

NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

JUIN/JUILLET 2008 1

ISSN 0988-4068
n° 5 - Tome XXI - 06-07/2008
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

Enfin, les sociologues sont de retour !



Michel Foucault, bien sûr, mais tout autant Robert Castel dont la lecture demeure d'actualité, les sociologues ont marqué pendant longtemps les débats concernant la psychiatrie.

Après une longue absence de plus de 25 ans, sans oublier les travaux de Anne M. Lovell⁽¹⁾, un certain nombre d'initiatives marquent un retour salutaire et, par ailleurs, original, par rapport à ce qui avait précédé.

On peut relever, avec Pedro Valente⁽²⁾, que le champ de la sociologie de la santé mentale se divise en plusieurs branches. La première serait une sociogénèse de la santé mentale. Dans la lignée d'Emile Durkheim (*Le suicide*) et de Régis Bastide (*Sociologie des maladies mentales*, 1954), elle propose des causes sociales à la maladie mentale. On peut en trouver une continuité dans la sociologie anti-psychiatrique des années 70 faisant de la maladie mentale une conséquence de la répression sociale : les rapports individu-société sont pensés en termes de rapports de domination. La seconde est beaucoup plus proche de ce que l'on pourrait appeler une épidémiologie descriptive, étudiant les rapports entre environnement et maladie mentale et précisant des facteurs sociaux de vulnérabilité : cette sociologie statistique qui mesure l'état de santé mentale d'une population apparaît prégnante aux Etats-Unis où elle bénéficie d'un financement par le NIMH (*National Institute of Mental Health*).

La troisième est l'héritière de l'interactionnisme symbolique d'Erving Goffman (*Asiles*, 1968). A mi-chemin entre la posture critique anti-répressive (Goffman a été découvert en France et publié par Pierre Bourdieu et préfacé par Robert Castel) et l'impératif de description, elle analyse plutôt les trajectoires des malades en termes de carrière, des modalités particulières de la relation médecin-malade, de la sociologie des professions, des interactions au sein des institutions en fonction de la place attribuée à chacun des intervenants (médecin,

(suite page 3 ➡)

Actualités de l'autisme de Kanner

FMC Y. Contejean, K. Kaye

Kanner, en 1943, décrit *l'autisme infantile précoce*, à propos de onze enfants dont il fait une remarquable observation associant une solitude extrême (« *aleness* »), un besoin impérieux d'immuabilité (« *sameness* »), des bizarreries de comportement, des stéréotypies et rituels, un mutisme, ou un trouble important du langage, préservant l'existence d'une physionomie intelligente.

Il a une intuition extraordinaire lorsqu'il envisage la possibilité d'une anomalie constitutionnelle à la base des difficultés. Il écrit : « *les troubles de l'enfant sont hérités des parents et non créés par eux* » ; et cependant il n'exclut pas le rôle de l'environnement dans l'apparition du syndrome et évoque même la possibilité parfois de ce qu'il appelle : une « *réfrigération affective* », insistant par là sur l'importance de la qualité des relations psychoaffectives précoces de l'enfant pour satisfaire à son développement global. Il introduit donc, à la fois, l'idée de facteurs organogénétiques mais n'exclut pas celle d'un apport psychogène.

Nul n'ignore les travaux sur l'autisme infantile des psychanalystes qui participent, dans les années 60 à la description de multiples modèles psychopathologiques, psychogénétiques, dynamiques, structurés. Puis, le psychanalyste américain Bruno Bettelheim s'érige en spécialiste de l'autisme et crée un véritable engouement qui atteint nos frontières notamment à

travers la publication d'ouvrages considérés à l'époque comme primordiaux dans la compréhension des mécanismes en jeu. La « *forteresse vide* » illustre bien dans son titre l'ampleur du repli psychique des enfants autistes. Mettant en avant les implications des distorsions de la relation mère-bébé dans l'éclosion des troubles il préconise un retrait familial systématique et admet les enfants dans un « *lieu où renaître* » thérapeutique idéalisé.

En France la situation est différente. Si les théories psychanalytiques connaissent également leurs heures de gloire, les positions, en dehors de quelques exceptions, n'ont jamais été aussi marquées. La « *cure institutionnelle* » préconisée par Roger Mises introduit la multidisciplinarité ; l'abord psycho-dynamique n'exclut en rien l'étude des facteurs organogénétiques. Elle laisse, également, une grande part à l'apport pédagogique. A l'inverse, la position de certaines équipes privilégie la psychopathologie au détriment d'autres explorations ; certains thérapeutes nouvellement convertis à la psychanalyse considèrent l'autisme comme une maladie liée à un trouble relationnel précoce induit par la mère. En réaction, les professionnels étayés par les associations de parents se laissent gagner par le courant des recherches neuroscientifiques et de la psychologie cognitive, motivée

(suite page 3 ➡)

Maman-bébé : duo ou duel ?

Entretien avec Régine Prat

Régine Prat est membre de la Société Psychanalytique de Paris, psychologue de formation. Après quelques années d'expérience avec des adolescents très difficiles puis en service psychiatrique adulte, elle s'est formée au travail d'analyste avec les enfants. C'est à partir du problème posé par les psychothérapies d'enfants autistes et psychotiques qu'elle s'est intéressée à la construction du psychisme chez le bébé, en particulier en apprenant à observer un bébé « *normal* » dans sa famille, puis en ouvrant une consultation parent-bébé. Elle vient de publier un livre « *Maman-bébé : duo ou duel ?* » aux éditions Erès (collection : *La vie de l'enfant*). Elle y présente ses idées, issues de son expérience tant des pathologies graves que de l'aide aux parents en difficulté avec leur bébé, idées chevillées à son expérience personnelle de la construction de la parentalité.

M. Sanchez-Cardenas : Comment en êtes-vous arrivée à l'idée de ce livre ? A quel type de lectorat est-il destiné ?

Régine Prat : J'ai été contactée, il y a 5 ans, par une maison d'édition qui souhaitait lancer une collection à l'usage des parents. J'ai donc envoyé quelques

articles à la directrice de collection, articles spécialisés écrits pour des professionnels de la petite enfance ou des psychanalystes... j'ai le regret de dire qu'elle les a trouvés « *abscons* » (c'est le terme qu'elle avait utilisé). Elle avait, néanmoins, proposé que nous nous

(suite page 5 ➡)

AU SOMMAIRE

EDITORIAL

Enfin, les sociologues sont de retour ! p.1

FMC

Actualités de l'autisme de Kanner p.3

ENTRETIEN AVEC

Régine Prat.
Maman-bébé : duo ou duel ? p.5

HISTOIRE

La situation hospitalière avant et immédiatement après l'introduction du Largactil p.7

ETHIQUE

De l'actualité de la question des normes et de l'éthique médicale en santé mentale p.9

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

La liberté d'installation des médecins est limitée dans plusieurs pays p.10

THERAPEUTIQUE

Actualités dans les troubles bipolaires p.12

ANNONCES EN BREF p.13

ANNONCES

PROFESSIONNELLES p.15

La situation hospitalière avant et immédiatement après l'introduction du Largactil

HISTOIRE
M. Goudemand

Situations caractéristiques d'un autre siècle, évocation d'une fiction-misérabiliste empreinte d'horreur et de surréalisme, tels peuvent apparaître les témoignages de soignants qui ont vécu l'époque immédiatement antérieure à l'arrivée des neuroleptiques.

Dans les années précédant la seconde guerre mondiale, de nombreux progrès médicaux, sociaux et humanitaires ont pourtant été réalisés dans les Asiles d'aliénés édifiés selon la loi du 30 juin 1838. L'architecture de ces Etablissements a été mise au point par les Médecins, en collaboration avec les Architectes. Elle s'inscrit dans un triple souci : confort de la personne hospitalisée, meilleure qualité possible des soins, nécessité absolue de sécurité et respect de l'affection mentale désormais considérée comme une

véritable maladie.

En raison des nécessités de l'époque, les Asiles sont conçus en de grandes dimensions et situés, pour des raisons (peut-être utopiques) d'urbanisme et d'influence pastorienne, en dehors des cités, souvent à de grandes distances. Ce cadre rigoureux devient, au fil des ans, un repoussoir. Et, par-dessus ces réalités, persiste la peur de la folie. Rappelons Jules Vallès (Tableaux de Paris) lançant à la porte de Sainte-Anne : « *C'est là* », faisant effort pour franchir le portail, « *essuie son front au revers de sa main, boit une gorgée d'air, reprend haleine... et entre* ». L'Asile d'aliénés est divisé en sections : section d'hommes où n'existe que du personnel masculin ; section femmes avec du personnel strictement féminin. Chaque section,

(suite page 7 ➡)

NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

Vous pouvez consulter l'intégralité
de nos éditions, vous abonner
ou consulter nos archives sur notre site

www.nervure-psy.com

par le développement de la croyance d'une origine strictement organique de l'autisme. C'est dans ce contexte que le programme TEACCH est élaboré par Schoppler et Col aux Etats-Unis en 1966 impliquant, à la fois, les professionnels et les parents où chaque enfant handicapé, selon la loi américaine, a le droit à l'éducation. On connaît ensuite l'importation en France du concept, le développement et les applications de programmes éducatifs diversifiés et les initiatives multiples de scolarisation au sein de classes spécialisées.

Les caractéristiques cliniques du syndrome

L'autisme est actuellement considéré comme étant l'expression comportementale d'une dysfonction neuro-développementale liée à des anomalies cérébrales. L'autisme présente une très grande hétérogénéité clinique.

