalyse, autour d'un fil conducteur : la psychanalyse ne fournit aucunes « généralités psychologiques » sur l'Homme. Plusieurs figures de cette prétention généraliste sont dénoncées : la neuro-psychanalyse, l'enseignement universitaire du freudisme, le dogmatisme du « sujet ».

Enfin, ce livre met en cause la transformation culturelle, parfois politisée, des prétendues généralités psychanalytiques en généralités normatives, dans la méconnaissance des enjeux de l'individualisme contemporain et de ses mutations.

On y suggère pourquoi les débats sur les psychothérapies, la sexualité et la filiation, le bien-être psychique, la « vraie » liberté, etc., sont des sirènes dangereuses, et pourquoi les prises de position des psychanalystes y sont souvent malvenues, voire autodestructrices. L'ouvrage conclut sur les chances paradoxales qu'offre le discrédit de la psychanalyse à une mobilisation plus authentique et plus humble de ceux qui s'y investiraient, et qui, en cela, ne manqueraient pas de bonnes raisons.

Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale

Sous la direction de Brigitte

Bouquet, Marcel Jaeger et Ivan

Sainsaulieu

Dunod, 26 €

Ce livre résulte, pour une grande partie, d'un séminaire organisé par la chaire « Travail social » du Conservatoire national des arts et métiers et le Groupe de recherches d'Ile-de-France qui a associé plusieurs instituts de formation en travail social.

Intitulé « L'évaluation : enjeux épistémologiques et sociaux », ce séminaire s'est déroulé entre novembre 2004 et mai 2005.

Pour analyser les problèmes politiques et méthodologiques ainsi que les enjeux de l'évaluation, une approche comparative de trois politiques publiques pionnières de l'évaluation en France - les politiques de la ville, de l'emploi et de la santé publique - est proposée.

Tout en mettant au crédit de la politique de la ville un rôle clé pour le développement de la pratique évaluative dans l'action publique française, Renaud Epstein analyse les multiples problèmes posés par l'évaluation dans ce domaine. Bernard Gomel aborde le renouvellement des pratiques évaluatives par l'irruption de la micro-économétrie. A l'aide de deux exemples - le plan d'aide au retour de l'emploi et le programme nouveaux services-emplois jeunes -, il identifie les performances de la micro-économétrie pour l'évaluation des résultats des dispositifs mais reste dubitatif sur son apport pour l'évaluation des pratiques.

Dans le domaine de la santé, qualifiant l'évaluation de « balbutiante », Ivan Sainsaulieu met en exergue le double

contexte de l'évaluation médicale, d'une part le contexte normatif global, socio-économique et socio-politique et d'autre part le contexte local des médiations des pratiques individuelles par la logique des interactions locales.

Roland Janvier montre la complexité pour l'évaluation de l'action sociale avec son double système d'évaluation interne et d'évaluation externe.

Jean-Pierre Hardy défend l'évaluation, non pas selon les critères dominants de l'économie de marché avec la visée du « client-consommateur », mais selon un mode de régulation démocratique et sociale avec la visée de « l'usager-

citoyen » : non pas pour arriver au « moindre coût », mais au « meilleur coût ».

Jean-Louis Laville montre que l'évaluation dans le champ social concerne particulièrement la structure associative dans ses dimensions institutionnelles et organisationnelles et donne une analyse compréhensive du fait associatif. Joseph Haeringer s'attache aux dimensions à prendre en compte, afin de comprendre le système social associatif particulier, la dynamique professionnelle à l'œuvre, l'importance des outils et souligne les enjeux sociaux de l'évaluation, notamment le développement des pratiques démocratiques.

Pascal Le Rest donne, quant à lui, un exemple de démarche d'évaluation de pratiques éducatives, celle de la prévention spécialisée.

Vincent Meyer s'intéresse aux conditions de production d'une information à visée évaluative interne. Il rappelle qu'il existe un lien direct entre information et évaluation et que la fiabilité et la pertinence des informations sont des éléments essentiels.

Jacqueline de Bony analyse combien un outil comme l'évaluation est en phase avec les représentations collectives de ceux qui l'ont élaborée (origine américaine), et que son exportation vers un

autre univers de sens (français) ne va pas systématiquement de soi.

Brigitte Bouquet rappelle que l'évaluation est certes une question technique et une question de politique institutionnelle et publique, mais tout autant une question symbolique, de sens et de valeurs.

Les réserves les plus fortes viennent de Christophe Dejourn. S'insurgeant contre une évaluation la plupart du temps quantitative aux antipodes des composantes subjectives du travail, il pointe l'imperfection de toute évaluation et porte son argumentation sur l'incomensurabilité du travail.

En Décembre 2006 était publiée la dernière enquête parlementaire sur l'influence des mouvements à caractère sectaire et les conséquences de leurs pratiques sur la santé mentale et physique des mineurs. L'évaluation de la nature des dommages que ces enfants et adolescents subissent fut alimentée par l'avis d'experts venant d'horizons variés. En effet, le phénomène sectaire recouvre une grande diversité de groupes, variant fortement dans la définition de leur thème prédominant, leur organisation, leur évolution. Ce polymorphisme appelle une réflexion complexe, multifactorielle, dépassant le cadre de la Psychiatrie pour toucher à diverses sciences humaines, au Droit, apportant autant d'éclairages complémentaires. Le débat public est actuellement centré sur la légitimité, la référence à la question de la manipulation mentale et au totalitarisme, aux menaces qui en découlent pour l'ordre public, illustrées par les divers suicides collectifs ou les actes homicides commis par de tels groupes ces dernières décennies. Leur médiatisation a permis une prise de conscience collective de la gravité, du danger du phénomène sectaire mais ne constitue qu'une vision partielle de cette dangerosité pour les individus qui y ont été intégrés.

Les enjeux des libertés individuelles, religieuses, constituent autant de balises, que les sectes contemporaines n'ont pas manqué de repérer à travers l'appellation de « *nouveaux mouvements religieux* » par exemple. Néanmoins, comme le soulignait J. Verette⁽⁸⁾, les conséquences des agissements sectaires entraînent aujourd'hui non plus seulement une réaction de protestation du corps ecclésial, comme avec les hérétiques d'autrefois, mais essentiellement du corps social, à travers différents mouvements citoyens souvent initiés par les familles d'adeptes ou ex-adeptes et l'Etat. Les risques de stigmatisation, de dérive passionnelle et autres réactions en miroir éprouvent notre capacité à analyser les déterminants de cet investissement si particulier dont le coût peut aller, à l'extrême, jusqu'à la mort. La difficulté de pouvoir établir une définition du phénomène sectaire témoigne, d'une part, du fort pouvoir de mutation qui caractérise les sectes

Phénomène sectaire et problématique addictive : comment penser le parcours de l'adepte ?

contemporaines, et d'autre part de la complexité des facteurs de dérive relationnelle et organisationnelle qui définissent un continuum entre un groupe social à l'identité forte et une secte, elle-même plus ou moins coercitive. Ce continuum, au sein de groupes menés par un leader, ne peut être cerné par une définition à elle seule, mais il est possible de percevoir quelques traits caractéristiques de cette dynamique à l'œuvre. L'approche dimensionnelle plutôt que catégorielle du phénomène sectaire permet de le repérer au sein de multiples institutions et groupes sociaux. Des limites engrenées sont ainsi tracées avec les notions de dictature, de totalitarisme, de fanatisme, dérivées d'une organisation structurelle, d'une forme de pensée ou d'expression. Même si le tyran dispose d'une force de contrainte qualitativement différente du gourou, il peut mettre en place un culte de la personnalité, travailler à l'irréversibilité et l'omnipotence, se présenter comme seul garant de l'unité, envahissant tous les champs de la vie individuelle et sociale, jusqu'à l'intime, jouant sur la proximité du pouvoir et l'utilisation de dogmes, d'une idéologie globalisante, associée au contrôle de la communication, à la répression de l'opposition. La différence, cependant, réside dans l'aspect plus externalisé des contraintes dans un groupe sous régime dictatorial, en l'absence de prétention à une portée universelle et intemporelle que l'on rencontre chez le gourou à qui l'existence est confiée plus que conquise dans un premier temps de l'adhésion.

Le fanatisme constitue une dérive possible de toute forme de pensée ou d'expression, s'appuyant sur le dogmatisme, rassemblement de croyances qui s'appuient sur des points de doctrine établis comme une vérité fondamentale incontestable. Le discours

sectaire est alors le seul vrai discours, sans plus de possibilité de pluralité de lecture de textes sacrés, ce qui définit l'intégrisme. La vision manichéenne du monde, le prosélytisme avec franchissement de la légalité, l'utilisation de méthodes violentes au service de l'idéal vont être les bases de la dérive sacrificielle, sous l'emprise psychique du groupe, amènent l'individu à l'extrême au martyr, dans une coalescence entre les visées idéales et le monde réel. Pour le martyr, la fin du monde est contemporaine de sa régénérescence par et dans l'idéal.

La dérive sectaire s'inscrit ainsi dans un double mouvement exclusion / expansion dans une société à laquelle elle reste profondément liée.

La construction de la société fantasmée par le groupe sectaire constitué passe souvent par une démarche d'ordre global. La secte se veut une entité étatique, en relation avec les attributs du pouvoir, et à ce titre de nombreux mouvements d'ampleur disposent d'un authentique projet de réforme de la société, menant à l'avènement d'une société idéale, fantasmée par le gourou, et alimentée par le groupe.

Derrière la diversité apparente de ces mouvements se révèlent des lignes de force communes dans la mécanique de l'embrigadement des sujets, du maintien d'une forme d'asservissement par une dépendance ainsi créée. L'analyse de l'idéologie qu'elles véhiculent permet souvent d'en dégager l'aspect coercitif, et fait apparaître deux points particuliers participant à la composante addictive du phénomène sectaire, discriminant d'autres relations d'emprise : le groupe et les dogmes.

Position de l'Etat, aspects légaux et évolutifs

Depuis 1985, date de parution de la première enquête gouvernementale approfondie sur le phénomène sectaire, la position du législateur a sensiblement évolué. Le souci principal initial du respect des libertés fut bouleversé, en 1994, par le drame de l'Ordre du Temple Solaire qui fit sortir les autorités de leur réserve. Elles mirent en place un dispositif d'évaluation de la dangerosité des sectes et de limitation de leur prolifération avec l'objectif d'observer le comportement et dans une moindre mesure d'étudier la thématique des croyances mobilisées. La loi condamne les idéologies contraires au trinôme républicain : à ce jour le nazisme, le racisme, et l'antisémitisme.

A l'Observatoire Interministériel sur les Sectes créé en 1996, succéda la Mission Interministérielle de Lutte contre les Sectes en 1998, la MILS, puis, actuellement la Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires, la MIVILUDES. Les préfets mirent en place des cellules de coordination départementales consacrées à cette question. En 1995 paraît le rapport Gest-Guyard « *Les sectes en France* » comprenant une liste de 172 organisations mères sectaires recensées par la Direction Générale des Renseignements Généraux sur la base de critères non spécifiques et sans valeur juridique. Cette photographie du paysage sectaire constitue, 10 ans plus tard, la seule source officielle listant une série de

groupes rassemblés selon leur thématique (avec en tête les courants New Age, guérisseurs, pseudo-psychanalytiques) dont les lignes de force et de développement sont les formations continues, les pseudo-thérapies, en particulier les pseudo-psychothérapies. Du point de vue répressif, les débats des législateurs ont fait réactualiser et évoluer la notion d'abus de faiblesse, l'articulant de façon explicite avec la problématique de la dépendance. Cette articulation apporte un éclairage nouveau dans l'analyse du vécu, des enjeux psychiques des individus inscrits dans ces mouvements. La notion de continuum du normal au pathologique dans le recours à certains comportements potentiellement toxiques et ayant un pouvoir de réorganisation psychique, couramment utilisée dans le champ des addictions, apparaît ici comme une gradation qui peut rendre compte de la réalité plurielle des relations au sein des groupes sectaires, de l'innocuité à la relation d'emprise massive aliénante. Apparaît aussi la dimension victimaire qui domine lors de la présentation de l'ex-adepte, à l'occasion de rares demandes de soins, évoquant avec une grande régularité des processus de l'ordre de l'escroquerie débordant le cadre financier, atteignant l'intégrité physique et psychique.

Ainsi, le projet de loi About-Picard « *tendant à renforcer la prévention et la répression à l'encontre des groupements à caractère sectaire portant atteinte aux droits de l'Homme et aux libertés fondamentales* » vit le jour en juin 2001. Le code pénal fut modifié, réprimant « *l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse (...) d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou répétées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour conduire ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables (...)* » (Art. 223-15-2). Les dirigeants et les personnes morales peuvent, maintenant, être déclarées responsables pénalement, et voir sous certaines conditions leur organisation dissoute, leurs biens confisqués. Parallèlement, l'Union Nationale des Associations de Défense de la Famille et de l'Individu victimes de secte, l'UNADFI, par sa reconnaissance d'utilité publique et sa représentation nationale, peut dorénavant exercer les droits reconnus à la partie civile.

En 1995, la commission d'enquête parlementaire estimait à 160 000 le nombre d'adeptes au moins occasionnels, et à 100 000 le nombre de sympathisants. Ces chiffres traduisaient une stagnation globale du nombre de recrutements, voire une certaine régression, parallèlement à l'augmentation du nombre d'affaires que la Justice a actuellement à connaître. Cette évaluation recouvre une grande diversité de modalités de contacts ou d'engagements, renvoyant à l'inadéquation relative d'une tentative de définition. En conséquence, les investigations sont maintenant recentrées sur la définition de la nature des dommages subis suite à la rencontre du groupe sectaire, comme en témoigne la dernière enquête parlementaire, relative à l'influence des mouvements à caractère sectaire et aux conséquences de leurs pratiques sur la santé physique et morale des mineurs. Cette étude rapporte un nombre de 60 à

LIVRES

Les difficultés de la lutte contre les dérives sectaires

Etudes réunies par Nicolas Guillet
L'Harmattan, 21 €

Au moment où une commission d'enquête parlementaire rend son rapport relatif « *à l'influence des mouvements à caractère sectaire et aux conséquences de leurs pratiques sur la santé physique et mentale des mineurs* », la publication d'un ouvrage sur les *Difficultés de la lutte contre les dérives sectaires* vient à point nommé. Universitaires, praticiens du droit, agents publics, élus et responsables associatifs livrent leurs opinions, analyses et expériences sur les enjeux de ce sujet social particulièrement problématique. Issues d'un colloque tenu à l'Assemblée nationale en 2005 à l'initiative de Philippe Vuilque, député des Ardennes, président du Groupe d'études sur les sectes, les contributions permettent de mieux comprendre comment, dans une société de plus en plus individualiste, consumériste et libérale, l'organisation et la pratique administratives, les textes juridiques et les décisions de justice peinent à circonscrire, prévenir et réprimer des pratiques hétérogènes et mouvantes. Elles révèlent des marges de progression de la lutte contre les « sectes ».

Le défi des épidémies modernes

Comment sauver la Sécu en changeant de système de santé

André Cicolella

La Découverte, 9 €

Les sociétés modernes sont confrontées aux maladies chroniques : cancers, maladies cardiovasculaires, obésité et diabète, allergies, affections mentales, sont largement évitables, car elles sont la conséquence de notre mode de vie et de notre environnement. Selon l'Organisation mondiale de la santé, elles sont responsables de 86% des décès et représentent 77% des maladies en Europe.

André Cicolella qui est chercheur en santé environnementale et Président de la commission Santé des Verts propose d'agir sur les causes environnementales et comportementales des maladies, en sortant du « *tout médicament* » mais aussi en réinventant un système de santé de proximité, un financement plus juste et en instaurant une véritable démocratie sanitaire. Bref, en refondant un système de santé et pas seulement un système de soins.

Dolto/ Winnicott. Le bébé dans la psychanalyse

Gérard Guillereault

Gallimard

En écho à Françoise Dolto, l'auteur compare et oppose ses concepts à ceux de Donald Winnicott sur le bébé, analyse les convergences et les divergences, et propose une confrontation. Il le fait avec humour en rapprochant le « *bébé Dolto* » et son petit compagnon homologue, le « *bébé Winnicott* », sans se départir d'un ton quelque peu polémique.

De nombreux éléments rapprochent les deux œuvres : l'arrière-plan pédiatrique qui les anime au départ, la priorité donnée à la clinique pour l'élaboration de la théorie. L'auteur développe ce qui les différencie et les distingue : si par sa théorie d'une dépendance absolue du bébé à l'environnement, Winnicott se rattache à une tradition psychologique, Dolto, en soutenant la valeur symbolique de la parole, se rapproche de l'essence de la psychanalyse freudienne.

L'intoxication à la drogue stimulante BZP

Des médecins britanniques alertent sur la présentation clinique possible de l'intoxication à la 1-benzylpipérazine (BZP), une drogue stimulante proche de l'amphétamine encore méconnue des médecins*.

David Wood de la Guy's and St Thomas' Poisons Unit à Londres et ses collègues décrivent, dans le *Lancet*, le cas d'une jeune fille qui a fait un malaise et a eu une crise convulsive pendant dix minutes dans une boîte de nuit après avoir pris des comprimés de BZP. Amenée aux urgences, elle était agitée et présentait des pupilles dilatées, une tachycardie sinusale et une pression artérielle élevée. Son score de Glasgow était de 15 et sa température corporelle basse (35,9°C). Elle n'avait pas d'antécédents médicaux particuliers et n'était pas sous médication régulière. Cette nuit-là, six autres patients se sont présentés avec les mêmes symptômes, ce qui a mis sur la piste d'une drogue contaminée ou nouvelle dans cette zone. Une analyse chromatographique du sérum a révélé la présence de BZP à une concentration de 2,5 mg/L chez la patiente initiale. Elle a été traitée de manière symptomatique avec des benzodiazépines intraveineuses (lorazépam puis diazépam) et a pu sortir de l'hôpital, 12 heures après, avec la consigne d'éviter les drogues récréatives.

« *Les cliniciens devraient être avertis des caractéristiques potentielles de présentation de la toxicité à la pipérazine, en particulier parce que les kits urinaires de dépistage toxicologique disponibles dans le commerce pour les drogues induisant la toxicomanie ne détectent pas les pipérazines* ».

Un électrocardiogramme doit être fait pour tout patient suspecté d'avoir ingéré de la BZP afin de rechercher une cardiotoxicité et de le garder en observation pendant huit heures après l'ingestion, l'apparition des crises convulsives pouvant être tardive. Le traitement initial doit être fondé sur la présentation clinique.

Les pipérazines ont été développées comme vermifuges pour les animaux dans les années 50 et ont une structure similaire aux amphétamines. Elles sont vendues en toute légalité dans le commerce et sur internet au Royaume-Uni et sont présentées comme alternatives aux drogues récréatives.

La BZP va faire l'objet d'un rapport de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), demandé en mars par le Conseil de l'Union européenne (UE), sur les risques sanitaires et sociaux qui y sont liés. ■

B.L.

*The Lancet, 28 avril, Vol 369, p. 1490

LIVRES

La société de Saint-Vincent-de-Paul
Une mémoire des origines en mouvement
1833-1914

Charles Mercier
 Préface de Danièle Hervieu-Léger
L'Harmattan, 15,50 €

Paris, avril 1833 : Frédéric Ozanam, Emmanuel Bailly et cinq étudiants se regroupent pour chercher « *Jésus-Christ dans la personne de quelques pauvres* ». Cette première réunion est à l'origine de la Société de Saint-Vincent-de-Paul, qui rassemble aujourd'hui plus de 600 000 confrères sur les cinq continents.

Les débuts de cette organisation religieuse caritative ont déjà été largement étudiés. Charles Mercier déplace l'étude de la fondation vers les souvenirs qu'elle a générés. Ce faisant, il fait découvrir « *une mémoire des origines en mouvement* ». Il s'intéresse plus particulièrement à la « *bataille des mémoires* » qui a agité la Société de Saint-Vincent-de-Paul pendant près d'un siècle pour identifier « *le véritable fondateur* » : l'Esprit-Saint, Emmanuel Bailly, Frédéric Ozanam ? Se plaçant à l'interface de l'histoire et de la sociologie des religions, ce livre constitue un apport pour ceux qui veulent connaître et comprendre la Société de Saint-Vincent-de-Paul. Plus largement, il est une contribution à l'étude de la mémoire collective des groupes religieux.

Le commerce des pissotières
Pratiques homosexuelles anonymes dans l'Amérique des années 1960

Laud Humphreys
 Traduction et postface d'Henri Peretz
 Préface d'Eric Fassin
La Découverte, 20 €

Dans l'argot homosexuel masculin, les « *tasses* », c'étaient les pissotières, lieux de rencontre pour des relations sexuelles éphémères entre partenaires anonymes. Laud Humphreys a mené dans les années 1960 une ethnographie des toilettes publiques d'une ville du Middle West des États-Unis. En adoptant le rôle du guetteur, sans déclarer son enquête, ce pasteur a pu observer ces échanges. Avec ses notes de terrain, attentif et minutieux, il analyse les phases successives des opérations, du contact préliminaire jusqu'à la séparation, ainsi que le jeu complexe des rôles (« *fellateur* », « *pointeur* », « *guetteur* », « *voyeur* », etc.).

Laud Humphreys ne s'est pas contenté d'observer ces hommes dans leurs pratiques sexuelles, il a conduit des entretiens en dissimulant son identité pour les retrouver chez eux. C'est ainsi qu'il peut préciser les caractéristiques sociales de ces « *déviant* » et entrevoir la face publique de leur vie clandestine.

Si certains sont bien des gays, beaucoup sont des hommes mariés qui s'arrêtent là en rentrant du bureau. Le « *commerce des pissotières* » révèle alors la face cachée de la norme hétérosexuelle.

Document historique sur l'histoire de la sexualité avant la libération homosexuelle, ce livre offre un exemple classique d'observation ethnographique. Cette étude interactionniste de la déviance dans la tradition de H. Becker et de E. Goffman soulève des questions troublantes sur l'intimité en public, et sur l'identité sexuelle repensée en termes de rôles.

Publié pour la première fois en 1970, ce livre a obtenu le prix Wright Mills.

80 000 enfants élevés dans ce type de contexte.

Par ailleurs, une évolution notable du phénomène fut perceptible vers la fin de la dernière décennie : les mouvements sectaires internationaux, en perte de vitesse, voyaient leurs effectifs diminuer, grâce notamment aux démarches de prévention et d'information les démasquant. En réaction, nombre d'entre eux se sont littéralement atomisés, scindés en une véritable nébuleuse de structures à filiation cachée, dont l'étude s'avère particulièrement complexe. Un autre type d'organisation se retrouve, de plus en plus fréquemment, dans les groupes naissants ou à plus petite échelle, de quelques unités à quelques dizaines de membres, dont le gourou constitue le point central. Les observations montrent une évolution contrastée et atomisée des différents mouvements, une relative uniformisation des doctrines véhiculées.

Parcours de l'adepte

La mise en état de sujétion relève d'un ensemble de pratiques physiques et psychologiques. L'individu qui va s'inscrire dans une démarche sectaire va passer par différents stades, le premier étant toujours celui de la séduction narcissique. La réponse sectaire sera nécessairement en relation avec une demande individuelle souvent en profonde résonance avec la culture Occidentale actuelle, infiltrée de processus binaires, manichéens, notamment envers les plus jeunes. Ce terreau donne naissance à beaucoup d'autres offres : inflation des médecines parallèles, essor des nouvelles religiosités, dans un nouveau « *marché de la croyance* ». La présence grandissante des sectes dans le domaine du développement personnel tient à des raisons contingentes, le statut flou de thérapeute, formateur, psychothérapeute, et à des raisons de fond, liées à l'identité d'objectifs voire de méthodes. Leur champ d'application se voit étendu à la famille, le domaine éducatif ou de l'entreprise, nouvel eldorado sectaire.

Le groupe trouve alors naturellement sa place, concrètement par les modalités de formation et, plus abstraitement, par les concepts d'énergie groupale. Dans cette dimension interpersonnelle, le gourou va apparaître en filigrane, personne hors du commun, en avance dans son développement, détenant son savoir non par ses connaissances ou son expérience, mais par révélation personnelle, élection divine.

Initialement, les premiers éléments de réponse sectaire auront une valeur structurante : résolution de difficultés existentielles, protections contre des agressions ou une réalité trop douloureuse, recherche de pouvoir et de puissance, de connaissances, de moyens de compréhension du monde. Ces aspirations ne seront pas interrogées, mais confortées, et les premiers liens avec l'idéologie sectaire vont se nouer, doucement, sans éveiller de résistance, ouvrant la voie aux mécanismes identificatoires, par le biais d'un étayage explicatif, de premières propositions interprétatives alternatives, sans accès à cet instant à un contenu doctrinal plus avancé. Le recruteur prosélyte est à cet instant anonyme, il ne constitue que l'écho d'une demande ; il est formé par le groupe sectaire pour l'identifier, en utilisant des moyens plus ou moins détournés dont l'objectif latent tracera le fil rouge : séduire.

Progressivement, les liens affectifs vont submerger l'individu, le « *bombardement d'amour* » est mis en acte à son insu, créant un sentiment d'appartenance capital, et un apaisement certain par l'accueil, la compréhension, le soutien que manifeste le groupe. C'est avec une grande régularité que le nou-

vel adepte a le sentiment d'avoir été attendu. Cette démarche affective va s'assortir d'une ébauche d'émulation : l'initié n'a pas encore accès à la plénitude de la connaissance et aux certitudes affichées par les plus anciens du groupe, générant une quête de savoirs pour accéder à l'équilibre et l'épanouissement qu'ils présentent. Il s'agit d'orienter le futur adepte vers un état potentiel plus valorisant à ses yeux par le biais de tâches nobles, attrayantes, au sein d'un groupe présenté comme une élite.