Selon la symptomatologie

L'autisme de Kanner, décrit en 1943, définit la forme princeps : l'isolement extrême, l'immuabilité (angoisse de tout changement), les troubles importants de la communication verbale et non verbale, les mouvements et activités répétitifs chez un jeune enfant d'allure intelligente représentent les points cardinaux de ce syndrome d'apparition précoce. Mais ce tableau est bien trop général et ne tient pas compte de l'existence, à côté des formes calmes, de formes agitées où les troubles de la communication s'expriment par un comportement d'allure ludique, une instabilité, une hyper-activité majeure. L'agressivité, les colères, les manifestations auto-vulnérantes sous-tendues par une anxiété majeure sont souvent rencontrées dans les observations. L'expression très riche des manifestations amène à adopter le

Actualités de l'autisme de Kanner

terme de « *Troubles Envahissants du Développement* » qui apparaît dans toutes les classifications :

- La CIM 10 et le DSM IV répertorient les troubles autistiques selon 3 rubriques :

- l'altération qualitative des interactions sociales ;
- l'altération qualitative de la communication notamment dans le domaine du langage ;
- le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités.

- La CFTMEA a une ambition plus structurale que symptomatique ; elle différencie les formes déficitaires, et réserve une place à part aux dysharmonies psychotiques, formes plus tardives, moins sévères et au pronostic plus favorable.

Il s'agit donc plus d'un syndrome que d'une maladie qui se décline selon un véritable « *spectre autistique* ».

Les capacités cognitives sont importantes à évaluer, elles peuvent être déficitaires et s'inscrire dans un retard psychomoteur plus ou moins global, mais à l'inverse, conservées et dysharmoniques avec l'expression de performances développées en secteur, définissant ainsi des formes particulières telles que « *l'autisme de haut niveau* » ou le « *syndrome d'Asperger* » caractérisés par un bon niveau de langage.

Selon l'âge

Avant la constitution d'un syndrome autistique caractérisé, il existe souvent des manifestations plus précoces, perturbations de la communication et du développement psychique susceptibles d'alerter l'entourage dès la période néonatale : une sagesse particulière, des troubles tonico-posturaux et psycho-

moteurs, des anomalies du regard, la non-apparition des organisateurs de Spitz, des phobies massives et non organisées, des troubles fonctionnels somatiques. Ces signes ne sont pas pathognomoniques et le diagnostic précocissime reste très délicat, cependant ils doivent engendrer une surveillance particulièrement étroite. L'évolution du trouble est continue. Les enfants d'âge scolaire et les adolescents font souvent des acquisitions. A l'adolescence certains présentent une détérioration de leur comportement, tandis que d'autres s'améliorent. Mais, au meilleur niveau de fonctionnement possible, les adultes ayant ce trouble continuant à avoir des problèmes dans les interactions sociales et la communication.

Selon la comorbidité

La recherche d'une comorbidité dans l'autisme doit être systématique et s'efforcer de mettre en évidence des anomalies de l'équipement neurobiologique. Elle est fréquente et tend à progresser avec la recherche. Il s'agit de pathologies périnatales, d'infections congénitales, de maladies métaboliques, d'affections chromosomiques. L'épilepsie est très fréquente et se retrouve dans plus de 20% des cas. Une mention particulière doit être faite au syndrome d'x fragile, mutation bien connue qui se retrouve chez le garçon dans certains cas d'autisme. Le syndrome de Rett doit être évoqué chez la fillette qui, entre 1 et 3 ans, présente un syndrome autistique avec régression psychomotrice survenant après une période de développement normale.

Selon l'évolution

L'évolution dépend de la forme clinique et les facteurs de pronostic sont très nombreux et interactifs. Néanmoins, certaines capacités influent nettement sur le devenir : les acquis de langage avant l'âge de 5 ans et le niveau intellectuel global représentent des éléments favorables. Classiquement, le versant autistique s'atténue et laisse entrevoir, au fil du temps, un versant déficitaire qui progressivement se fixe.

Les avancées de la recherche

Des recherches récentes sur l'autisme ont tenté de mieux comprendre les mécanismes étiopathogéniques impliqués dans les troubles envahissants du développement et se sont inscrites dans des domaines très diversifiés (neurochimie, neuro-anatomie et imagerie cérébrale, neuro-immunologie, génétique, facteurs environnementaux). L'identification d'anomalies neuro-biologiques et de facteurs environnementaux dans l'autisme présente plusieurs intérêts, nous permettant notamment d'identifier des sous-types, d'affiner le diagnostic, de cerner le pronostic avec plus de précision et d'ouvrir des perspectives thérapeutiques. L'ensemble des données implique que l'autisme ne peut pas s'expliquer par une seule cause biologique ou environnementale. Les résultats évoquent, plutôt, la notion d'une étiologie multi-factorielle.

Les facteurs neuro-biologiques

Grâce à la neuro-imagerie et à l'utilisation d'autres techniques d'exploration neurophysiologique, plusieurs anomalies neuro-biologiques ont été identifiées dans l'autisme, notamment les suivantes :

- anomalies neuro-anatomiques liées à la structure fine du cerveau : Golse et Eliez (2007) font référence à plusieurs caractéristiques neuropathologiques dans l'autisme, notamment une diminution du nombre des cellules de Purkinje dans le cervelet, des anomalies de maturation dendritique et cellulaire dans le tronc cérébral, les olives infé-

rieures, l'hippocampe et l'amygdale ;

- anomalies affectant la substance grise et blanche : Boddaert et ses collègues (2004) ont trouvé une diminution significative de la concentration de substance grise au niveau du sillon temporal supérieur (STS) et une diminution significative de la substance blanche au niveau du pôle temporal droit et du cervelet ;
- anomalies liées au développement cérébral : les travaux de Nelson et collègues (2001) montrent qu'il existe des anomalies quantitatives des neuro-peptides qui soulignent une altération précoce des processus du développement cérébral. Courchesne et coll. (2003) ont mis en évidence une « *hypercroissance* » cérébrale chez les enfants présentant un autisme sévère. Comparés aux normes pour la population générale, les enfants autistes présentent un périmètre crânien qui est significativement inférieur à la moyenne (se situant au 25^e percentile) à la naissance, et montrent, ensuite, une rapide augmentation pour atteindre le 84^e percentile entre 6 et 14 mois. Cette même étude suggère que les enfants qui présentent les caractéristiques autistiques les plus sévères sont également ceux qui ont une augmentation du PC plus importante. Le PC mesuré à la fin de la première année était étroitement corrélé aux anomalies cérébrales et cérébelleuses volumétriques à 5 ans. L'accélération de la croissance du PC représente une manifestation clinique qui précède souvent l'apparition de la symptomatologie autistique. Ce processus de croissance excessive est suivi d'une atrophie accélérée chez l'adolescent et l'adulte (Courchesne et coll., 2001). Le processus de croissance excessive, suivi d'atrophie accélérée, semble également s'appliquer à l'amygdale (Schumann et coll., 2004). Zilbovicius et coll. (1995) ont mis en évidence un retard de maturation du lobe frontal chez les enfants autistes âgés de 2 et de 4 ans. Ces enfants montrent une hypo-perfusion frontale qui disparaît habituellement chez l'enfant normal vers l'âge de 1 an. Ce retard est ensuite rattrapé vers l'âge de 6 ans.

Facteurs génétiques

L'ensemble des études familiales et des études sur les jumeaux indique que des facteurs génétiques sont impliqués dans les troubles autistiques. Le taux de prévalence de l'autisme en France est estimé à 4,5/1000 (Aussilloux et coll., 1989), et les garçons sont 3 à 4 fois plus atteints que les filles (Smalley et coll., 1988). Le risque d'autisme chez les frères et sœurs d'enfants autistes est en moyenne de 50 à 100 fois supérieur au risque trouvé dans la population générale, ce qui suggère pour l'autisme un caractère familial et implique autant de facteurs génétiques qu'environnementaux (Tordjman, 2007). Dans les recherches qui se sont centrées sur l'autisme et la comparaison des jumeaux monozygotes (MZ) aux jumeaux dizygotes (DZ), les taux de concordance trouvés sont très variables. Cependant, le taux de concordance trouvé chez les MZ est toujours bien supérieur à celui trouvé chez les DZ. Par exemple, Steffenburg et ses collègues (1989) ont rapporté un taux de concordance de 86% chez les paires de jumeaux MZ et un taux de concordance de 25% chez les paires de jumeaux DZ. La co-présence de l'autisme et plusieurs pathologies génétiques (comme la phénylcétonurie, la sclérose tubéreuse de Bourneville, la neurofibromatose de Recklinghausen et les syndromes de Rett, de l'X fragile et de Cornélia de Lange), ainsi que les anomalies biochimiques qui ont été observées chez les enfants autistes, ont conduit à la recherche de gènes candidats. De nombreuses régions du

LIVRES ET REVUES

Le VIH/sida vu par les sciences sociales

Revue internationale des sciences sociales 2008 n°186
UNESCO/Erès, 20 €

Parce que les modes de transmission du VIH/sida sont symboliquement chargés, la pandémie souligne de manière particulièrement forte que l'épidémiologie est par essence une science du social. Ce numéro éclaire le VIH/sida sous trois angles particuliers : les croyances, les attitudes, les comportements qui favorisent ou freinent l'épidémie et lui donnent forme ; les enjeux politiques, éthiques et économiques de la prévention et du traitement ; les réponses politiques et le rôle qu'y jouent nécessairement les droits humains des personnes qui vivent avec le VIH ou le sida. Cette orientation reflète la conjonction, propre à l'UNESCO, d'une expertise en éducation, en sciences naturelles, en sciences sociales, en culture et en communication.

Une certaine idée de la folie

Edouard Zarifian
Préface de Marie-Christine Navarro
Éditions de l'aube, 8 €

La réédition de cet entretien (la première édition date de 2001) permet de retrouver Edouard Zarifian avec, pour ceux qui l'ont connu et aimé, beaucoup d'émotion.

Pour Edouard Zarifian, la psychiatrie n'est pas la science des maladies mentales, mais la médecine du sujet souffrant.

Pour celui qui a toujours combattu la transformation de l'être humain en objet, la relation soignante doit être centrée sur le patient, sa parole et le sens qu'elle contient.

Figures de l'autre en soi

Le Coq-Héron 2008 n°192
Erès, 17 €

La question des figures de l'autre en soi concerne à la fois les représentations de l'autre, les identifications et les liens identifiants, les limites de la psyché (au sens des capacités comme au sens des frontières).

Les textes du dossier qui lui est consacré proposent une approche plurielle de la question, associant la psychanalyse, la psychopathologie et la culture. Ils font suite au colloque franco-québécois qui s'est tenu à l'hôpital Sainte-Anne le 12 mai 2007, à l'initiative du groupe « *Littérature personnelle et psychanalyse* ».

On trouve, ensuite, trois autres textes dans la rubrique « *Entre pratique et théorie* ».

L'un explore les arcanes théorico-cliniques de l'intersubjectivité des émotions les plus archaïques, à partir de l'expérience thérapeutique et théorique de Jacqueline Herbert.

Jean-Franklin Narodetzki discute des apports théorisés à partir de vécus traumatiques et montre comment, en situation de guerre, des praticiens eux-mêmes désemparés ne peuvent pas vraiment les utiliser.

Pascal Herlem interroge le devenir de pratiques institutionnelles qui, en survalorisant le quantifiable du travail thérapeutique, développent un système inquiétant de « *non-pensée* ». Enfin, différentes notes de lectures explorent : le témoignage personnel d'un analysant de J. Gattegno, la notion de « *témoin interne* » proposée par J.-F. Chiantaretto, celle du penser en psychothérapie institutionnelle, réactivée par la rencontre de J. Oury avec le Japon, et pour finir l'énigmatique récusation de la psychanalyse par Lévinas qu'interroge P. Bercherie et M. Neuhaus.

Enfin, les sociologues sont de retour !

infirmiers, psychologues, secrétaires, administratifs, etc...). Les héritiers d'Erving Goffman, comme Anselm Strauss ou Howard Becker sont donc à l'opposé de la démarche holiste durkheimienne, voire même bourdieusienne : la socialisation est le produit d'une tension dialectique entre, d'une part, le « *Moi* » qui serait le siège des normes et des règles de la vie sociale et, d'autre part, le « *Je* » qui serait le foyer de la spontanéité et de la créativité du sujet singulier. Il s'agit ainsi d'un modèle en rupture avec celui de la socialisation par inculcation qui fonctionne sur un sujet passif, qu'on a appelé interactionnel : la maladie mentale est ainsi étudiée par le biais des gestes, des échanges, des « *négociations* » entre malade et équipe soignante.

Erving Goffman a étudié, par exemple, dans *Asiles* comment, malgré un contrôle total qui double l'aliénation mentale d'une aliénation sociale leur assignant et les enfermant dans un rôle de fou, les malades sont capables d'« *adaptations secondaires* » leur permettant de « *tourner les prétentions de l'organisation relatives à ce qu'ils devraient faire ou recevoir, et partant à ce qu'ils devraient être. Les adaptations secondaires représentent pour l'individu le moyen de s'écarter du rôle et du personnage que l'institution lui assigne* ». Erving Goffman en vient à définir l'individu, dans une perspective sociologique, comme un être capable de distanciation, c'est-à-dire capable d'adopter une position intermédiaire entre l'identification et l'opposition à l'institution et prêt, à la moindre pression, à réagir en modifiant son attitude dans un sens ou dans l'autre pour retrouver son équilibre.

Quelles hirondelles annoncent un printemps tant attendu pour la socio-

logie de la santé mentale ?

Alain Ehrenberg d'abord avec une sociologie des normes sociales : le champ de la santé mentale est pour lui un tenseur de type spécial mettant en lumière les nouvelles normativités de la société des individus. C'est à une nouvelle pensée de l'homme individualiste en même temps qu'institué qu'Alain Ehrenberg nous invite pour tenter d'y déceler l'intrication si caractéristique des questions sociales et des questions psychopathologiques dans nos sociétés démocratiques, intrication dont la santé mentale offre un paradigme éclairant.

Le livre de Livia Velpry dont il est rendu compte dans ce numéro (page 11) se présente comme une nouvelle analyse du secteur psychiatrique mais aussi comme une étape ayant pour ambition, à terme, d'obtenir un tableau sociologique de la psychiatrie française (3).

Enfin, le séminaire organisé par Samuel Lézé et Pedro Valente qui débutera à la rentrée sur le thème : « *Souffrance psychique, souffrance sociale* » (4), abordera un aspect central de la recomposition de l'espace politique de la santé mentale. ■

Bibliographie

(1) On lira avec profit son texte : « *Sociologie des troubles psychiatriques* » dans le Manuel de Psychiatrie sous la direction de J.-D. Guelfi et F. Rouillon, Masson 2007, pages 65-74.

(2) VALENTE P., *Une lecture de Alain Ehrenberg*, à paraître.

(3) VELPRY L., *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Préface d'Alain Ehrenberg, Armand Colin, 2008. Livia Velpry est membre du CESAMES (Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société) dirigé par Alain Ehrenberg.

(4) Voir le programme de ce séminaire à la page 6 de ce numéro.

génomique ont été suspectées et des gènes candidats incriminés, sans que la plupart de ces gènes candidats ne puissent être indubitablement associés au syndrome autistique. Cependant, Bourgeron et collègues (2003) ont trouvé une association entre deux gènes situés sur le chromosome X (NLGN3 et NLGN4) et l'autisme. Une autre étude menée par l'équipe de Bourgeron met en évidence un lien entre la mutation d'une seule copie de SHANK3 sur le chromosome 22q13 et la présence de troubles de la communication (Durand et coll. 2006).

Implications des facteurs de l'environnement

Bien que les résultats provenant des études familiales et des études sur les jumeaux impliquent la présence de facteurs génétiques dans l'autisme, les taux de concordance de MZ n'atteignent jamais les 100%. Nous ne pouvons donc pas parler d'un « déterminisme inéluctable » dans l'autisme, et il apparaît de plus en plus clairement qu'il est nécessaire « d'intégrer les effets du patrimoine génétique à ceux de l'environnement, qu'il soit post-natal ou prénatal » (Tordjman, 2007).

LIVRES ET REVUES

La Chanson de Jodie Clinique du transfert avec une enfant délaissée

Florence Gautier-Dalché
Erès

Cet ouvrage décrit et commente un suivi psychothérapeutique d'enfant en grande souffrance dans une famille dysfonctionnelle et placée en famille d'accueil. On sait à quel point le travail psychothérapeutique d'inspiration psychanalytique est actuellement remis en question, voire remis en cause sous couvert d'évaluation à visée objective et de rationalisation sclérosante. Ce travail de soutien à une fonction de subjectivation, soutenu et étayé par le langage, la scansion signifiante, la dialectisation des agis, des questionnements et des mouvements pulsionnels, se lit avec plaisir, donne à penser, invite à défendre ces pratiques soignantes participant d'une véritable action de prévention, empêchant ou, tout du moins, limitant les reproductions transgénérationnelles pathogènes.

A. Rottin

Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique

Revue française de sociologie 2008
n°1

Dans ce numéro de la *Revue Française de sociologie*, Anne-Sophie Cousteaux et Jean-Louis Pan Ké Shon montrent que le mal-être naît des interactions multiples entre une tension singulière, un individu doté de caractéristiques sociales et les valeurs et normes véhiculées par la société. Chaque genre emprunte des voies différentes pour exprimer son mal-être. Les risques suicidaires ou la dépression touchent en priorité les femmes alors que le suicide et la dépendance alcoolique sont principalement masculins. Il y aurait un risque d'interprétation erronée à se focaliser sur une seule d'entre elles. Si les divergences entre ces expressions montrent les singularités des diverses voies empruntées par le mal-être et dévoilent des effets différenciés sur des populations spécifiques, à l'inverse, leurs convergences confortent des conclusions généralisables à l'ensemble des individus. A partir de données récentes tenant compte des modifications intervenues dans les manières de vivre à deux, la mobilisation d'indicateurs genrés permet de porter un regard neuf sur la surprotection féminine, la protection due au couple et aux enfants traditionnellement tirées du seul suicide.