Les conflits, les difficultés sont progressivement soulignés. L'ambivalence est exacerbée, diabolisant souvent les parents en mauvais objets absolus et responsables de tous les maux. Il en sera de même pour tous les objets d'amour, s'il apparaît que leur investissement fait obstacle à l'obéissance totale attendue.

Le recruteur manie avec habileté l'identification projective, l'interprétation directe sauvage, l'annulation rétroactive et les corrélations paradoxales, visant à annihiler les possibilités de critique, attaquer les contenants et les contenus de pensée, couper le sujet de la rationalité, du sens commun et du discours du plus grand nombre. L'individu mis à nu par l'énoncé dans le détail, si possible par écrit, de ses souffrances, ses difficultés et ses manques, va fournir à la secte un ensemble d'informations sur sa vie intime, son histoire, ses fantasmes, et va se voir livré aux manipulations, privé de l'espace du secret nécessaire pour penser. Quelles que soient les circonstances du premier contact, il s'agit d'une stratégie progressive visant à amener le futur adepte à une position où il sera prêt à recevoir le message comme une révélation mettant en sens la totalité de son existence et de l'histoire du monde. L'endoctrinement peut alors commencer, la desubjectivation se poursuivre.

Le maintien dans un état de dépendance réciproque s'élabore sur différents messages : définition des intentions de l'autre ou désignation d'un désir, messages moralisateurs visant à ériger le gourou en surmoi de l'autre. Tout se passe à bas bruit, voire inconsciemment. Le gourou sait attendre, organiser une stratégie relationnelle qui viendra confirmer ses fantasmes, il sait créer un élan positif à son égard, en prenant soin de se présenter en victime, sans le dire, sans culpabiliser. Il va tendre à refondre, à des degrés variables, un certain nombre de représentations communes au monde contemporain - dont les plus évidentes : différence des sexes et des générations, réalité de la mort - et refondre l'éthique qui reste omniprésente dans le parcours de l'adepte, indispensable à la pleine action de l'emprise, source d'intenses luttes contre la culpabilité, liée aux conflits de loyauté activés par les ruptures diverses d'avec l'environnement antérieur ou les exactions subies. La transgression devient la règle, dans une loi qui fait du désordre un système.

Du côté de l'adepte, cela tend à lui faire départager les sentiments moraux et immoraux, le contraignant à s'identifier à cette morale pour ne pas être rejeté par l'interlocuteur, il auto-désigne son désir dans le sens fantasmé par le gourou.

Les mécanismes à l'œuvre de cette perversion narcissique associent donc d'une part la séduction et d'autre part l'induction non spécifique au champ sectaire, illustrée dans d'autres champs d'emprise, comme le message à double contrainte, à mi-chemin entre le déni et le secret, dont G. Rosolato⁽⁶⁾ relève la nature narcissique. Le dénominateur commun de ces différentes situations est le lien de domination, avec pour conséquence la dégradation de la logique symbolique propre à la genitalité et l'impossibilité d'établir une logique des contraires,

autrement dit d'atteindre le conflit pour la personne qui en est victime. Cette séduction maintiendra, dans la sphère narcissique, une relation susceptible de déboucher sur une relation d'objet désirante. P.C. Racamier⁽⁵⁾ y voyait l'œuvre d'une activité visant à l'annulation de l'altérité ; l'individu devient par cet instrument un fétiche vivant, un rêve incarné pour le gourou, qui n'est plus censé croître, penser, rêver ou désirer, ces signes constituant des preuves d'insurrection. Pour éviter qu'il ne désire, le gourou va désirer à sa place et le présenter comme une offre exceptionnelle. Le monde ainsi créé est dominé par la « *galaxie narcissique* ». De ces deux instruments de perversion, A. Eguier⁽³⁾ conclue que ce sont les affects et l'auto-érotisme qui sont entamés par la séduction narcissique. L'agir, quant à lui, est sur le terrain préférentiel de l'induction narcissique.

Au stade initial de cette valorisation et reconnaissance correspondra la « *lune de miel* » si caractéristique des toxicomanies au début de la relation avec le produit : satisfaction narcissique, suppression des angoisses existentielles, certitude d'évolution personnelle. Les contraintes et interdits qui apparaissent dès lors restent au second plan. Nous sommes là dans le domaine de la fascination, qui fait l'économie de la douleur et du constat de la castration phallique chez l'adepte ; fascination qui implique le déni, déni qui est alors agi. Déni de la castration, mais aussi déni de la dépendance envers l'objet interne qui manque. C'est la fascination de l'idéal qui amène au fanatisme, accompagné d'une rupture familiale et sociale, d'un décentrement au profit de l'idéal du groupe sectaire.

La conversion

Lorsque le futur adepte a épuisé ses défenses à réduire les dissonances entre les normes antérieures de sa vie et les nouvelles qui lui sont proposées, que tous ses étayages ont été attaqués dans des boucles d'auto-renforcement, la conversion peut se réaliser. L'enseignement initiatique l'immerge dans les dogmes, monopolise ses fonctions cognitives. D'un point de vue affectif, le leader se greffe à l'intérieur du moi du sujet par des mécanismes identificatoires guidés par l'idéal du moi. Le sujet peut alors être considéré comme adepte, la présence

physique de tiers n'est plus indispensable au maintien de la relation d'emprise qui continue à produire ses effets désindividualisants. L'adepte relaie lui-même son éthique interne antérieure par les dogmes sectaires, l'idéal du moi individuel antérieur est remplacé par l'idéal groupal sectaire.

Il doit alors activement se convertir, et donner des preuves de sa dévotion, le meilleur moyen étant de devenir lui-même recruteur : preuve de sa conviction, et instrument de renforcement du lien. Toutes les sectes prosélytes utilisent les statistiques de recrutement comme preuve de fidélité et de dévouement. Non spécifique, ce prosélytisme peut entrer dans le cadre de la banalisation du besoin ressenti par l'adolescent de masquer sa propre fragilité, cherchant à étendre aux autres ses conduites pour en estomper les aspects singuliers dans la masse.

La conversion signe l'acceptation par l'adepte d'une dépendance définitive au groupe et au gourou, elle confère une nouvelle identité substitutive, fortement ritualisée lors de cérémonies groupales. L'importance vitale de cet engagement est à la hauteur des risques encourus pour lui : risque de déchéance, d'exclusion en cas de non conformité à l'idéal devenu tyrannique, médiatisé par les tiers du groupe, mais aussi imposé par l'individu à lui-même. De telles pressions ne peuvent avoir d'impact que lorsque l'adepte est immergé dans le fusionnel sectaire ; elles réactualisent des angoisses abandonniques ou de séparation massives, selon sa personnalité, son parcours de vie antérieur.

Ce nouveau fondement identitaire va s'enraciner dans la doctrine fantasmagorique à travers des jeux identificatoires complexes et partiels, interpellant les imagos parentaux, entre individu, groupe fusionnel et gourou. Ces nouveaux liens ne se veulent pas que symboliques, mais directement inscrits dans le réel. Cette acquisition d'une identité nouvelle, individuelle et groupale, participera du climat incestuel, et parfois incestueux au sein des groupes sectaires.

Parallèlement, les liens affectifs initiaux à l'intérieur du groupe se nuancent, emprunts de rivalité entre adeptes. La prolifération des interdits et contraintes, les devoirs et la culpabilité vis à vis de la secte, initialement pointés par les autres membres, sont

La moitié des adultes atteints de troubles bipolaires ont débuté leur maladie avant 19 ans

Environ 50% des adultes atteints de troubles bipolaires ont connu un début de maladie avant l'âge de 19 ans, selon des chercheurs américains qui plaident pour un dépistage plus précoce. Gabriel Leverich du *National Institute of Mental Health* à Bethesda et ses collègues ont étudié la proportion d'adultes atteints de troubles bipolaires ayant connu un début de maladie à l'enfance ou à l'adolescence et analysé l'évolution de leur pathologie en fonction de l'âge des premiers troubles*.

Sur 480 patients adultes bipolaires analysés (42 ans en moyenne), 14% ont connu un début de maladie lors de l'enfance (entre 0 et 13 ans), 36% à l'adolescence (13 à 18 ans), 32% comme jeunes adultes (19 à 29 ans) et 19% à l'âge adulte (après 30 ans). Pour les patients ayant connu un début de maladie dès l'enfance, les auteurs ont observé que le délai moyen entre les premiers signes et les premiers traitements dépassait 16 années.

Il semble que les patients pour qui la maladie a débuté avant 19 ans présentent des troubles maniaco-dépressifs plus sévères, avec plus d'épisodes, plus de cormorbidités et des cycles plus rapprochés, par rapport aux patients qui ont développé la maladie à l'âge adulte. Les patients touchés dès l'enfance avaient également un risque accru d'abus de substances, de tentatives de suicide, de troubles anxieux et une plus grande résistance aux traitements. Cette étude montre que le début des troubles bipolaires à l'enfance est fréquent et est associé avec une longue période avant le premier traitement. Les médecins devraient être sensibilisés au dépistage des troubles bipolaires chez les enfants, afin de réduire le délai avant l'initiation d'une thérapie et éventuellement améliorer l'évolution de la maladie. Le dépistage et le repérage précoce par les médecins et la mise sous traitement rapide ou l'orientation vers un psychiatre auraient un impact positif sur l'évolution de ces jeunes.

Cette étude possède un impact important, notamment aux États-Unis, où des enfants atteints de troubles bipolaires sont diagnostiqués à tort comme atteints de troubles de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou de dépression et reçoivent un traitement inadéquat. ■

P.C.

*The Journal of Pediatrics, vol 150 n°5, pp. 485-490 et 459-60

progressivement relayés par le psychisme individuel. Les problèmes financiers, familiaux, professionnels générés prennent plus d'ampleur. Le nouvel adepte est soumis à une toute puissance archaïque, qui passe par l'interdiction de toute relation aux groupes d'appartenance antérieurs. L'objet sectaire prend une place grandissante, de plus en plus exclusive, concomitante de l'affaiblissement des autres liens objectifs de l'individu. La méthodologie de désubjectivation va attaquer l'image du corps, le fonctionnement pulsionnel. La déréalisation et la dépersonnalisation, conséquences de l'épuisement et de l'excitation des expériences limites, mises en pratique par de multiples techniques physiques et psychiques, mettant parfois en danger la survie même, favoriseront la mise en œuvre de l'emprise.

Au contrat narcissique initial se substituera le règne d'une loi folle, sans règles ni limites repérables, s'appuyant alternativement sur la séduction et la persécution.

Aspects addictifs

L'aspect transnosographique du concept d'addiction concorde avec la possibilité de recrutement d'individus de profils variables, avec un impact particulier chez les adolescents et adultes jeunes, sans variation liée au genre, mais qui demanderait à être confirmée. Nous retrouvons là les mêmes lignes de force psychopathologiques au niveau des phénomènes addictifs et sectaires : failles narcissiques individuelles structurales et/ou contextuelles, problématiques familiales, achoppements des processus de séparation-individuation, au delà du type d'organisation psychique sous jacent. Dans cette relation addictive, l'objet va prendre progressivement une place centrale dans la vie psychique du sujet et un ensemble de comportements stéréotypés dicté par l'idéologie va en découler. Chacun va prendre une part active dans cette démarche : les adeptes eux-mêmes et le gourou. La notion de codépendance dans le champ sectaire peut être lue dans une double perspective : couple gourou-adepte, idéal passionné psychotique-idéal passionné névrotique décrit par J.Y. Roy (7), et couple famille-adepte, interrogeant une captation en miroir décrite dans d'autres domaines addictifs.

La nature de la réponse sectaire initiale apparaît, au final, secondaire dans la dynamique à l'œuvre qui s'autonomise progressivement, mais pose la question de l'existence de facteurs de vulnérabilité familiaux spécifiques de ce choix d'objet particulier : place des croyances religieuses, philosophiques, du militantisme... En écho à la formule de C. Olievenstein à propos des toxicomanies, on peut dire que l'inscription sectaire sera le résultat d'une conjonction complexe entre un parcours individuel, une rencontre, et un moment socioculturel.

Dans certains cas, la dérive sectaire peut s'adresser à une population déjà en prise majeure avec la problématique de la dépendance, comme l'illustre l'évolution de certaines communautés thérapeutiques, et aussi le fait que certaines sectes internationales, elles mêmes, aient créé un type de programme de recrutement ciblant la même population. Il s'agit là d'une tentative de substitution de conduites qui prend une valeur transaddictive plus que de sevrage.

Les recruteurs se montrent souvent vigilants sur l'âge de leur public, les mineurs constituant une cible certes plus fragile mais engageant plus de risques ; ils utilisent donc de multiples méthodes pour s'adresser aux jeunes majeurs (circuits parascolaires, artistiques...). Les mineurs seront le plus souvent exposés par leurs ascendants

adeptes, dans des proportions et avec des dommages variables d'un groupe à l'autre. La conduite addictive sectaire se produit donc généralement un peu plus tard dans le parcours de l'adolescent que pour l'utilisation d'autres conduites ou produits. Dès le début de l'adolescence cependant les facteurs de risques sont présents. La pathologie des addictions est aussi une pathologie des sensations. Celles-ci appellent la présence de l'objet et requièrent la mise en acte. Au sein du groupe, elles s'inscrivent dans l'ordre du besoin et de sa répétition, et visent à combler l'appauvrissement émotionnel progressivement ressenti par l'individu. L'embrigadement sectaire va subtilement combiner des paroles, suscitant des émotions, parfois initialement ancrées dans le symbolique, et des actes groupaux source de sensations, inscrites dans l'agir, la recherche de l'objet concret, fut-il le corps.