Les données scientifiques portant sur le rôle des facteurs environnementaux dans l'autisme ne nous permettent pas, actuellement, de tirer des conclusions précises. Cependant, certaines recherches suggèrent que plusieurs facteurs environnementaux sont impliqués dans l'apparition d'un syndrome autistique, notamment les suivants :

- exposition in utero au virus de la rubéole (Desmond et coll. 1967), à la thalidomide (Stromland et coll. 1994), à l'acide valproïque (Williams et coll. 2001) et à l'alcool (Aronson et coll. 1997). Ces molécules joueraient un rôle tératogène si le foetus est exposé pendant une période critique du développement neurologique prénatal ;

- exposition au vaccin ROR (Wakefield et coll. 1998) : l'interprétation des résultats de cette étude est limitée par l'absence d'un groupe contrôle. Bien que les auteurs concluent que leurs données ne montrent pas clairement que le vaccin ROR est responsable de l'apparition d'un syndrome autistique chez les sujets, les résultats ont soulevé la possibilité qu'il existe une relation causale entre le vaccin ROR et une inflammation de la paroi intestinale, ce qui entraînerait une certaine perméabilité intestinale et l'absorption excessive des toxines dérivées des aliments ;

- exposition au mercure : plusieurs études scientifiques ont exploré le rôle éventuel de l'exposition au thimérosal (stabilisateur employé pour prévenir les infections bactériennes, contenant de l'éthylmercure et présent dans certains vaccins jusqu'au début des années 90) dans la prévalence des troubles neuro-développementaux dans la population. Aucune étude n'a pu mettre en évidence une relation causale entre l'exposition à cet agent neuro-toxique et l'apparition d'un syndrome autistique chez l'être humain ;

- interaction entre le thimérosal et le système immunitaire : Hornig et ses collègues (2004) ont étudié l'impact comportemental et neurologique de l'introduction du thimérosal chez la souris présentant une hypersensibilité auto-immune. Cette étude était lancée à la suite de rapports divers qui suggéraient une fréquence élevée de maladies auto-immunes dans les familles de personnes autistes, ce qui a généré l'hypothèse que l'auto-immunité joue un rôle causal chez certains individus qui sont porteurs d'autisme. Les souris ont été exposées au thimérosal à un dosage qui reproduisait, à une échelle réduite, le niveau d'exposition subit par les enfants qui ont reçu des vaccins contenant le thimérosal comme stabilisateur. Après l'exposition au thimérosal, le groupe expérimental montrait des altérations liées à la croissance, une locomotion réduite, des réponses exagérées à la nouveauté et des anomalies liées à la structure microscopique du cerveau, y compris une augmentation de la densité des cellules neuronales. Le groupe contrôle, composé de souris qui ne présentaient aucune anomalie auto-immune, ne montrait pas ces altérations comportementales et neurologiques. Ces résultats suggèrent qu'il existe une interaction entre le thimérosal et le système immunitaire, ce qui entraîne une toxicité neuro-comportementale et des altérations liées à la structuration du cerveau chez des sujets présentant une hypersensibilité auto-immune, bien qu'il ne soit toujours pas démontré que ces anomalies soient analogues aux altérations observées chez les personnes autistes.

Le diagnostic et son annonce

Il s'agit d'une situation difficile compte tenu de plusieurs facteurs :

- la connotation très lourde et péjorative du diagnostic d'autisme,
- les difficultés diagnostiques chez le très jeune enfant,

- la complexité de ce champ et notre ignorance concernant l'étiopathogénie des Troubles Envahissants du Développement.

A l'heure actuelle, la suspicion d'un tel diagnostic doit conduire vers une démarche d'évaluation qui est proposée depuis quelque temps par les « Centres de diagnostic de l'autisme » reconnus dans chaque région et étroitement liés aux Centres Ressources Autisme Régionaux. Les investigations mises en place, autant sur le plan médical que psychologique tendent à répondre à un protocole précisant les différentes facettes du diagnostic et conduisant à un programme thérapeutique, pédagogique, et éducatif de prise en charge. Ces investigations ont donné lieu à des recommandations élaborées par la Haute Autorité de Santé. Dans ces conditions, le diagnostic peut et doit se faire le plus précocement possible afin d'éviter les errements habituellement constatés dans les démarches parentales et mettre ainsi le sujet dans les meilleures conditions évolutives.

Comment faire l'annonce du diagnostic ?

A l'entourage

Etant donné le début précoce de ce syndrome il s'agit, la plupart du temps, d'annoncer le diagnostic aux parents avides de connaître l'origine et le pronostic des troubles constatés, en même temps qu'ils redoutent un verdict porteur d'une vérité qui risque d'être dépressogène et démobilisatrice. Là encore, la situation est délicate. L'annonce doit être documentée et ne peut être qu'adaptée, autant que possible, à la capacité pour les parents d'y être confrontés.

Au patient

Dans le cas où le patient est susceptible d'une compréhension et demandeur d'éclairages sur son état, la loi du 4 mars 2002 lui donne le droit à l'information et à la consultation de son dossier, notamment pour les adultes qui en feraient la demande. Les mêmes précautions sont ici nécessaires : l'importance des éléments de précision dans cette annonce, la nécessité des indications de prise en charge et de progrès, l'évaluation très prudente des capacités du sujet à recevoir une telle information. La loi prévoit d'ailleurs que le médecin puisse faire appel à la présence d'une tierce personne durant l'entretien. L'annonce à l'entourage et au patient signifie l'entrée dans une autre phase du traitement qui doit être l'occasion de renforcer ou d'instituer un accompagnement de l'ensemble de la famille, y compris la fratrie.

Les erreurs à éviter

- Temporiser en minimisant les troubles et en repoussant la démarche diagnostique tout en espérant une évolution favorable.
- Retarder l'annonce d'un diagnostic dans le but d'épargner les parents.
- Annoncer une suspicion d'autisme non étayé par les investigations recommandées par les Centres de Diagnostic.

Points clés

- Le diagnostic d'autisme est une véritable démarche d'évaluation qui répond à un protocole précis.
- Le diagnostic précoce d'autisme permet une prise en charge spécifique précoce et place l'enfant dans les meilleures conditions évolutives.
- L'annonce du diagnostic représente un moment de remaniement familial qu'il faut accompagner.

Les avortements thérapeutiques

Il n'y a pas de traitement spécifique de l'autisme, il est essentiellement multidisciplinaire et mêle les avortements psychothérapeutiques, éducatifs et pédagogiques en institution ou non. Les orientations sont encore soumises à

des controverses vives et suscitent de nombreux débats notamment sur la place respective des psychothérapies et des programmes éducatifs. Les indications dépendent, à notre sens, de la forme clinique et nécessite une réflexion individualisée qui considère l'ensemble des dispositifs mis en place pour cette affection. L'utilisation médicamenteuse est parfois nécessaire pour atténuer tel ou tel symptôme gênant pour l'enfant : l'instabilité, l'agitation, l'anxiété, les troubles du sommeil. Etant donné l'évolution longue, le soutien et l'écoute des parents représentent un des axes principaux du traitement.

L'environnement et l'intégration sociale

Dans cette affection qui altère la relation, les facteurs d'environnement, les caractéristiques familiales sur les plans psychique et social, mais aussi les ressources communautaires (scolarité, loisirs) et moyens de prise en charge spécifiques tant thérapeutiques qu'éducatifs vont peser sur l'avenir. La tendance actuelle est de favoriser l'insertion dans les milieux ordinaires. Cette perspective, lorsqu'elle est mesurée paraît favorable tant qu'elle ne place pas le sujet dans une situation susceptible d'aggraver les difficultés de confrontation qui, précisément, constituent le point de départ de son affection.

Situation concrète : un syndrome peut en cacher un autre !

Léa est une très jolie fillette de deux ans et présente un autisme typique : une absence quasi totale de communication avec un regard périphérique, pas de langage, des stéréotypies, un retard du développement psychomoteur. Un bilan étiologique a été pratiqué selon un protocole bien établi qui ne laisse aucun doute sur le diagnostic d'autisme. Les parents sont extrêmement anxieux et s'interrogent toujours avec une grande culpabilité sur l'origine des troubles. Une observation longue et attentive de l'enfant permet de détecter un type très particulier de stéréotypies manuelles à type de lavage des mains qui s'expriment dans l'axe sagittal du corps. Ce signe très particulier et fugace évoque la possibilité d'un éventuel syndrome de Rett. Le travail de recherche avec le généticien permet de compléter les investigations qui avaient été entreprises et de confirmer cette hypothèse. Ceci montre donc l'importance de la recherche d'une comorbidité dans tout syndrome autistique qui apporte aux parents une réponse, à la fois terrible mais déculpabilisante et permet également d'adapter différemment le traitement en fonction des connaissances sur tel ou tel syndrome. Dans le cas particulier du syndrome de Rett considéré par certains comme un diagnostic différentiel on voit bien qu'à cet âge de la vie il se présente comme un authentique syndrome autistique. ■

Yves Contejean, Kelley Kaye

CREDAT (Centre de Recherche Et de Diagnostic, Autisme et Troubles apparentés), Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris.

Bibliographie

M. ARONSON, B. HAGBERG, C. GILLBERG, *Attention deficits and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol during gestation: a follow-up study*, Dev med Child Neurol 1997, 39, 9, 583-587.
C. AUSSILLOUX, F. COLLERY, F. ROY, *Epidémiologie de l'autisme infantile dans le département de l'Hérault*, Rev. Fr. Psych 1989, 7, 24-28.
N. BODDAERT, N. CHABANE, H. GERVAIS, C. GOOD, M. BOURGEOIS, M.-H. PLUMET, J.-L. ADRIEN, J.-B. POLINE, A. CACHIA, C. CLINEAUX, C. BARTHELEMY, M.-C. MOUREN-SIMEONI, Y. SAMSON, F. BRUNELLE, R. FRAKOWIAK, M. ZILBOVICIUS, *Superior temporal sulcus abnormalities in childhood autism: A voxel based morphometry MRI study*, Neuro-image 2004, 23, 364-369.

Classification Française des Troubles Men-

taux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA R, Paris 2000, CTNERHI.

Classification Internationale des Troubles Mentaux et du Comportement (CIM 10-OMS), 1994.

E. COURCHESNE, C.M. KARNS, H.R. DAVIS, R. ZICARDI, R.A. CARPER, Z.D. TIGUE, H.J. CHISUM, P. MOSES, K. PIERCE, C. LRD, A.J. LINCOLN, S. PIZZO, L. SCHREIBMAN, R.H. HAAS, N.A. AKSHOOMOFF, R.Y. COURCHESNE, *Unusual brain growth patterns in early life in patients with autistic disorder: An MRI study*, Neurology 2001, 20, 245-254.

E. COURCHESNE, R. CARPER, N. AKSHOOMOFF, *Evidence of brain overgrowth in the first year of life in autism*, Jama 2003, 290, 3, 337-344.

M.M. DESMOND, G.S. WILSON, J.L. MELNICK, D.B. SINGER, T.E. ZION, A.J. RUDOLPH, R.G. PINEDA, M.H. ZIAI, R.J. BLATTNER, *Congenital rubella encephalitis. Course and early sequelae*, J. Pediatr. 1967, 71, 3, 311-331.

C.M. DURAND, C. BETANCUR, T. M. BOECKERS, J. BOCKMANN, P. CHASTE, F. FAUCHEREAU, G. NYGREN, M. RASTAM, C. GILLBERG, H. ANCKARSÄTER, E. SPONHEIM, H. GOURBRAN-BOTROS, R. DELORME, N. CHABANE, M.-C. MOUREN-SIMEONI, P. DE MAS, E. BIETH, B. ROGÉ, D. HÉRON, L. BURGLIN, C. GILLBERG, M. LEBOYER & T. BOURGERON, *Mutations in the gene encoding the synaptic scaffolding protein SHANK3 are associated with autism spectrum disorders*, Nature Genetics 2006, 39, 25-27.

B. GOLSE, P. DELION, *Autisme : état des lieux et horizons*, Paris 2005, Erès.

B. GOLSE, S. ELIEZ, *Autisme de Kanner ou autisme de scanner... IRM et autisme*, dans *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. 1, Paris 2007, Presses Universitaires de France.

M. HORNIG, D. CHIAN, W. LIPKIN, *Neurotoxic effects of postnatal thimérosal are mouse strain dependent*, Mol Psychiatry 2004.

S. JAMAIN, H. QUACH, C. BETANCUR, M. RAMSTAM, C. COLINEAUX, I. C. GILLBERG, H. SÖDERSTRÖM, B. GIROS, M. LEBOYER, C. GILLBERG, T. BOURGERON, *Mutations of the X-linked genes encoding neuroligins NLGN3 and NLGN4 are associated with autism*, Nature Genetics 2003, Mai.

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, (DSM-IV-TR) Paris, Masson, 2003.

P. MAZET, D. HOUZEL, C. BURZSTIEN, *Autisme infantile et psychoses précoces de l'enfant*, Encycl.Med.Chir. 2000, Psychiatrie, 37-201-G-10, 28 p.

K. B. NELSON, J.K. GREYER, L.A. CROEN, J.M. DAMBROSIA, B.F. DICKENS, L.L. JELLIFFE, R.L. HANSEN, T.M. PHILLIPS, *Neuropeptides and neurotrophins in neonatal blood of children with autism or mental retardation*, Ann. Neurol. 2001, 49, 5, 597-606.

C.M. SCHUMANN, J. HAMSTRA, B.L. GOODLIN-JONES, L.J. LOTSPEICH, H. KWON, M.H. BUONOCORE, C.R. LAMMERS, A.L. REISS, D.G. AMARAL, *The amygdala is enlarged in children but not adolescents with autism: The hippocampus is enlarged at all ages*, J. Neurosci. 2004, 24, 28, 392-401.

S.L. SMALLEY, R.F. ASARNOW, M. A. SPENCE, *Autism and Genetics*, Arch. Gen. Psych. 1988, 45, 953-961.

S. STEFFENBURG, C. GILLBERG, L. HELLGREN, L. ANDERSON, I.C. GILLBERG, G. JAKOBSSON, M. BOHMAN, *A twin study of infantile autism in Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden*, J. Child Psychol Psychiatry 1989, 30, 405-416.

K. STROMLAND, V. NORDIN, B. MILLER et coll., *Autism in thalidomide embryopathy: a population study*, Devel Med Child Neurol 1994, 36, 4, 351-356.

S. TORDJMAN, *Etat actuel sur les recherches biologiques dans l'autisme. Dans Cahiers de Préaut, Psychanalyse et neurosciences face à la clinique de l'autisme et du bébé : Recherches et débats*, Cahier n°2, Paris 2007, L'Harmattan.

A. WAKEFIELD, S. MURCH, A. ANTHONY et al., *Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children*, Lancet 1998, 351, 637-641.

G. WILLIAMS, J. KING, M. CUNNINGHAM et coll., *Fetal valproate syndrome and autism: additional evidence of an association*, Develop Med Child Neurol 2001, 43, 3, 202-206.

M. ZILBOVICIUS, B. GARREAU, Y. SAMSON, P. RÉMY, C. BARTHÉLÉMY, A. SYRTA, G. LELORD, *Delayed frontal cortex maturation in childhood autism*, American Journal of Psychiatry 1995, 152, 248-259.

Maman-bébé : duo ou duel ?

Entretien avec Régine Prat

concepts théoriques très novateurs dans les idées psychanalytiques, si on permettait aux participants de les articuler avec leurs propres expériences, en illustrant avec des exemples personnels, des constats issus de la vie courante. Voilà donc l'origine de ce livre, indissociable de son public.

M. S.-C. : René Roussillon a fait une préface très importante et élogieuse ; avez-vous travaillé avec lui ?

R. P. : René Roussillon est un très grand psychanalyste et je suis extrêmement honorée qu'il ait accepté de faire cette préface ; je suis très impres-

permettait de communiquer, le faisant entrer dans un registre de communication et de symbolisation. Il s'agissait d'un travail hors de la « cure type » mais bien dans l'approche de René Roussillon, qui a beaucoup théorisé le nécessaire rôle de « médium malléable » de l'analyste et, tout particulièrement, dans la prise en charge des états limites. Cette analogie avec le travail de la pâte à modeler ouvre, bien sûr, des rapprochements avec les aspects de la technique analytique avec les enfants. A la suite de cela il m'a contactée et invitée à faire des interventions à Lyon. Nous avons eu beaucoup d'échanges qui

gement mis en échec dans les pathologies dites « limites », ou « narcissiques ». En effet, nous avons alors affaire à des modes d'organisation psychique où les capacités de symbolisation sont entravées, où l'expression émotionnelle se fait sous forme d'expulsion de contenus non transformés psychiquement, par exemple dans des somatisations, des passages à l'acte. Le mode classique de l'association libre tourne court, le : « A quoi est-ce que cela vous fait penser ? » du psychanalyste aboutissant, le plus souvent, à : « A rien », chez le patient dans ces cas là. Le travail avec les bébés qui ne parlent pas, bien évidemment n'est pas langagier (pas dans mon approche en tous cas ; car je n'ai pas de mots seuls, ni d'interprétations magiques levant les symptômes). Nous devons chercher d'autres modes d'expression qui vont accompagner l'expression verbale, travailler avec l'intonation de la voix, les rythmicités. Il en est de même dans la prise en charge des enfants les plus malades, par exemple les enfants artistes sans langage. Nous avons donc un formidable terrain d'apprentissage, non seulement sous l'angle développemental (du comment se constitue la capacité à symboliser), mais également technique, en nous inspirant des approches du terrain de la thérapie parents-bébé pour en retirer des adaptations techniques utiles pour ces prises en charge. En rester à la pratique stricte de la cure-type dans toute sa rigueur, mais aussi son étroitesse, vise à exclure du champ de la psychanalyse des problématiques qui constituent une énorme part du malaise psychique qui amène à pousser la porte des cabinets d'analyses. Et, ce qui est tout aussi grave, si l'on ne s'adapte pas à eux, cela peut également amener à « typifier » ce type de patients, à une façon de leur dire « Laissez dehors tout ce qui n'entre pas dans mon cadre ». Nous courons ainsi le risque de fabriquer des « faux self analytiques ». Avec ces patients non-névrotiques, le travail interprétatif se décentre de la classique levée du refoulement dans les cures types, pour permettre une reprise du développement de l'appareil psychique, en particulier le développement des processus de pensée et de symbolisation des émotions. Nous devons réfléchir aux modalités techniques d'élargissement du matériel pris en compte (le matériel sensoriel et corporel par exemple), et ce sans pour autant tomber dans le danger de la transgression et de la séduction. La position analytique est d'abord étayée, dans cette approche, sur la fonction contenante du cadre, de la fonction symbolisante de la rencontre analytique, de l'engagement de l'analyste et de l'expérience de l'intersubjectivité. Ces questions sont au cœur du débat actuel de la psychanalyse et constituent un carrefour avec d'autres approches thérapeutiques développées pour les prises en charge des états non névrotiques (psychodrame, thérapies de groupe, thérapies à médiation...).