Les adeptes en devenir seront certainement plus vulnérables face à la répétition de ces moments intermittents de sensations, plus défaillants dans la capacité à vivre des émotions, (vulnérabilité pouvant être contex-

usage quotidien, régulier, et s'accompagnant d'une exclusion sociale, de multiples ruptures. La place d'intersubjectivité au moins apparente et parcellaire semble importante comparativement à d'autres addictions, selon le degré de coercition, l'ampleur de l'emprise, spécifiques des différents groupes sectaires, en fonction de leurs modalités d'aliénation propres.

De la dynamique psychopathologique de la dépendance à un objet complexe, la secte, découlent des troubles liés à son utilisation (abus du produit « secte », dépendance psychique : recherche des effets procurés par le groupe, le gourou, et les comportements qui en découlent, phénomène de tolérance, de sevrage), des troubles induits par son utilisation (manifestations dépressives, psychotiques, suicidaires ou perturbations perceptives...) et enfin des répercussions socio-professionnelles et familiales (rupture, désinvestissement...), que J.M. Abgrall (1) avait comparé aux critères de A. Goodman (tableau I).

Les points essentiels du concept d'addiction sont l'agir et la dépendance, avec comme corollaire le manque insupportable, la répétition, l'absence

vrissement des relations à l'environnement, comme de la structuration affective.

Le manque, la culpabilité et la honte qui scandent la temporalité dans l'addiction se retrouvent dans l'engagement sectaire, liés aux impératifs de réalisation de certains comportements, aux exactions subies, aux conflits éthiques internes, induisant un même rythme de la temporalité, un même décalage dans l'enchaînement plaisir-déplaisir. Ces sentiments sont par ailleurs soumis à d'intenses mouvements projectifs et rationalisations. L'assouvissement par action de prosélytisme par exemple ne va apaiser les tensions que très temporairement, ces sentiments émergeant à nouveau sans guère de répit, dans une succession dictée par la secte aussi bien que par l'engrenage addictif en redondance.

Souignons, enfin, que dans les divers outils utilisés par les groupes sectaires se retrouve un certain nombre de produits, de comportements dictés, porteurs d'une potentialité addictive propre, pouvant donner un effet de poupées gigognes, de polyaddiction, renforçant l'adhésion.

Tableau I

Trouble addictif selon A. Goodman	Dépendance sectaire selon J.M. Abgrall
Echecs répétés à résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique	Incapacité à se soustraire à une activité prônée par la secte, déterminisme à agir pour la secte
Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement	Anxiété permanente à répondre aux demandes de la secte et désir de satisfaire celle-ci
Sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement	Soulagement à trouver une insertion sectaire, sentiment de devoir accompli dans l'action sectaire
Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement	Perte d'autonomie par rapport à la secte, abolition du libre arbitre
Au moins cinq des neuf items suivants	
Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités liées à sa réalisation	Envahissement du champ comportemental et social par les activités sectaires
Fréquence du comportement plus importante ou sur une période plus longue que celle envisagée	Submersion progressive par les activités sectaires qui engagent le sujet pour des durées de plus en plus longues
Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement	Echec des tentatives du sujet à se soustraire aux influences du groupe sectaire
Importante perte de temps passé à préparer le comportement, à le réaliser ou à récupérer de ses effets	Dépendance sociale à la secte, abolition de l'espace temporel personnel
Répétition plus fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles domestiques ou sociales doivent être accomplies	Conflits de plus en plus fréquents avec l'espace social personnel au détriment de celui-ci
Renonciation ou limitation de certains engagements sociaux, professionnels ou récréatifs à cause du comportement	Abolition progressive des activités sociales contraires à l'activité de la secte ou non rentables pour elle
Poursuite du comportement malgré ses effets pervers amplificateurs dans les domaines sociaux, financiers, psychologiques ou physiques	Résistance du sujet à toute critique extérieure et à toute analyse visant à réduire l'activité sectaire
Tolérance: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité	Augmentation de la dépendance physique, psychique et sociale à la secte. Tout maintien à un niveau antérieur est vécu comme rejet. Nécessité d'une implication de plus en plus forte
Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi	Irritabilité ou oppositionnisme si l'adhésion sectaire est critiquée ou contrariée par la secte ou l'extérieur
Persistence des symptômes ou troubles pendant au moins un mois, ou survenant de façon répétée sur une période prolongée	Dépendance psychologique de longue durée même après rupture du lien sectaire

tuelle chez l'adolescent, ou issue des distorsions des relations précoces de la petite enfance). Ce facteur de vulnérabilité réputé essentiel dans le maintien de ces conduites semble être confirmé par les premières démarches d'étude dans le champ sectaire (B. Chasse, J.C. Maes (2)).

La pluralité des modes de dépendance reflète en partie la diversité des modes de relation à l'objet sectaire. Ainsi, comme le souligne D. Marcelli (4) dans l'addiction, l'investissement sectaire peut se décliner entre le mode festif, l'effet euphorisant étant le premier recherché, l'investissement autothérapeutique, recherchant avant tout l'effet anxiolytique de la secte, l'investissement addictif, recherchant l'effet anesthésique de la secte par son

d'existence propre. Nous sommes dans la problématique du contrôle et de la maîtrise, dans la dépendance à soi, à l'autre, qui permet par ce biais à l'individu d'exister, de créer un système rassurant, du moins au départ, qui donne sens à la vie, même si progressivement l'individu n'existe qu'à travers des pensées du gourou et du groupe. Le vide existant en dehors de la pratique addictive crée le cycle, mais il en est aussi la conséquence. La modulation est donc impossible, et l'adepte perd sa capacité de choix. Le vide, par la même, devient insupportable et obsédant, entraînant un engagement toujours plus actif. Pour les adeptes immergés dans cette dynamique, cela entraîne de grandes difficultés interpersonnelles, un appau-

Enjeux thérapeutiques

Il existe, ainsi, une grande variété d'adeptes et d'ex-adeptes, qui relèvent de mesures d'aide sensiblement différentes : enfants nés dans la secte, adultes jeunes aux profils psychopathologiques variés, réactualisant des enjeux de séparation-individuation, personnes âgées entrées souvent par la voie des guérisseurs... L'évolution des modalités de contact et de recrutement pointe, douloureusement, à notre société ses failles et fragilités (déracinement, situations de catastrophe, besoin d'appartenance sans réponse...). La mobilisation de ressources permettant la sortie du groupe apparaît toujours surprenante et peu prévisible face à l'ampleur de

LIVRES

Récits de divan, propos de fauteuil

Comment la psychanalyse peut changer la vie

Sophie Carquain et Maryse Vaillant

Albin Michel, 20 €

Ce livre qui s'adresse au grand public présente onze histoires de portée universelle (quête du père, emprise maternelle, impasses du corps, deuils, poids de la famille), suivies d'explications sur la réalité d'une analyse.

En contrepoint, quelques personnes connues (Charles Berling, Marie Darrieussecq, Irène Frain, Frédéric Miterrand et Christine Orban) et deux psychanalystes, Catherine Mathelin-Vanier et J.-D. Nasio, confient leur parcours sur le divan.

Clinique des perversions Repérage diagnostique et prise en charge thérapeutique

Sous la direction de Claude de Tychev

Erès, 20 €

Dans cet ouvrage Claude de Tychev a réuni des spécialistes français, québécois et belges impliqués dans la clinique des perversions, pour proposer des points de repère à plusieurs niveaux : théorique, à travers une réflexion sur la genèse des différentes formes d'aménagements pervers ; diagnostique, grâce à des études de cas approchées sur le plan de l'évaluation psychologique par les techniques projectives, en particulier le test de Rorschach. Des indicateurs de diagnostic différentiel sont proposés simultanément à partir des quatre modèles d'interprétation de ce test (Ecole de Paris 5, Ecole phénoménologique, Ecole de Lausanne, Perspective américaine intégrative dérivée du système Exnérien). Une étude clinique et psychopathologique de terroristes incarcérés complète cet ensemble thérapeutique, avec une interrogation sur les conditions et les impasses de la prise en charge psychothérapeutique des sujets présentant un fonctionnement pervers.

L'enseignement de la lecture et de l'écriture au Portugal (1850-1974)

Trois facettes d'un rituel

Maria do Carmo Gregorio

L'Harmattan, 31 €

Cet ouvrage propose, sous l'histoire de l'enseignement de deux matières fondamentales, une trame qui ressortit au domaine théâtral.

L'auteur postule, en effet, que l'enseignement de l'écrit (lecture et écriture) peut être abordé à l'aide d'une métaphore théâtrale caractérisée par l'interaction des acteurs (enseignants et élèves), dans un décor particulier (l'organisation matérielle et pédagogique), où ces acteurs suivent un texte (contenus) dans le cadre d'une représentation (leçon et exercices). Cette représentation subit des contraintes résultant des conditions de la scène mais aussi des « coulisses » (auteurs et concepteurs) et du « parterre » (public). C'est dans ce décor que se joue la pièce qui implique les maîtres et les élèves.

L'enseignement de la lecture et de l'écriture est vu comme un rituel assumant trois facettes qui correspondent à trois périodes successives de la longue durée (diversité, uniformité et unicité) où les manuels scolaires ont eu une présence inégale.

LIVRES

Phénoménologie des corps monstrueux

Pierre Ancet
Presses Universitaires de France,
22 €

La tératologie scientifique est à l'origine de l'intelligibilité contemporaine du monstre (la classification d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire est d'ailleurs toujours en usage dans les thèses de médecine). De même, nos concepts actuels d'ébauche embryonnaire, de malformation, sont issus de ce développement avec, notamment, l'œuvre de Camille Dareste (1822-1899), fondateur de la tératogénie expérimentale, et Etienne Wolff (1904-1996), initiateur de la tératogénèse par des méthodes directes. Ces travaux éclairent certains problèmes soulevés par l'expérience du corps difforme.

Mais, pour envisager la convergence entre vision scientifique et vision commune, il faut préciser la nature des représentations courantes du monstre. Le sentiment qui étire l'observateur non prévenu à la vue d'un monstre désigne ce qu'il est pour la conscience de l'observateur et non ce qu'il est en lui-même (car il n'est pas de monstre hors d'une appréciation de la différence).

Aucune différence n'est faite entre les cas authentiquement tératologiques et les difformités apparemment monstrueuses.

La mise à distance du monstrueux peut s'opérer par une réduction anatomique, par une mise en scène du regard. L'analyse des exhibitions publiques des monstres et de leur rapport avec les « monstres » esthétiques et fantastiques s'inscrit tout naturellement dans cette perspective, de même qu'une rétrospective historique concernant le type de réalité variable conféré à ces êtres.

Mettre le monstre à distance, le déréaliser, n'est qu'un mode de défense contre l'évidence de sa proximité. Cette proximité doit être analysée pour elle-même, à travers son retentissement psychologique, à travers notamment la notion freudienne d'inquiétante étrangeté. Le fantastique naturel y rejoint l'expérience vécue du désir de déformation du corps, autoplastie fantasmatique que redoublent les figures monstrueuses en lui donnant le poids du réel. Le recours à la psychanalyse révèle les dimensions de sadisme, d'oralité et d'analytisme mises en jeu dans la perception de ces formes humaines.

Graphologie et test de Szondi

Tome 1 : Le Moi, 16,50 €
Tome 2 : Dynamique des pulsions, 20,50 €

Fanchette Lefebure
Jean-Charles Gille-Maisani
L'Harmattan

La théorie szondiennne combine des notions de psychiatrie, de psychanalyse et de psychologie génétique. L'interprétation des données du test de Szondi est complexe ; elle aboutit à expliquer « en profondeur » les manifestations cliniques plus qu'elle ne les décrit directement.

Les auteurs ont, sur la base d'un travail portant sur quatre cents sujets, mis en rapport les résultats du test avec ceux de l'analyse de l'écriture par la méthode graphologique. Leur but est d'exposer ces notions et de fournir une méthode utilisable, qui s'appuie sur l'observation de l'écriture. Après que les différents types de Moi ont été étudiés dans le premier volume, le second est consacré aux trois pulsions de contact, sexuelle et éthique.

l'emprise, des contraintes. Parmi ces ressources, citons les bénéfices de réaménagements narcissiques, l'éclatement externe au groupe sectaire qui a pu résister aux attaques répétées ou pour d'autres, l'intervention des services sociaux ou judiciaires, parfois un processus de deuil, un événement traumatique ou encore l'exclusion, la dissolution du groupe...