M. S.-C. : Dans votre livre vous parlez d'un traumatisme en trois temps : de quoi s'agit-il ?

R. P. : Le terme de « traumatisme » a été jugé exagéré de la part de certains de mes lecteurs (avant publication définitive). J'ai, néanmoins, souhaité le conserver car il me semble mettre l'accent, par sa force même, sur l'importance du bouleversement que suppose l'arrivée d'un bébé, bouleversement que nous avons tendance à oublier, à effacer dans la vie normale. Mais si nous travaillons avec des bébés et leurs parents, je crois qu'il est absolument fondamental d'avoir bien présent à l'esprit le fait que nous sommes dans une



sionnée par le travail de lecture, de synthèse et d'approfondissement théorique qu'il a fait de mon manuscrit. Je connais son travail théorique depuis longtemps, mais nous nous sommes rencontrés lors de la présentation de son livre « Agonie, clivage et symbolisation » en 1999 à la Société Psychanalytique de Paris. J'avais apporté, dans le débat, une brève illustration clinique sur l'utilisation, dans une thérapie analytique, d'un matériel corporel : au moment de la fin de séance la patiente avait été tétanisée par le coup de sonnette du patient suivant, avec un vécu d'arrachement de tout le devant du corps. En utilisant le matériel de la séance, les éléments de son histoire infantile et mon expérience du travail avec les bébés, j'avais proposé une interprétation-reconstruction où la fin de la séance était vécue corporellement comme un arrachement de tout le devant du corps d'un bébé qui serait tenu en position debout, son ventre contre le corps de la mère (position dont elle me disait qu'elle lui était habituelle pour porter un bébé). Le lâchage, revécu dans la relation transférentielle à l'occasion de l'arrivée du patient suivant devenait un vécu corporel brut d'arrachement que le travail analytique

m'ont donné l'assurance qui me manquait souvent pour faire des liens entre la pratique avec les bébés et le travail psychanalytique avec des adultes. Ainsi, l'exemple que je donne dans mon livre du « bébé roqueur » et la théorisation que j'en propose sont directement issus de ces échanges. J'avais écrit cet exemple comme une suite de discussion et René l'a repris en forme de boutade en annonçant que le saut à l'élastique et le rock'n roll n'étaient pas encore un concept métapsychologique mais que cela allait le devenir car j'y travaillais. Cela a constitué, pour moi, une formidable incitation à travailler les prolongements théoriques de cette situation clinique où un bébé au sein se débrouille avec des angoisses de chute pendant l'allaitement même.

M. S.-C. : De l'abord du bébé et du couple mère bébé à la psychanalyse adulte : quels sont les liens selon vous ?

R. P. : La clinique actuelle oblige la psychanalyse à sortir des bornes de la « cure-type », du travail sur divan avec un minimum d'implication réelle de l'analyste et un lien essentiellement langagier. Ce travail fondateur de la psychanalyse, formidablement adapté au traitement des névroses, se trouve lar-

LIVRES ET REVUES

La conscience du trouble

Neuropsych News 2008 n°3

Interligne, 10 €

Ce deuxième numéro consacré à la conscience du trouble aborde les schizophrénies et leurs déficits neurocognitifs altérant l'insight (A. Plagnol et M.-C. Castillo) et les pathologies bipolaires maniaco-dépressives, avec leurs intermittences entre lesquelles la lucidité retrouvée peut rester incomplète (M.-L. Bourgeois). Les comportements d'anorexie mentale s'accompagnent souvent d'une autojustification et d'une opposition à l'alliance thérapeutique (S.M. Divac). Un autre exemple se trouve dans le domaine frontière de la neurologie et de la psychiatrie : les épilepsies avec leurs absences et la perte critique de la conscience (B. de Toffol). Ces pathologies représentent des exemples de la nécessité d'une psycho-éducation rationnelle et systématique pour les patients et leur famille, et d'un rappel des nécessités du traitement, de l'alliance et de l'engagement thérapeutiques, avec une incitation sinon un contrôle de l'observance du traitement.

Guy Palmade et la régulation sociale

Sous la direction de Jean Dubost et André Levy

Nouvelle Revue de Psychosociologie 2008 n°5

Le dossier de ce numéro est consacré à Guy Palmade, disparu en 2006, et à la notion de régulation.

En plaçant la question de la régulation au centre de sa démarche théorique, de sa pratique de formateur et d'intervenant, Guy Palmade a été l'un des premiers à en soulever les difficultés et les limites, par une critique serrée des théories systémiques, trop facilement adoptées sans examen, à partir des années 1950 et, aujourd'hui encore, par nombre de psychologues et de sociologues. L'extrait de son texte, paru en 1977, présenté en conclusion de ce dossier, pointe les dimensions idéologiques de la notion dans la cybernétique et la théorie générale des systèmes. Il leur oppose une conception qui en définit les caractéristiques lui permettant de s'intégrer dans une psychosociologie clinique.

Marey, penser le mouvement

Textes réunis et présentés par Christian Salomon

Préface de Marion Leuba

L'Harmattan, 18 €

Ce livre regroupe les textes des interventions du colloque « Marey, penser le mouvement » organisé à Beaune en 2004 par l'Association pour le Développement de la Recherche Morphologique en collaboration avec le laboratoire d'anatomie de l'UFR de médecine de l'Université de Bourgogne dans le cadre des journées commémorant le centenaire de la mort d'Etienne-Jules Marey, du Club Locomotion et Motricité Rythmique. L'œuvre d'Etienne-Jules Marey (1830-1904) est celle d'un physiologiste. C'est l'entreprise d'un explorateur savant traquant les moindres mouvements de la vie. Il a développé les appareils capables de les transcrire : sphymographe (débit sanguin), pneumographe (respiration). C'est aussi l'étude des mouvements externes chez l'homme et l'animal (chronophotographie, fusil chronophotographique).

Cet ouvrage collectif montre sa créativité non seulement pour la physiologie et la médecine, mais aussi pour la philosophie ou l'art.

LIVRES

**L'organisation des centres médico-psychologiques
Bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences**Préface de Serge Kannas
MeaH*, Berger-Levrault

Montée en charge de la file active ambulatoire, complexité des prises en charge, multiplicité des partenaires, attentes fortes du régulateur font qu'il est fondamental pour les professionnels des centres médico-psychologiques de s'interroger sur leur organisation : être réactifs pour répondre aux nouvelles demandes de prises en charge et s'impliquer dans un suivi de patients présentant des troubles chroniques. Les équipes engagées dans ce chantier pilote de la MeaH ont montré qu'il était possible d'apporter des améliorations, telles que la diminution des délais de rendez-vous ou la diminution des rendez-vous non honorés, en travaillant sur certains fondamentaux redéfinir les temps de réunion, cartographier et partager le parcours type d'un patient, mettre en place un tableau de bord, rendre plus visible la planification du temps de travail, structurer des projets de soins individualisés.

Cet ouvrage est constitué de ces retours d'expériences, dont chacun pourra s'inspirer librement en les adaptant aux spécificités de son environnement. Ne prétendant pas à l'exhaustivité et encore moins à la normativité, il est avant tout le fruit des travaux des centres médico-psychologiques, s'étant engagés sur ce thème, aux côtés de la MeaH et avec l'accompagnement des cabinets de conseil IRIS et CNEH.

*Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers.

Les formes de la violence

Xavier Crettiez, Coll. Repères, La Découverte

Ce livre analyse les déterminants, individuels et collectifs, de l'entrée dans la violence, en insistant particulièrement sur une approche sociologique et psychosociologique. Il présente les trois principaux types de violence qui s'exercent en démocratie : la violence d'Etat, la violence de contestation des pouvoirs en place ainsi que les violences inter-individuelles, nettement plus sociales que politiques. Un chapitre porte sur les violences extrêmes dont le spectacle constitue, bien souvent, un frein à l'effort d'analyse. Cette sociologie des massacres s'accompagne d'une réflexion sur les violences de terreur propres aux totalitarismes ou à un certain terrorisme contemporain. Enfin, le dernier chapitre se penche sur les transformations d'une violence à la fois moins contrôlée par les acteurs politiques et toujours plus médiatisée, nécessitant de nouvelles formes de justifications.

Travail, usure mentale**Essai de psychopathologie du travail**

Christophe Dejours, Nouvelle édition augmentée, Bayard, 21 €

En 1980, quand ce livre a été édité pour la première fois, il s'agissait de rassembler des données recueillies sur le terrain du travail et des entreprises en vue de relancer la recherche en psychopathologie du travail.

En 1993, la deuxième édition reflétait l'élargissement des préoccupations cliniques et théoriques sous l'effet de la recherche interdisciplinaire entre psychopathologie du travail, sciences sociales et sciences de l'ingénieur.

La troisième édition, en 2000, recensait les tendances qui se faisaient jour dans l'évolution des formes cliniques de la pathologie mentale associées à la transformation des contraintes de travail (précarisation-flexibilisation de l'emploi ; augmentation de la part de travail relevant des activités de service par rapport aux tâches industrielles et agricoles). Cette édition, en 2008, attire l'attention sur le fait que la clinique décrite en 1980, dans le bâtiment et les travaux publics, la pétrochimie, les enseignements téléphoniques, les chaînes de montage automobile, l'aviation etc. résiste à l'usure du temps. Des enquêtes plus récentes dans des structures équivalentes en France comme dans d'autres pays confirment que le renouvellement des stratégies de lutte contre la souffrance obéissent à des principes analogues à ceux qui avaient été décrits en 1980. Malgré la permanence de cette clinique, le paysage social du travail a beaucoup changé. Les stratégies collectives de défense contre la souffrance rencontrant davantage de difficultés à se construire et à se maintenir que par le passé, les décompensations psychopathologiques sont plus fréquentes.

La clinique consacrée au sous-prolétariat est aujourd'hui débordée par les problèmes médico-psychologiques et médico-sociaux dans les zones périurbaines chroniquement frappées par le chômage de masse, et par les problèmes de santé qui accompagnent la grande pauvreté. L'alcoolisme, les toxicomanies, la violence individuelle et collective, les violences sexuelles, les rationalisations intégristes ont bouleversé le paysage. L'aggravation brutale des pathologies mentales en rapport avec le travail, depuis 10 ans, se traduit par la création de nouveaux centres de consultation voués à l'investigation clinique et à la prise en charge des troubles mentaux liés au travail, sur le modèle de la consultation inaugurée par Marie Pezé à l'hôpital de Nanterre.

Malgré le perfectionnement de la clinique et des prises en charge, l'ensemble du champ psychopathologique n'est pas « couvert » pour autant. Y échappent, en particulier, les tentatives de suicide et les suicides souvent sans signe annonciateur jusque sur les lieux-mêmes du travail et de façon non exceptionnelle au su et au vu des collègues de travail. Il y a, maintenant, une bonne douzaine d'années que ces mises à mort ont commencé à être perpétrées sur les lieux de travail. Les suicides en série ne sont plus exceptionnels. Pour progresser dans la connaissance des processus en cause il faut quitter le lieu de consultation et mener des investigations sur le terrain de l'entreprise.

toxique, et le but de ce terme de « traumatisme » est d'inciter les cliniciens à ne pas l'oublier (de même qu'on n'interprète pas des vœux de mort inconscients à quelqu'un qui vient de perdre sa famille dans un accident !).

Ces trois temps sont un peu un artifice de présentation, le traumatisme de base c'est la découverte brutale de la dépendance du bébé dont je pense qu'il constitue le soubassement de tous les troubles du post-partum, des petits et des gros, du baby-blues « normal » à la bouffée délirante de la psychose puerpérale. Le tableau clinique que nous voyons s'installer correspond aux modalités personnelles que mettent en place les jeunes parents pour résister à ce traumatisme.

Ces trois temps sont une façon d'insister sur le côté violent psychiquement de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement (1^{er} temps), sur le bouleversement complet et la crise d'identité qui suivent la naissance du bébé et donc la naissance à l'être-parent dans la brutalité de la découverte de la dépendance du bébé (2^{ème} temps).

Enfin le troisième temps est l'inverse, la découverte et la prise en compte des capacités et des besoins d'indépendance du bébé et de la construction d'une personnalité de parent, à bien des égards nouvelles, et de nouvelles façons de penser et de se penser.

En ce sens, c'est vivre en raccourci dans les débuts de la vie de parent ce qui en fait la matière même : bouleverser toute sa vie pour faire place à un enfant, tout faire en fonction de lui quand il arrive, et lui laisser la place de faire sa propre vie, supporter le fait qu'il s'en aille, reconstruire un psychisme et une identité. C'est en cela que j'aide les parents dans les consultations et thérapies avec leur bébé, en somme trouver une bonne proximité et une bonne distance : l'observation attentive permet cela.

M. S.-C. : Vous vous êtes intéressée à l'apport de la neurobiologie. Pourquoi ?

R. P. : Je me suis intéressée à la neurobiologie, aux neurosciences en général, et à l'imagerie cérébrale en particulier, au départ, de façon un peu anecdotique. J'ai lu beaucoup mais presque comme on lit de la science fiction (et on peut dire qu'ici la science dépasse la fiction !). On entend souvent que les neurosciences valident la psychanalyse : cela me paraît une erreur, il ne s'agit pas du même champ et la psychanalyse n'a pas besoin de la validation par cette recherche. Elle se valide par ses propres résultats et s'étudie de l'intérieur par l'examen des processus en jeu dans le déroulement thérapeutique. En ce sens, savoir ce qui se passe dans le cerveau quand on se représente quelque chose ou quand on parle ne m'est d'aucune utilité quand je suis dans mon fauteuil derrière mon patient. De même savoir que, à deux mois, on assiste à un formidable développement des connexions synaptiques et des dendrites n'a aucun intérêt quand je regarde les formidables échanges dans le contact dit « œil à œil » entre une mère et son bébé à cette période, ou quand j'œuvre cliniquement pour qu'ils se développent. On peut dire que dans la clinique on sait ça depuis toujours ! Par contre, c'est utile lorsqu'on essaye de proposer une théorisation cohérente, de comprendre les phénomènes en jeu dans la constitution du psychisme et les liens d'attachement, par exemple, de faire des liens avec d'autres domaines de recherche et d'utiliser leurs développements et découvertes.

L'édifice théorique de la psychanalyse doit être réinterrogé par les nouvelles données de la recherche scientifique. Freud avait le souci permanent de faire des liens avec les idées de son époque sur le système nerveux et sur la psychologie, et je pense qu'il serait extrêmement intéressé par tout ce que l'on sait aujourd'hui sur les questions qu'il

s'était posé. Ainsi, quand on parle de communication d'« inconscient à inconscient », cela ne veut pas dire grand-chose en soi, c'est juste un constat des transferts de pensées non formulées verbalement ou même non conscients d'un partenaire à l'autre, à plus forte raison entre mère et bébé : le travail sur le langage gestuel, la perception de ce langage dans les travaux expérimentaux, nombreux depuis les années 70, peut être confronté aux découvertes des neurones miroirs. De même, l'idée que les conditions affectives de la grossesse auraient une influence sur l'organisation de la personnalité et, même, sur l'allure du tableau génétique, qui paraissaient des délires de psy il y a 20 ans, sont maintenant des champs de recherche tout à fait prometteurs. Les découvertes sur la plasticité cérébrale permettent de comprendre les soubassements neurologiques des impacts modificateurs des trai-

tements purement psychiques, y compris dans des situations extrêmes, avec des patients cérébro-lésés par exemple. On sort, je le pense et je l'espère, d'un clivage stérile (entre les tenants du tout biologique d'un « homme neuronal » et les « psy ») pour arriver à une véritable notion de psychosomatique : c'est-à-dire un psychique indissociable du somatique et, dès le départ, dans une interpénétration réciproque. Ce que je trouve formidable, et formidablement rassurant pour l'esprit humain, c'est que ces découvertes montrent que les idées issues de l'observation et de l'écoute de la souffrance psychique, ont un siècle d'avance sur ce que permettent les progrès de la science et de la technologie : on aurait tort de ne pas en être content et de se priver de la satisfaction de citer des travaux qui démontrent, de façon éclatante, la pertinence du travail de pensée et son avance sur la technologie. ■

**Anthropologie critique de la santé mentale
Enjeux contemporains du mandat social psychiatrique**

Séminaire de l'IRIS, EHESS et du CH Sainte-Anne,

Centre Henri ROUSSELLE, Amphithéâtre MAGNAN,
1, rue Cabanis, 75014 PARIS

Séminaire gratuit et ouvert à tous le Jeudi de 19h00 à 21h00

Samuel Lézé (Anthropologue) et Pedro Valente (Psychiatre)

PROGRAMME 2008-2009

Souffrance psychique, souffrance sociale

Quelle psychiatrie voulons-nous ? Telle est la question, souvent implicite, qui se trouve au cœur des débats critiques lancés par les acteurs, désormais nombreux, du champ de la santé mentale. Cette conjoncture implique une redistribution des pouvoirs et des savoirs entre professionnels, malades et leurs familles, autorité bureaucratique, politiques, scientifiques et industries pharmaceutiques ; le tout contribuant à une reconfiguration du mandat social psychiatrique.

Ce séminaire de travail propose d'initier une réflexion de psychiatrie critique sur ces questions de société à partir des outils et des analyses des sciences sociales. L'ambition est de rendre intelligibles les enjeux cliniques et politiques – intimement liés – de la pratique psychiatrique contemporaine. A cette fin, chaque année sera consacrée à une thématique de recherche spécifique.

La thématique de cette année est consacrée aux usages sociaux de la catégorie de souffrance, qu'elle soit qualifiée de sociale ou de psychique, en tant qu'elle semble révélatrice des recompositions de l'espace politique de la santé mentale. Chaque séance, contribuant à une généalogie de cette catégorie, s'appuiera sur les textes ou les auteurs ayant participé à sa production conceptuelle et clinique. Par delà le dévoilement d'une expérience jugée irréductible et universelle qui a été rendu possible par la formation d'une telle catégorie, nous nous interrogerons sur ses éventuels effets de voilement. Cette réflexion sera enrichie par les contributions d'invités : Remi Tevissen, Jean Furtos, Alain Ehrenberg, Emmanuel Renault, Richard Rechtman, etc.

PROGRAMME (sous réserve) :

Jeudi 09 Octobre 2008 : Présentation (généalogie du concept de souffrance psychique, enjeux, points d'achoppement, méthodologie, etc.).

Jeudi 23 Octobre 2008 : Georges VIGARELLO (Historien, EHESS), *Histoire des représentations de la souffrance*.

Jeudi 20 Novembre 2008 : Rémi TEVISSSEN (Psychiatre, Psychanalyste), *La douleur morale : histoire et enjeux contemporains d'un concept clinique*.

Jeudi 18 Décembre 2008 : Emmanuel RENAULT (Philosophe), *Politiques de la souffrance*.

Jeudi 22 Janvier 2009 : Samuel LEZE (Anthropologue) et Pedro VALENTE (Psychiatre), *Généalogie du concept de souffrance psychique* (1).

Jeudi 12 Février 2009 : Yves CLOT (Psychologue, CNAM), *Souffrance au travail*.

Jeudi 12 Mars 2009 : Jean FURTOS (Psychiatre), *A quelle(s) souffrance(s) la psychiatrie peut-elle ou doit-elle répondre ?*

Jeudi 26 Mars 2009 : Samuel LEZE (Anthropologue) et Pedro VALENTE (Psychiatre), *Généalogie du concept de souffrance psychique* (2).

Jeudi 09 Avril 2009 : Régine WAINTRATER (Psychanalyste), *La psychanalyse face au génocide*.