L'expression d'un malaise à l'origine d'une demande de soins, quasiment impossible durant la période d'adhésion, s'avère rare après la sortie, en comparaison du nombre d'individus concernés. Devant les faibles perspectives de sortie de tels groupes, la dimension thérapeutique préventive apparaît prévalente, laissant une large place à la santé mentale des adolescents, à l'information, qui semble porter ses fruits en regard de l'évolution du nombre d'adeptes ces dernières années en France.

L'institutionnalisation des croyances, la place des instances régulatrices de tout groupe constitue une autre facette de cette protection. Les religions, hors du fanatisme et de l'intégrisme, peuvent assurer une fonction symbolique en soutenant l'acceptation de la castration à travers les représentations de la finitude et de la culpabilité. Elles laissent aux sujets le choix des modalités quantitatives et qualitatives de leurs investissements et leur permettent de s'inscrire dans des appartenances compatibles avec la vie sociale et culturelle, sans qu'il soit nécessaire de recourir à des clivages massifs.

Autre illustration, les limites entre médecines parallèles, parfois organisées en réseau, et sectes guérisseuses sont difficiles à tracer, et les sectes jouent de cette confusion. Le législateur s'est emparé de cette question, via le Parlement Européen avec l'élaboration d'un statut des médecines dites non conventionnelles, la création de programmes d'évaluation scientifique, qui s'annonce délicate, et de formations universitaires... Une autre piste de réflexion actuelle concerne également le statut légal de psychothérapeute.

La variété et la complémentarité de l'organisation des réseaux de soins dans le champ des addictions constituent autant de pistes de soins individualisés, non nécessairement standardisés, pouvant alimenter la réflexion sur l'aide à apporter à un pourcentage non défini mais fatalement important d'individus dépendants parmi les dizaines de milliers d'individus inscrits dans une dynamique sectaire en France.

La souplesse et l'adaptation du cadre thérapeutique posé apparaissent particulièrement importants, compte tenu des risques d'emprise comme de rupture, face à la place habituelle des mécanismes de déni et de clivage, parfois des attentes magiques et omnipotentes inhérentes au transfert narcissique massif et idéalisant. Il s'agit de traiter une pathologie du lien, reconnaître le statut victimaire, soutenir la singularité du patient, réinscrire une histoire personnelle afin de restaurer une autonomie perdue et sortir de l'emprise.

La coordination pluridisciplinaire apparaît donc indispensable dans un système d'accompagnement créant différents espaces articulés entre eux, l'association des dimensions psychique, sociale et judiciaire étant très fréquente. Les associations de défense, la mobilisation des familles, ont aujourd'hui à ce titre une place centrale. ■

Olivier Duretête*,
Marie Grall-Bronnec**,
Jean-Luc Venisse***

*Docteur, Service de Pédopsychiatrie, C.H. de Saint Nazaire, BP 414, 44606 Saint Nazaire Cedex.

**Docteur, Service d'Addictologie, C.H.U. de Nantes, 9bis rue Bouillé, 44000 Nantes.

***Professeur, Service d'Addictologie, C.H.U. de Nantes, 9bis rue Bouillé, 44000 Nantes.

Coordonnées

UNADFI : 130 rue de Clignancourt 75018
PARIS - 01 44 92 35 92

CCMM : 3 rue Lespagnol 75020 PARIS- 01
44 64 02 40

MIVLUDES : 66 rue de Bellechasse 75007
PARIS - 01 42 75 76 08

Bibliographie

- (1) ABGRALL J.M., *La mécanique des sectes*, Payot, 1996.
- (2) CHASSE B., MAES J.C., *Santé mentale et phénomène sectaire*, Cahier de la Santé n°16, Collectif. Commission Communautaire Française, Bruxelles, 2001.
- (3) EIGUER A., *Le pervers narcissique et son complice*, Dunod 1996.

(4) MARCELLI D., *Adolescence et psychopathologie*, Masson, 2004.

(5) RACAMIER P. C., *Les schizophrènes*, Payot, 2001.

(6) ROSOLATO G., *Les cinq axes de la psychanalyse*, PUF, 1999.

(7) ROY J.Y., *Le syndrome du berger*, Boréal, 1998.

(8) VERNETTE J., *Les sectes*, Que sais-je ? PUF, 1996.

Le gouvernement des enfants

Mouvements 2007, n°49

La Découverte, 13 €

Ce dossier de *Mouvements* a été réalisé avec l'idée que pour aider les enfants à sortir de la minorité, il faut que les adultes soient fiables, qu'ils s'accordent et puissent se faire confiance. En examinant les fondements des revendications d'une partie du mouvement gai et lesbien pour obtenir l'accès au mariage et à l'homoparentalité, Marie-Hélène Bourcier interroge les rapports entre mariage, hétérosexualité et différence sexuelle et montre que faute d'avoir articulé une politique des droits sexuels qui remette en cause la différence sexuelle « biologique », fondement du mariage et de la famille traditionnelle, la revendication gaie et lesbienne s'est engagée sur une voie homonormative. Selon l'auteur, cette stratégie uniformisante refuse de penser son potentiel discriminatoire, avéré et invisibilise d'autres formes de sociabilités et d'intimités nées des expériences et des subcultures gaies, lesbiennes et queer. René Schérer, philosophe de l'hospitalité, de l'utopie et de l'enfance, spécialiste de Charles Fourier, avait publié *Emile pervers*. La réédition de ce livre est donc l'occasion de revenir avec lui, dans un entretien, sur ce qui a pu se passer en 30 ans sur ces questions d'éducation. Depuis quelques années, la sacralisation de l'enfance s'accompagne d'un retour aux valeurs familialistes et autoritaires. On mobilise, certes, la parole ou les droits de l'enfant, mais pour mieux entretenir son exclusion de toutes activités sociales autres que celles définies par les adultes. Les alternatives aux pédagogies disciplinaires relèveraient de la naïveté et s'avèreraient dangereuses. Mais, ne serait-ce pas céder à ces injonctions et à la facilité de l'inculture que de refuser, par exemple, de parler de sexualité des enfants ?

Avec les « violences urbaines » de novembre 2005, les discours autour de la responsabilité des parents dans les illégalismes de leurs enfants ont refait surface. Cette forme de privatisation, ou de « familiarisation », de la question sociale, associant désordre social et désordre familial, n'est pas nouvelle mais elle s'est réactualisée depuis les années 1990, avec les débats autour de la délinquance juvénile: la « désagrégation » ou la « crise » de la famille, notamment celle des milieux populaires.

Mise en cause, la famille populaire l'est aussi dans les débats sur la protection de l'enfance : les procès d'Angers et d'Outreau ont montré que, dans les esprits, situations de précarité riment avec maltraitance. Coline Cardé montre que le phénomène de criminalisation des familles est traversé par des rapports de classe mais aussi de sexe : au regard de définitions traditionnelles des genres, pères et mères ne sont pas appelés à comparaître au même titre et, dans les faits, ce sont surtout les femmes, potentielles « mauvaises mères », qui sont principalement visées.

Monique Schneider, psychanalyste, montre que Freud n'a jamais « établi scientifiquement la désastreuse incapacité des mères à faire de l'enfant un être sociable ».

Elisa Herman remplace la notion d'autonomie dans l'environnement d'une société marchande, et la scrute dans le cadre précis d'un centre de loisirs. Elle montre comment le « choix » constamment valorisé (entre deux jeux par exemple) initie les enfants à une position de consommateur, genré et « responsabilisé ». Responsable de ces choix encadrés qui sont censés refléter et construire l'identité, l'enfant doit aussi apprendre à les assumer et à s'auto-contrôler pour « rester soi ». Nicolas Murcier, qui a enquêté dans les crèches, fait le point sur les pratiques et les idéologies qui renforcent les stéréotypes, selon les sexes, dans la garde des jeunes enfants. Wilfried Lignier propose une approche sociologique des enfants surdoués catégorisés par leur psychisme. On découvre qu'ils ont des attitudes différenciées par rapport à leur statut de « surdoué », qu'ils cherchent, par des tactiques bien particulières, à tester ce statut, à le confirmer, le justifier, à l'infirmier chez les autres, par des jugements engageant des échelles de valeurs et des positions de plus ou moins grande légitimité. Les malentendus scolaires et les inégalités sociales s'accroissent, de l'école comme dans les loisirs. Face à ce renoncement éducatif, il existe des alternatives : une pédagogie progressiste, prenant appui sur le collectif, l'expression et la coopération. Face aux blocages de l'institution, Laurent Ott pense qu'une stratégie de réappropriation de l'école par ses propres acteurs est possible. L'ordonnance de 1945 sur la délinquance des mineurs a inauguré une politique de protection de l'enfance et de responsabilisation de la société envers ces « mineurs » qui restent, avant tout, des enfants. Elle prône l'idée d'associer éducation à sanction, en les différenciant et en les articulant. Ce texte a accompagné une génération de travailleurs sociaux fournissant une certaine analyse du

passage à la délinquance, prenant en compte ce moment spécifique que représente l'adolescence, et qui insiste sur la nécessité de présenter des perspectives à des jeunes qui sont eux aussi en danger. Maria Ines, éducatrice à la protection judiciaire de la jeunesse, montre combien ce texte de 1945 reste d'une grande actualité.

Alain Ehrenberg opère une clarification des termes du débat. Il revient sur les méthodes de l'expertise, appelle à une démarche sociologique d'expertise de santé publique et à prendre une perspective totale : le trouble des conduites ne doit pas être traité comme un phénomène à part, mais comme la partie d'un tout ; il faut le situer. Critiquant la perspective qui ne voit les phénomènes de trouble que comme des risques de délinquance et non une expression de souffrance, il incite à prendre en compte l'environnement, qui donne un sens aux comportements.

Roland Gori, psychanalyste, explique que le rapport de l'INSERM est le résultat des évolutions récentes du champ de la santé mentale : une médicalisation de la souffrance psychique et des pratiques de diagnostic basées sur l'observation de nos comportements selon des normes culturelles et sociales. Cette logique incite les enseignants et les parents à raisonner en termes de cadres « objectifs », desquels un enfant « normal » ne doit pas dévier.

Les Chemins de la peste

Le rat, la puce et l'homme

Frédérique Audoin-Rouzeau

Collection Texto, Editions Tallandier, 12 €

Frédérique Audoin-Rouzeau, plus connue sous le nom de plume de Fred Vargas, est archéozoologue, chercheur au CNRS. Ses recherches portent sur les rapports de l'homme et de l'animal depuis l'Antiquité jusqu'aux Temps modernes. La peste devrait nous être familière depuis la première édition de ce livre, en 2003, aux Presses Universitaires de Rennes et le roman de Fred Vargas, *Pars vite et reviens tard*, et sa référence à la « peste des chiffonniers », qui tua trente-quatre personnes à Paris et dans sa banlieue en 1920. Aujourd'hui encore, la menace est présente bien que la controverse soit à présent tombée dans l'oubli. Les hypothèses antagoniques qui furent proposées laissent peser une incertitude sur le mode d'épidémisation de la peste bubonique : l'énigme de l'insecte vecteur, diversement résolue selon les périodes, reste aujourd'hui entière. L'histoire de la peste n'est donc pas révolue et elle constitue une véritable question d'avenir. D'autant que l'irruption toute récente de cette maladie, aux côtés de la variole et de l'anthrax, dans le débat mondial sur la guerre bactériologique, la propulse aux premiers rangs de l'actualité, conférant au sujet une réelle acuité. Certes, la découverte du rôle de la piqûre de puce, la mise en place de mesures prophylactiques, la connaissance des foyers et la mise au point de traitements de la maladie, lui ont porté des coups décisifs. Cependant, l'absence de vaccin réellement efficace et la résistance nouvelle du bacille aux antibiotiques obligent à poursuivre activement sa bataille séculaire. De l'identification des puces vectrices dépend la compréhension de la chaîne épidémique et de la propagation de la maladie. C'est évidemment toute l'orientation des mesures de prophylaxie, fondamentales, qui peut s'en trouver très modifiée. La lutte contre les puces de rat se mène différemment de celle contre les puces de l'homme : aussi la connaissance exacte des insectes vecteurs est-elle un enjeu de première importance.

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 Guedeny, enfin, met l'accent sur la réaction de retrait chez le bébé, quand échoue l'intégration d'une temporalité psychique.

D'après les travaux des sciences de l'éducation, et notamment ceux de Eric Debarbieux, qui fut le directeur de l'Observatoire Européen de la violence scolaire dans les années 2000, la vision la plus commune de la violence dans les établissements scolaires met l'accent sur la notion « *d'école agressive* » de l'extérieur : la violence serait donc imprévisible et éruptive ; toute la stratégie pour lutter contre celle-ci consisterait donc à dresser des murs étanches entre l'école et l'extérieur, que ces murs soient réels ou symboliques, et à focaliser l'action sur les moyens de contenir la violence éclatante.

Or, cette vision met de côté toute la violence qui naît et s'installe progressivement à l'intérieur même des établissements scolaires : dans ce cas, lorsque la violence devient spectaculaire, il est déjà trop tard pour les victimes, et la répression n'est jamais qu'un après-coup.

Deux concepts illustrent ce point de vue :

- d'une part celui de « *school bullying* » (venant d'Europe du nord) qui montre les conséquences sur les victimes des petites violences répétées au quotidien de manière insidieuse ;

- d'autre part la notion « *d'incivilité* » (concept plus majoritairement utilisé en France) qui a l'avantage de faire le lien avec la montée générale des actes de « *violence ordinaire* » dans le corps social tout entier, et les conséquences des actes perpétrés dans le cadre scolaire sur ce même corps social.

Les recherches anglo-saxonnes sur le « *school bullying* »

Elles ont les premières attiré l'attention sur les victimisations au quotidien que subissent les élèves : même si ce concept a des limites, sur lesquelles nous reviendrons, il a néanmoins l'avantage d'attirer l'attention sur le vécu des victimes et le risque qu'elles encourrent ; il se traduit par « *harcèlement et brutalités entre élèves* ».

Cette notion provient des travaux d'un danois, Dan Olweus, qui a mené, en 1973, la première recherche à long terme sur le sujet dans des écoles norvégiennes auprès d'un échantillon de 140 000 jeunes de 8 à 16 ans, puis en a tiré un programme de prévention et d'intervention aujourd'hui largement utilisé dans de nombreux pays européens tels que la Grande Bretagne, l'Italie, les Pays Bas, l'Espagne.

Il en donne la définition suivante : « *abus de pouvoir agressif et systématique à long terme* ». Il s'agit donc d'une violence à long terme, physique ou psychologique, perpétrée par un ou plusieurs agresseurs (les « *bully* ») à l'encontre d'une victime (« *bullied* ») qui est dans l'incapacité de se défendre, en position de faiblesse, l'agresseur agissant dans l'intention de nuire à sa victime.

Plus précisément, (def. de Sharp, 1992) « *un enfant ou une jeune personne est victime de bullying lorsqu'un autre enfant ou jeune ou groupe de jeunes se moquent de lui ou l'insultent. Il s'agit aussi de bullying lorsqu'un enfant est menacé, battu,*

Parcours de victimes, parcours d'agresseurs

L'enfant victime en établissement scolaire

bousculé, enfermé dans une pièce, lorsqu'il reçoit des messages injurieux ou méchants. Ces situations peuvent durer et il est difficile pour l'enfant ou la jeune personne en question de se défendre ; en revanche, il ne s'agit pas de bullying lorsque deux enfants de force égale se battent ou se disputent ».

Nous retiendrons donc les caractéristiques suivantes quant à la définition du phénomène :

- il peut être physique ou psychologique : crachats, coups, insultes, rumeurs, racisme, sexisme, isolement de la victime du reste de ses camarades, notamment s'il refuse de participer à des jeux violents, comme ceux du foulard, de la tomate (strangulation) ou de la canette, du cafouillage, du petit pont massacreur (tabassage en règle) ;

- l'agresseur a l'intention délibérée de nuire ;

- il a lieu dans le cadre d'une relation dominant/dominé, la victime a des difficultés à se défendre ;

- il s'agit d'une agression à LT.

Toutes ces recherches soulignent l'impact du phénomène sur le climat de la scolarité de celui qui le subit, et donc les conséquences, qui peuvent être graves, à la fois sur la réussite scolaire et sur l'équilibre psychologique de la victime : ces conséquences peuvent varier du décrochage scolaire (dans l'étude sur les décrocheurs suivis par le service de santé scolaire du rectorat de Paris, demandeurs de CNED en 2002, les élèves victimes de maltraitements représentaient 16% de l'échantillon, soit une proportion double de celle relevée par Marie Choquet en population scolaire générale) à la perte de confiance en soi entraînant parfois des conduites auto-agressives pouvant aller jusqu'à la tentative de suicide.

Le rapport Elton, datant de 1989, en Grande Bretagne, soulignait que le problème était étendu mais que les enseignants avaient tendance à l'ignorer et à le considérer comme une forme de socialisation « *normale* » chez les jeunes, voire un élément contribuant à renforcer leur caractère. Or, toutes les études montrent, aujourd'hui, que plus le signalement d'actes de maltraitance est fait tôt, plus les proches accordent du crédit aux confidences des victimes, plus le pronostic santé est meilleur.

Cela d'autant plus que victimes, comme les agresseurs, sont décrits comme ayant des profils particuliers, qui peuvent les prédisposer à leurs rôles respectifs.

Du côté des victimes, on trouve des sujets choisis en fonction de leur apparence physique ou d'un handicap dont jouent le ou les agresseurs : bégaiement, difficultés d'apprentissage, obésité, appartenance à une minorité ethnique. Ce point permet de mettre en exergue l'exposition particulière à laquelle les jeunes handicapés somatiques ou psychiatriques sont soumis lors de leur réinsertion dans la scolarité normale (qui est la politique dominante aujourd'hui).

Du côté des agresseurs, la littérature décrit des enfants impulsifs, au tempérament agressif or, de nombreux travaux en France ont montré les liens étroits entre santé et violence ; le rapport INSERM 1998 a montré une corrélation nette entre la violence agie et le fait d'avoir été victime de violence (2 fois plus violents que les autres), de même qu'entre dépression et violence (2,4 fois plus violents), tandis que la consommation de drogues illicites a plus d'incidence sur le suicide que sur la violence agie : au total, la part de souffrance (sans doute non repérée)

des agresseurs est aussi à prendre en considération si on veut réfléchir à une politique efficace de prévention.

Il faut noter enfin que le « *bullying* » peut être le fait de garçons comme de filles, alors que la participation de celles-ci à de telles pratiques a longtemps été sous-estimée : dans leur cas, l'agression est moins directe que l'agression physique qui est plus courante chez les garçons, il s'agit le plus souvent de moqueries ou de dissémination de rumeurs, dont les conséquences psychologiques ne sont pas moins graves.

Limites du concept

Il s'agit d'un concept psychologisant qui tend à individualiser le phénomène, et à n'en rendre responsable que l'agresseur ou la victime, parfois la famille ; le tout est donc décontextualisé, on ne considère ni l'influence du contexte socio-économique, ni celle de l'institution scolaire.

Le risque d'une telle vision est que le comportement serait déterminé uniquement par des facteurs individuels sur lesquels l'individu lui-même n'exercerait aucun contrôle ; la solution au problème s'imposerait donc sous la forme d'un traitement individuel, soit en considérant les perturbateurs comme des « *inadaptés* » qu'on conduirait qu'il s'agirait donc de « *contenir* » (d'où les usages et mésusages de la Ritaline que l'on dénonce massivement aujourd'hui), soit en les éloignant, par voie d'exclusion... Or, un tel traitement individuel de la question n'empêche pas l'apparition de nouvelles victimes et de nouveaux agresseurs, ce qui doit être l'objectif d'une réflexion sur la prévention à l'intérieur même de l'institution scolaire. C'est pourquoi il semble utile de compléter cette vision par le concept d'incivilité.

L'incivilité et la longue construction des carrières délinquantes

L'incivilité est un concept nord-américain d'origine criminologique et non éthique ou philosophique. Il a été proposé pour expliquer un changement global dans la structure contemporaine de la délinquance et de l'insécurité : comme on le sait, si les crimes de sang ont été massivement régressés depuis deux siècles, les statistiques criminelles montrent, depuis près de 30 ans, que l'augmentation de la petite délinquance est une tendance lourde des sociétés libérales ; l'incivilité est donc le résultat de cette petite délinquance. Or, près de 80% des faits de petite délinquance n'aboutissent pas à une élucidation, non par incurie policière, mais parce que sa structure a changé : beaucoup plus fréquente, labile, et moins prise en charge collectivement. Les victimes de ces petits délits ou infractions en retirent une impression globale de désordre, de violence dans un monde mal régulé. A l'école, cela se traduit par une crise d'identité forte, tant chez les élèves que chez les enseignants, et le terme le plus nodal dans les discours est bien celui de « *respect* » sans lequel il n'est ni prestige, ni identité sociale solide : la victimisation la plus fréquente décrite par les élèves d'une enquête de 1996 dans le Doubs (Carra-Sicot) est de très loin le « *manque de respect* ». Ce qui est donc important dans cette notion d'incivilité est qu'elle permet de comprendre le progressif repli sur soi des victimes d'incivilités à répétition (que celles-ci soient d'ailleurs des élèves ou des enseignants dans l'espace sco-

laire) : ce n'est pas « une » incivilité qui est grave, mais la répétition de celle-ci, qui provoque un repli frileux des victimes qui se sentent abandonnées par le corps social, (il faut d'ailleurs remarquer que la notion de « *victime* » n'existe pas dans le droit français avant tout jugement en procès) et d'autre part le sentiment d'impunité qui se développe chez les agresseurs.

C'est dans cette répétitivité, dans la non prise en compte du quotidien que se construisent les carrières délinquantes et, sans doute, aussi les carrières de victimes.

Cette vision permet donc d'introduire l'utilité d'une prise en charge en amont des faits de micro-violence par la lutte contre l'incivilité au quotidien dans les établissements scolaires : d'où l'importance des programmes visant à développer très tôt (voire dès le primaire) les compétences sociales des élèves et leur capacité de gestion des conflits par leur verbalisation (GASPAR dans l'académie de Lille).

En aval, il s'agira plutôt de rompre l'isolement des victimes et des témoins de faits violents : priorité qui s'impose au travers du constat que les liens de connaissance sont nombreux entre agresseurs et victimes (dans le collège ou le lycée mais aussi dans la ville ou la cité), ce qui explique la peur des représailles et le fait que la grande majorité des faits de violence ne sont pas signalés aux adultes, mais aux pairs, qui ne savent pas quoi faire de ces confidences et qui sont amenés à partager l'anxiété sans non plus pouvoir être aidés (d'où l'utilité des programmes « *peer counselling* » de plus en plus utilisés chez nos voisins européens et qui font l'objet d'expérimentations intéressantes actuellement en France).

Enfin, les études menées par E. Debarbieux dans des établissements scolaires de quartiers difficiles montrent que la violence, même lorsqu'elle frappe brutalement, a souvent une histoire. Tant au niveau des individus que des établissements scolaires, elle se situe dans une progression souvent lente. Je cite : « Elle est d'abord accumulation de micro-violences et de violences symboliques, et c'est au niveau du déroulement de cette « *carrière de violence* » qu'il faut agir au plus tôt de manière concertée, en équipe. Ce que nos études ont le mieux mis en évidence est la grande importance de la cohérence des équipes adultes, qui dépend non seulement des qualités des chefs d'établissement et des membres de ces équipes mais aussi des « *effets de zone* » liés au mouvement des enseignants.

L'évaluation que le ministère de l'Éducation Nationale nous a confiée au plan interministériel en 1999 a ainsi montré que dans les zones où le turn-over des adultes est très important (80% de renouvellement des équipes dans la banlieue parisienne chaque année) l'injonction de moyens supplémentaires, même importants, ne servait à rien, contrairement aux établissements de grande stabilité.

Créer les conditions de travailler ensemble est donc une absolue nécessité si l'on veut prendre en compte le problème de la violence à l'école. ■

Catherine Giraud *

*Psychologue clinicienne

Communication présentée au cours des 6èmes Rencontres des Médecins de l'Éducation Nationale et des Psychiatres organisées par l'Association Française des Psychiatres et Médecins Scolaires les 23 mars 2007 au Centre Hospitalier Sainte-Anne.

LIVRES

Les émeutes urbaines : comparaisons internationales

Numéro coordonné par D.

Duprez et M. Kokoreff

Déviance et Société 2006, n°4

Éditions Médecin et Hygiène diffusé par L'Harmattan

Loin de se cantonner aux banlieues françaises, la vague d'émeutes a interrogé l'ensemble des sociétés confrontées, selon une intensité et un degré variables, à des processus comparables de polarisation sociale et de discrimination, ethnique et territoriale. Dans certains pays, on s'est interrogé sur la question de savoir si des émeutes semblables pouvaient y avoir lieu. On pourrait retourner la question : dans quelle mesure les émeutes auxquelles on a assisté trois semaines durant en France sont-elles impensables dans d'autres sociétés européennes pourtant confrontées à des situations proches ? Il ne s'agit pas, bien évidemment, de surinterpréter l'exception française mais de tirer parti des éléments de comparaison disponibles tant aux États-Unis qu'en Angleterre.

Ce débat de *Déviance et Société* aborde ces différentes questions. D'un point de vue analytique, deux axes paraissent fondamentaux pour organiser la discussion : les lectures sociologiques que l'on peut faire de ces émeutes, à partir de différents cadres interprétatifs ; les lectures comparatives à différentes échelles qui en sont possibles. Autrement dit, restituer les différentes dimensions d'analyse à partir desquelles elles sont intelligibles, en prenant en compte la singularité française et le regard porté sur et par d'autres sociétés.

Le débat est construit autour d'un texte proposé par Didier Lapeyronnie qui a été écrit en février 2006, soit bien avant la mobilisation anti-CPE qui a suivi la mise en place d'un plan pour l'égalité des chances, réponse du gouvernement français à la « *crise des banlieues* », mais aussi avant la publication d'ouvrages ou articles auxquels ont pu faire référence les autres participants de ce débat qui ont écrit leur contribution au début de l'été 2006. Il n'en reste pas moins que les émeutes de novembre concernent les questions sociales qui en sont à l'origine et l'inertie en matière de politiques publiques qui devrait conduire à de nouvelles tensions urbaines.

Qui gardera les enfants ? Mémoires d'une féministe iconoclaste

Yvonne Knibiehler

Calmann-Lévy, 18 €

Yvonne Knibiehler, professeur émérite à l'université d'Aix-en-Provence, est l'auteur de plusieurs ouvrages parmi lesquels : *L'Histoire des mères ; La Révolution maternelle depuis 1945 ; Les pères aussi ont une histoire ; Histoire des mères et de la maternité en Occident ; Maternité affaire privée, affaire publique ; La Sexualité et l'Histoire ; La Naissance en Occident.*

Spécialiste de l'histoire des femmes, elle s'est toujours engagée dans des grandes causes : le travail des femmes, les différences entre les sexes, la maternité, le féminisme, l'éducation, la citoyenneté, la décolonisation... Souvent à contre-courant de la pensée dominante, elle a montré en plein combat féministe que la maternité demeurait un enjeu central de l'identité féminine. Alors que de plus en plus de femmes sont incitées à rentrer dans leur foyer, elle dénonce la fatigue des mères.

Variations sur le

paradoxe - I

Paradoxes dans l'école de Palo

Alto et les Cahiers de Valéry

Edmundo Morim de Carvalho

L'Harmattan, 18 €

Ce livre aborde la stratégie qu'est le paradoxe du « *double bind* » (de la double contrainte) dans les écrits de Palo Alto et, parallèlement dans l'univers des *Cahiers* valéryens où les enjeux sont multiples : épistémologiques, linguistiques, psychologiques, politiques.

LIVRES

L'angoisse

Vassilis Kapsambelis
Coll. *Que sais-je ?*, PUF

Vassilis Kapsambelis propose un « Que sais-je ? » particulièrement réussi du fait d'une synthèse claire, accessible à tous mais aussi capable d'intéresser le spécialiste. Il commence par examiner les différents aspects de l'angoisse/anxiété en tant que manifestation clinique en psychiatrie. Sont présentées quelques « grandes » angoisses, entités conceptuelles dans lesquelles l'angoisse occupe la place centrale. Puis l'angoisse du point de vue de trois courants majeurs des sciences contemporaines du psychisme : la biologie, la psychanalyse et le cognitivisme. Enfin, le dernier chapitre est consacré aux différents traitements.

L'angoisse/anxiété, bien qu'omniprésente en psychopathologie, ne retrouve ses premières descriptions détaillées, ainsi qu'une place sémiologique autonome, que vers la fin du XIX^e siècle. Les auteurs antérieurs parlent presque exclusivement de peur ou de phobie, et les termes d'« angoisse » ou d'« anxiété » sont pratiquement absents des manuels et des travaux de l'époque.

L'angoisse s'est progressivement constituée en notion psychopathologique autonome en se différenciant de la peur, tant et si bien qu'elle s'est classiquement définie comme une « peur sans objet » (sans objet défini, actuel, présent, « réel », ou mentalement identifiable).

Le DSM-III a modifié considérablement le paysage nosographique de l'ancienne névrose d'angoisse. Il introduit le terme d'« attaque de panique » pour désigner toute crise paroxystique d'angoisse, avec ou sans objet.

Cette modification, en rapport avec la philosophie fondatrice de ce manuel, unifie les manifestations de la crise d'angoisse et celles du contact avec un objet ou une situation phobogène, sur l'argument que leur expression symptomatique est la même. Le DSM-III démembré la traditionnelle névrose d'angoisse en deux entités : le « trouble panique », caractérisé par des attaques de panique à répétition ; le « trouble anxiété généralisée », qui correspond à l'ancienne angoisse chronique et latente.

Divers modèles sont proposés qui n'ont pas d'homogénéité théorique : certains proviennent de la clinique psychiatrique, d'autres de la théorie et de la clinique psychanalytiques, d'autres encore de la psychologie du développement, voire de l'éthologie : le traumatisme de la naissance (O. Rank), l'angoisse de l'étranger, l'angoisse du 8^{ème} mois (Spitz), l'angoisse de séparation, la dépersonnalisation, l'angoisse névrotique, l'angoisse psychotique, l'angoisse dépressive, la perplexité anxieuse et l'absence d'angoisse.

Dans les chapitres suivants sont exposés les résultats des recherches biologiques sur l'anxiété. Comme les perspectives psychanalytiques (angoisse comme signal : angoisse et dualité pulsionnelle ; angoisse, narcissisme et objet) puis la psychologie cognitive de l'angoisse.

Le chapitre consacré aux traitements aborde la chimiothérapie, les traitements psychothérapeutiques (thérapies cognitivo-comportementales, thérapeutiques, psychanalytiques, traitements spécifiques des pathologies traumatiques, les approches corporelles).

G.M.

ANNONCES EN BREF

31 mai 2007. Ceyzeriat (Ain). Journée Départementale Santé Mentale et Précarité organisée par l'Association Ain-Psy et Carrefour Santé Mentale Précarité sur le thème : *L'impasse psycho-sociale (que faire quand on ne sait plus quoi faire ?)*. Contact : Tél. : 04 74 52 24 86 / 04 74 52 28 32. E-mail : precarite.cpa@free.fr

1er et 2 juin 2007. Marseille. Troisièmes Rencontres du Centre Hospitalier Valvert sur le thème : *Effets de peau « la peau pour le dire »*. Renseignements et inscriptions : Mme D. Basso. Tél. : 04 91 87 68 97. Fax : 04 91 87 68 88. E-mail : dominique.basso@ch-valvert-marseille.fr - www.ch-valvert-marseille.fr

1er et 2 juin 2007. Paris. 70^e anniversaire de la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur le thème : *Enfants d'aïeux, vivre les différences*. Renseignements : BCA, 6 bd du Général-Leclerc, 92115 Clichy Cedex. Tél. : 01 41 06 67 70. Fax : 01 41 06 67 79. contact@b-c-a.fr - www.b-c-a.fr

2 juin 2007. Paris. 1^{er} après-midi d'étude Intervalle-Cap du week-end sur le thème : *L'accueil psychanalytique : expérience d'Intervalle face aux précarités*. Inscriptions sur le site web d'Intervalle-Cap : <http://www.cap-intervalle.org> ou par voie postale à : Intervalle-Cap, 33 rue Rousselet, 75007 Paris.

2 juin 2007. Paris. Journée de la Société de Gynécologie et Obstétrique Psychosomatique sur le thème : *L'adolescence et son corps*. Inscriptions : Tél. : 01 46 42 11 30. E-mail : helene.jacquemin@santesurf.com

4 juin 2007. Paris. Séminaire du CTNERHI sur le thème : *Le développement des enfants sourds implantés*. Renseignements et inscriptions : Régine Martinez, 01 45 65 59 40. r-martinez@ctnerhi.com Site : www.ctnerhi.com (rubrique séminaires).

4 et 5 juin 2007. Marseille. Colloque organisé par l'association Anthea sur le thème : *L'individu et le groupe*. Renseignements : Association Anthea, 7 place aux Herbes, BP 219, 83006 Draguignan Cedex. Tél. : 04 94 68 98 48. Fax : 04 94 68 28 74. E-mail : anthea@club-internet.fr

7 juin 2007. Abbeville. 6^e Journée de psychiatrie d'Abbeville sur le thème : *Qu'est-ce qu'on fout là !* Renseignements : Secrétariat du Dr Chaperot, Psychiatrie B, Centre Hospitalier, 43 rue de l'Isle, 80142 Abbeville. E-mail : secretariat@collectifpsy.org. Site : www.collectifpsy.org

7 et 8 juin 2007. Hyères. Colloque organisé par l'Association Reliance pour la recherche multidisciplinaire dans le

champ médico-psychologique, social et juridique sur le thème : *Lien social - lien familial. Estime de soi, reconnaissance, altérité*. Renseignements et inscriptions : La Sauvegarde de l'enfance, Marjorie Pelchat, 121 avenue de Vauban, 83000 Toulon. Tél. : 06 22 84 02 31 / 04 94 93 30 26. E-mail : association.reliance@hotmail.fr

7 et 8 juin 2007. Neuilly-sur-Marne. 4^{èmes} Journées de l'Association Réflexions Institutionnelles de Ville-Evrard sur le thème : *Diversité des pratiques en psychiatrie*. Contacts : Monique Der Apelian, Trésorière, tél. : 01 43 09 34 90. E-mail : m.der-apelian@ns.eps-ville-evrard. Corinne Lacoste, Secrétaire, tél. : 01 43 09 30 76. E-mail : clacoste@ns.eps-ville-evrard

8 juin 2007. Paris. Les Journées de l'Albatros sur le thème : *Actualité de la recherche neurobiologique et thérapeutique en addictologie*. Inscriptions : PRINCEPS éditions, 64 ave. du Général de Gaulle, 92130 Issy-les-Moulineaux. Tél. : 01 46 38 24 14.0 Fax : 01 40 95 72 15. E-mail : princeps.gdumaswanadoo.fr

8 juin 2007. St Maurice. Rencontre Clinique de l'Association ECART (Enseignement Création Analyse Recherche Transmission) sur le thème : *Impossible mais quand même ! « Il y a trois métiers impossibles : éduquer, psychanalyser, gouverner »*. S. Freud. Renseignements : Florence Reznik, Présidente de l'Association ECART. Tél. : 01 43 96 62 00.

8 juin 2007. Paris. Colloque 2007 du Département de Psychiatrie Adulte, Centre Philippe Paumelle ASM 13 sur le thème : *Le besoin d'asile*. Renseignements : Colette Thévenin, 11 rue Albert Bayet, 75013 Paris. Tél. : 01 40 77 44 48. Fax : 01 45 83 28 77.

8 et 9 juin 2007. Paris. Journées de FMC organisées par l'Association Française de Psychiatrie sur le thème : *La maltraitance et les agressions sexuelles chez les personnes vulnérables, en situation de handicap physique et/ou psychique, ou encore âgées*. Renseignements : AFP, 147 rue Saint Martin, 75003 Paris. Tél. : 01 42 71 41 11. Fax : 01 42 71 36 60. E-mail : psy-spfafp@wanadoo.fr. Site : www.psychiatrie-francaise.com

10 juin 2007. Paris. Journée Scientifique Michel Soulé, Bernard Golse, Marcel Rufo sur le thème : *La dynamique du virtuel chez l'enfant*. Renseignements : Association Phymmentin Marie Rat, 20 rue de Dantzig, 75015 Paris. Tél. : 01 53 68 93 43. Fax : 01 53 68 93 45. E-mail : jscientifique@wanadoo.fr

14 au 16 juin 2007. Lugano (CH). Colloque de l'AEPEA sur le thème : *Entre destructivité et créativité. Troubles de l'organisation de la personnalité : du bébé à l'adolescent*. Inscriptions : Tél. : 0041 (0)91 815 21 51. Fax : 0041

(0) (0)91 815 21 59. E-mail : aepea-lugano@ti.ch

15 et 16 juin 2007. Fontevraud. 39^{èmes} Journées du Groupement d'études et de prévention du suicide et 22^{èmes} Journées de Psychiatrie du Val-de-Loire sur le thème : *Alliance thérapeutique et refus de soins*. Renseignements : Anne-Marie Guyot, Josiane Le Marec et Janine Raimbault, Secteur 7, Césame, Saintes-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-cesame-angers.fr. Site : www.med.univ-angers.fr/services/AARP

15 au 17 juin 2007. Paris. 8^{ème} Congrès Européen d'EMDR organisé par l'Association EMDR-France, 20 rue d'Armenonville, 92200 Neuilly-sur-Seine. Tél. : 01 46 24 55 02. E-mail : info@emdr-france.org

17 juin 2007. Perpignan. Congrès 2007 de Psychiatrie et de Neurologie de la Langue Française. Renseignements : Dr Philippe Raynaud, CH, 66300 Thuir Cedex. Tél. : 04 68 84 66 20. Fax : 04 68 84 65 52. E-mail : philippe.raynaud@ch-thuir.fr

18 au 20 juin 2007. Perpignan. 105^e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française le 18 juin, journée commune avec la Société Médico-Psychologique et l'Association pour une Fondation Henri Ey. Les inscriptions se font directement au Palais des Congrès de Perpignan : 04 68 66 33 20. E-mail : congres-lopez@mairie-perpignan.com

21 et 22 juin 2007. Grenoble. Colloque organisé par Thierry Bougerol et Jean-Paul Chabannes sur le thème : *Neurophysiologie de la dépression*. Renseignements et inscriptions : Agence Intense, 12 quai Mounier, 38000 Grenoble. Tél. : 04 76 44 47 17. Fax : 04 76 51 61 27. E-mail : jocelyne.intense@wanadoo.fr Département de psychiatrie, CHU de Grenoble, Hôpital Sud. Tél. : 04 76 76 54 11. E-mail : GBougerol@chu-grenoble.fr

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

21 au 23 juin 2007. Bordeaux. 7^{ème} Séminaire Réseau francophone de Prévention des Traumatismes et de Promotion de la Sécurité sur le thème : *Transfert des connaissances et des compétences pour un changement de pratiques*. Contact : tél. : 05 57 57 45 27. E-mail : nadia.segala@isped.u-bordeaux2.fr

28 juin 2007. Paris. Session de formation organisée par l'Expertise Médicale-Formation sur le thème : *L'assistante sociale et les réformes des régimes de protection des usagers : principes juridiques et réper-*

ussions pratiques. Renseignements : L'Entreprise Médicale, Département Formation, 3 bis rue du Dr Foucault, 92000 Nanterre. Tél. : 01 47 24 07 99. Fax : 01 47 24 00 40. E-mail : formation@entreprise-medicale.fr

28 juin 2007. Paris. Colloque « Clinique des migrations et de l'exil » organisé par l'Association Franco-Argentine de Psychiatrie et de Santé Mentale avec la participation de Janine Altounian, Serge Cottet, Perla Drechsler, Olivier Douville, Alberto Eguier, Jean Garrabé, Edmundo Gomez-Mango, Juan-Pablo Lucchelli, Eduardo Mahieu, Luis Maria Moix, Martin Reza, Luis Solano, Thierry Trémine, Hugo Vezzetti, François Villa, Dominique Wintrebert. Entrée libre et gratuite. Inscriptions : Dr M. Reza, tél. : 01 48 00 83 86. <http://psy.francoarg.asso.free.fr> • psy.francoarg.asso@free.fr

19 au 21 septembre 2007. Poitiers. 2^{èmes} Rencontres Convergences Santé Hôpital organisées par la CMH, le SNAM-HP, le SNPHPU, le SNRPH. Renseignements : contact@snphu.com. Inscriptions : SNPHPH, CH Montperrin, Service Pharmacie. Tél. : 04 42 16 16 38. Fax : 04 42 16 17 23. E-mail : inscription@snptpu.com

6 et 7 octobre 2007. Congrès de l'Institut Bateson pour ses 20 ans d'existence. Renseignements : Valérie Cantelli, rue du Chera 3, 4000 Liège. Tél. : 04 224 69 39. Fax : 04 229 38 03. E-mail : valerie.cantelli@igb-mri.com. Site : www.igb-mri.com

10 novembre 2007. Quatrième Journée du CPCT rue de Chabrol sur le thème : *Exigence de réussite, retentissement des échecs*. Renseignements et inscriptions : Centre psychanalytique de consultations et traitement, 40 rue de Chabrol, 75010 Paris. Tél. : 01 40 22 01 69. Fax : 01 40 22 01 79. E-mail : cpct-ecf@wanadoo.fr

8 et 9 décembre 2007. Lille. Rencontres internationales SIPE/PUZZLE sur le thème : *La violence en art-thérapie : formes, expressions et enjeux*. Inscriptions, e-mail : sipearther@aol.com

24 au 28 janvier 2008. Tours. XXX-VI^{èmes} Journées annuelles de Thérapie Psychomotrice sur le thème : *S'attacher pour mieux se détacher : l'étayage corporel en thérapie psychomotrice*. Renseignements et inscriptions : SNUP, 24 bd Paul Vaillant Couturier, 94200 Ivry-sur-Seine. Tél. Formation : 01 58 46 12 70. Fax : 01 56 20 14 70. E-mail : formation.snup@wanadoo.fr

6 au 9 février 2008. Paris. Congrès Européen de l'Association Mondiale de Psychiatrie sur le thème : *Ethique, Science et Psychiatrie de la personne*. Information : www.wpa2008paris.com

NERVURE
JOURNAL
DE PSYCHIATRIE

45 €*
pour un an

75 €*
pour 2 ans

**Tarif
étudiant et internes**

30 €*

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

Bulletin d'abonnement
Le Journal de Nervure + La Revue

Je m'abonne pour : 1 an 2 ans

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

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

Je souhaite recevoir une facture acquittée justifiant de mon abonnement.

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



**CENTRE
PSYCHOTHÉRAPIQUE
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



**LE
CENTRE
DE SANTÉ
MENTALE**

**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@cvmail.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

**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

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

3 4 4 0 0 LUNEL

Entre Montpellier - Nîmes

**Urgent cause retraite courant 2008
PSYCHIATRE CÈDE IMPORTANTE
CLIENTÈLE PLUS ARCHIVES**

Tél. 04 67 71 05 26



**LE CHS DE
LA SAVOIE**

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 rénovée, nombreuses structures extra-hospitalières, projet d'Etablissement 2006-2010 validé, accréditation V2 en cours...

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

R E C R U T E

**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 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.



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

LIVRES

Amélie Nothomb
Le symptôme graphomane
 Michel David

L'Harmattan, 21,20 €

Amélie Nothomb surgit comme un phénomène littéraire dès sa première publication, *L'Hygiène de l'assassin*, paru en 1992. Depuis, avec une régularité métronomique, elle fait paraître chaque année un ouvrage - disons même un succès -, et *Stupeur et tremblements* obtient, en 1999, le Grand Prix de l'Académie française.

Celle qui présente au public chaque septembre son « nouvel enfant », tout en gardant « au frigo » les trois quarts de ce qu'elle écrit, ne peut laisser indifférent. Outre la vivacité du style et la brillante littérature, les contenus textuels atteignent et bousculent le lecteur, qui parfois choisit de rester réfractaire, mais le plus généralement, les accueille dans la curiosité voire le rire...

Michel David, psychanalyste de l'ECF, nous entraîne dans une minutieuse et passionnante lecture clinique des diverses productions de la prolifique Amélie Nothomb : sont étudiés, dans une orientation résolument lacanienne, non seulement les romans - ceux du « pacte autobiographique » et les autres -, mais encore les nombreuses interviews auxquels l'auteur s'adonne si volontiers. Au-delà de la question littéraire, de la forme talentueuse et cultivée de l'écriture, de l'art raffiné du dialogue, Michel David, en psychanalyste, nous montre le caractère salvateur de l'écriture chez cette singulière artiste. Il en déploie le secours obtenu pour soutenir le corps,

et le nom. Il en expose la dimension humanisante chez cette jeune femme qui témoigne d'un incontestable savoir sur la Chose, à laquelle le névrosé banal a peu d'accès. Le symptôme « graphomane », nouveau symptôme dont l'auteur affirme ne pas vouloir guérir, permet à la femme qui décrit si implacablement la position autistique dans « *Métaphysique des tubes* », de se tourner vers l'Autre - en qui elle a espoir - dans une adresse réussie, et d'obtenir des effets qu'on peut penser thérapeutiques.

La création d'une métaphore non oedipienne, d'où ne se déduisent ni division, ni culpabilité, répond à l'« *ennemi intérieur* », présenté par M. David comme la pente à la destruction de soi, mais aussi comme la pulsion. L'humour, l'ironie, l'« *élégante incongruité* » (M. David), permettent la distanciation et le cernement de la Chose. « *Acte total* », nécessité dans l'alternative « *écrire ou crever* », processus aboutissant à l'œuvre où se loge l'écrivain, moyen d'aborder les « *mystères de faits humains* », méthode et lieu de bordage de la jouissance, le traitement littéraire fait solution.

La valeur singulière de l'écriture se voit complétée et largement enrichie de son intégration au sein d'un nouage des trois termes que sont l'écriture, la publication et la relation au public. Ici, M. David s'appuie, de façon convaincante, sur de nombreux dires de l'auteur elle-même. Le lecteur fait explicitement partie du dispositif, et elle le soigne, attentive à celui avec lequel elle entretient d'ailleurs un monumental courrier. « *Je livre une situation que je connais et les lecteurs vont faire l'autre partie du travail. Et comme j'ai des lecteurs formidables et coopératifs, ils m'écrivent pour m'expliquer ce que j'ai voulu dire. Ils ont bien raison (...) j'ai très peu idée de ce que je mets dans mes livres* ». Ceci, nous le comprendrons, n'est pas une (ou pas qu') une coquetterie.

Finalement, l'abord sans fard, mais emprunt d'une politesse toute japonaise, de la jouissance et de ses excès, qui est réalisé avec une incisive précision, fait d'Amélie Nothomb une clinicienne de la modernité, l'un de ces artistes qui, selon Lacan, « *précède le psychanalyste* ». C'est peut-être là, suggère Michel David, que réside une part de l'accueil favorable qui lui est accordé. Ainsi, Michel David, grâce à ce travail à la fois sérieux et plaisant à suivre, nous fait un triple cadeau : une étude de l'œuvre d'Amélie Nothomb, une découverte de l'auteur Amélie Nothomb, et une leçon de psychanalyse très argumentée et plutôt accessible... qui devraient nous renvoyer avec toujours plus d'intérêt à la lecture de cet écrivain étonnant, bien défini par l'oxymore. L'on aurait juste aimé savoir ce qu'elle aura pensé ou tiré de ce livre sur elle-même, qu'elle a lu avant sa parution.

Agnès Metton

Les médicaments psychologiques

Vol. 1 : L'action morale, l'utilisation de l'automatisme, 32 €

Vol. 2 : Les acquisitions psychologiques, 41 €

Vol. 3 : Les médicaments psychologiques, 32 €

Pierre Janet

L'Harmattan

La psychologie, qui a la prétention d'être devenue plus scientifique, est-elle susceptible de rendre des services dans le traitement de certaines maladies ? C'est le problème que Pierre Janet a essayé d'étudier dans son livre sur *Les médicaments psychologiques* (1919). Cet ouvrage en trois volumes présente un développement important du fait des études historiques et bibliographiques et surtout en raison de nombreuses observations de maladies que l'auteur a été obligé de pré-

senter à propos de chaque méthode thérapeutique pour montrer comment ces traitements psychologiques ont été appliqués et les résultats qu'ils ont donnés. Les principales divisions de cet ouvrage correspondent à un certain progrès dans la succession des méthodes psycho-thérapeutiques.

Le premier volume est centré sur la recherche de l'action morale et sur l'utilisation de l'automatisme. Les premiers traitements de ce genre ont été généraux et vagues, ils se bornaient à exercer sur le sujet une action morale quelconque. Puis la psychothérapie est devenue plus spéciale et a fait appel aux mécanismes latents, aux tendances pré-organisées, elle a été l'utilisation de l'automatisme. Le second volume est consacré aux traitements par les économies psychologiques, c'est-à-dire aux traitements par le repos, par l'isolement, par la désinfection psychologique.

Les succès, les insuffisances des traitements par la suggestion et par l'hypnotisme ont naturellement déterminé un grand nombre de recherches et divers traitements. Les uns nouveaux, les autres anciens, ont pris de l'importance dans l'enseignement et dans la pratique. Ce sont des traitements assez précis qui correspondent à des indications particulières et qui méritent de faire partie des psychothérapies spéciales. Janet réunit, dans ce second volume, plusieurs de ces traitements qui lui paraissent présenter des caractères communs et pouvoir être considérés comme des méthodes d'économie mentale cherchant à diminuer le travail de l'esprit et à réserver ses forces. Il s'agit des thérapeutiques par le repos proprement dit, des traitements par l'isolement et des traitements par la dissociation des idées fixes ou par la désinfection morale. Des résumés d'observations lui permettent d'apprécier les effets de chacune de ces thérapeutiques dans des cas déterminés.

Le dernier volume sur *Les médicaments psychologiques* contient les recherches sur les acquisitions psychologiques que l'on tente d'obtenir par les divers traitements psychophysiologiques, par les excitations variées et par les directions morales. Après les méthodes de traitement psychologique qui se bornent à diriger et à utiliser les automatismes anciens, après les méthodes de traitement qui cherchent à conserver les forces en prescrivant la plus stricte économie, il faut placer des thérapeutiques plus ambitieuses qui ont la prétention non seulement d'utiliser et de conserver ce que le malade possède, mais encore de lui faire acquérir des tendances nouvelles, d'augmenter ses forces ou de lui faire récupérer celles qu'il a perdues. Ces traitements sont beaucoup moins précis que les précédents, évoqués dans les deux premiers volumes et les notions psychologiques sur lesquelles ils reposent sont encore moins bien définies. Janet les a étudiés à propos de trois procédés principaux : l'éducation, l'excitation et la direction.

La violence scolaire Mais où est passé l'adulte ?

Paul Mbanzoulou

L'Harmattan, 11,50 €

Cet ouvrage traduit l'expérience de plusieurs années d'animation de stages d'équipes dans les établissements scolaires et de programmes de prévention de la violence auprès des élèves, dans le cadre de la fonction de médiateur pénal. Il se prévaut de l'hypothèse selon laquelle la relation éducative bien conduite est un rempart contre la violence des jeunes en milieu scolaire. Il décrit et analyse les situations auxquelles sont confrontés les enseignants et formule des propositions d'actions individuelles ou collectives susceptibles d'améliorer leur capacité à gérer la classe (prévention de la violence et intervention).

NERVURE

JOURNAL
DE PSYCHIATRIE

Directeur de la rédaction :
Gérard Massé

Rédacteur en chef : François Caroli

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

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

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

Publicité

SUPPORTER

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