Jeudi 14 Mai 2009 : Alain EHRENBURG (Sociologue, EHESS), *Qu'est-ce qu'une pathologie sociale ?*

Jeudi 11 Juin 2009 : Table ronde (Richard Rechtman, Dominique MEMMI), *« Identité » personnelle et sociale de la victime : parcours d'une reconnaissance*.

Entrée Libre. Renseignements : pedro.valente74@gmail.com • sleze@ens.fr

clinique du traumatisme : ce que nous voyons dans les premiers temps est une maximalisation, issue de ce traumatisme, des éventuelles pathologies préexistantes chez les parents, c'est-à-dire l'éclosion d'une pathologie que Winnicott appelait « folie maternelle primaire », et qui est obligatoire pour pouvoir faire face aux besoins du bébé. Ainsi, il ne faut pas confondre une jeune maman saisie de « phobie d'impulsion » et redoutant de jeter son bébé

par la fenêtre, avec le même état hors de la maternité : ici nous avons l'exagération de la découverte traumatique de la dépendance absolue et totale du bébé, ainsi que de la responsabilité écrasante de la jeune mère. Elle a pouvoir de vie et de mort sur son bébé, cela la terrifie et prend la forme de cette pensée : « Mais alors je pourrais même le jeter par la fenêtre » ; l'interprétation de vœux inconscients de mort à l'égard du bébé est, ici, contre-indiquée et

dirigée par un Médecin-chef, comportait généralement quatre quartiers :

- un quartier pour les malades entrants (le pavillon d'admission) placés en observation avant leur affectation dans l'un des quartiers spécifiques de la section ;

- un quartier pour les malades travailleurs ;
- un quartier pour les malades grabataires et les malades chroniques dépendants ;

- un quartier pour les malades très difficiles dont une grande partie de la journée se passe en cellule.

L'architecture des quartiers, construits en conformité avec le programme ministériel de la fin du XIX^{ème} siècle, offre une capacité d'accueil se situant entre 60 et 80 malades. Le quartier comporte deux niveaux : un rez-de-chaussée et un premier étage, le niveau situé sous le toit servant de dépôt, de réserve et de vestiaire. Au rez-de-chaussée se trouvent une cuisine, une infirmerie, un réfectoire meublé de longues tables sur lesquelles tiennent, au minimum, vingt couverts de chaque côté et des bancs de même longueur, un dortoir de vingt à trente lits à l'extrémité duquel se trouve un lavabo collectif (appelé auge dans le jargon hospitalier) à plusieurs robinets distribuant de l'eau froide. Toujours au rez-de-chaussée sont prévues deux cellules d'isolement. L'étage comprend deux dortoirs d'au moins trente lits chacun avec un w.c. à chaque extrémité et un bac de toilette fournissant de l'eau froide.

Jamais de sortie

La vue d'un quartier suscite d'abord désolation et désespoir. Les jeunes soignant(e)s étaient vite démoralisé(e)s ne voyant jamais poindre la guérison ; avançant en carrière, ils ou elles s'adaptaient à cette malédiction.

Quelques essais de sorties ou de permissions se terminaient, la plupart du temps, d'une façon désastreuse en raison du mauvais accueil des familles et du comportement des malades dans leur milieu familial, dans de telles conditions, en dépit de sa bonne volonté et de son dévouement, le personnel se trouvait réduit à des gestes ordinaires et automatiques assurant l'existence végétative des malades. A cela, s'ajoutait l'imagination de l'opinion à l'égard des Asiles. Encore Jules Vallès, « *le bruit court que des gens sont entrés ici plein de raison et qu'on a gardés comme fous entre les murs des cabanons. On compte ceux qui sont sortis, on ne compte pas ceux qui sont restés* ».

Sans sorties, la population du quartier croissant, les conditions de vie dans cet ensemble architectural initialement prévu pour être convenable, se dégradaient sous le poids du phénomène de surpeuplement. Celui-ci se maintenait d'une manière constante aux alentours de 40% : la notion de lits installés était totalement mythique. Les soignants se trouvaient contraints à installer, pour la nuit, des matelas à même le sol dans les espaces disponibles : entre les lits des dortoirs, dans le réfectoire, dans les couloirs. Le matin, les matelas étaient relevés et empilés dans les coins des locaux afin que les malades puissent circuler. Cette promiscuité encore plus importante l'hiver que l'été (saison pendant laquelle certains malades peuvent circuler dans la cour du quartier) induisait une atmosphère irrespirable au sens propre et figuré. Les odeurs étaient une caractéristique des quartiers et notamment « *l'odeur des gâteaux* », composante d'effluves d'urines et d'excréments.

Les rares chambres utilisées pour les grands agités, les contagieux et les malades fortement dérangeants étaient occupées en permanence. Ceci empêchait d'isoler les mourants qui étaient placés entre deux paravents dans le dortoir, au milieu des agitations et des bruits. L'entassement et la promiscuité de dizaines de malades ne pouvaient

La situation hospitalière avant et immédiatement après l'introduction du Largactil

que faciliter, voire provoquer des réactions d'agressivité et de violence de plus en plus manifestes au fur et à mesure de la journée. Les moyens pour remédier à la grande agitation étaient des plus réduits. D'une manière constante, un tiers des malades étaient attachés au lit avec les poignets de contention, la camisole ou le maillot. L'utilisation de systèmes de contention était souvent péconisée, moins par rapport aux soignants que pour éviter des agressions sur d'autres malades, voire des automutilations. Toutes les deux ou trois heures, il fallait détacher les malades, les entraîner aux toilettes, de l'extrémité du dortoir, les ramener à leurs lits et les attacher à nouveau sous les coups, les injures et les crachats. Certains malades se souillaient, se roulaient avec plaisir dans leurs excréments, parfois en maculant les murs. Des malades manifestaient, dans leurs agitations, une force décuplée, s'accrochant aux barreaux ou aux pieds de lit : il fallait parfois trois soignants pour maintenir un malade. Il arrivait que des soignants soient persécutés par des malades croyant reconnaître en eux des personnes leur ayant fait du mal : c'étaient, disait le personnel, de fausses reconnaissances. Les bris de vitres étaient fréquents : un ouvrier parcourait l'asile à longueur de journée pour en assurer le remplacement. Les agitations s'accompagnaient de cris et de vociférations : des soignants disaient en avoir « *la tête enflée* ». A l'approche d'orages, les hurlements montaient en degrés sonores.

Dans le quartier parisien de l'hôpital Sainte-Anne lorsque, la nuit, le vent était orienté au sud, les cris des malades de l'asile étaient entendus loin dans les rues avoisinantes.

Les injures constituaient un accompagnement banal des cris : le personnel observait souvent que plus le niveau social était élevé, surtout chez les femmes, plus le langage était ordurier. Les deux préoccupations essentielles du personnel étaient le risque de suicide et celui d'évasion. Les agents éventuellement reconnus responsables de tels accidents faisaient l'objet de sanctions disciplinaires sévères. Les possibilités d'évasion étaient minimales en raison des dispositions prévues au milieu des issues (stricte fermeture des portes, barreaudages, chaînes de fenêtres) et réflexes du personnel. La clé était le principal instrument de l'arsenal thérapeutique. Les suicides étaient rares. Les Médecins-chefs de Service redoutaient des accidents qui figureraient dans le rapport que ces Praticiens adressaient chaque année au Préfet : cela risquait d'être de mauvais effet à cet échelon administratif. Les prescriptions médicales à l'égard du personnel étaient donc drastiques et nombreuses. La surveillance s'exerçait partout, y compris dans les toilettes où certains s'isolaient : un large espace évidemment à la partie inférieure de la porte facilitait cette tâche. Outre le travail de surveillance, le personnel devait tout faire au sein du quartier : changes des malades, distribution des repas, ménage, nettoyage des sols et des vitres et même, à titre anecdotique, ... enlever les brins d'herbe autour des pavés de la galerie du pavillon. Le personnel était souvent excédé, se heurtant à l'incompréhension et, parfois, à la haine ; il fallait lutter sans cesse pour laver les malades, les alimenter, leur faire prendre leurs médicaments. Il n'y avait guère de répit et les paroles de réconfort étaient rares.

On s'étonne parfois, regardant les photographies anciennes, du port du voile

par les infirmières, bas sur le front. Celui-ci était imposé pour éviter les empoignades de cheveux par des malades. Il était recommandé aux soignants, lorsqu'ils étaient seuls, de se placer à proximité d'une porte ou le dos au mur, de ne jamais s'appuyer aux piliers de la galerie pour ne pas risquer d'être surpris de l'arrière par les malades. Les patients très difficiles étaient placés en cellule, local comportant deux portes opposées : pour entrer, un agent attirait l'attention du patient à une porte pendant que, par l'autre porte, entraient un autre agent qui ceinturait le malade, parfois en utilisant la méthode du drap mouillé jeté sur la tête de celui-ci. Les soignants n'avaient pas accès au dossier des malades : ils ignoraient même le mode d'hospitalisation, placement d'office ou placement volontaire.

Avant la seconde guerre mondiale, les rapports des soignants avec les médecins étaient parfois des plus ténus. Une anecdote : dans un quartier de femmes, une malade « *guetteuse* » avait gratté un morceau de vitre blanchie d'une fenêtre pouvant ainsi annoncer dans la matinée : « *V'là le docteur* ».

Le médecin-chef parcourait le quartier, s'attardant parfois au lit d'un patient. Au sujet d'un malade hyperthermique, l'infirmière ne s'adressait pas directement au médecin : elle glissait un mot à l'oreille de la surveillante qui répercutait l'information à la surveillante-chef, habilitée à la transmettre au médecin. En fin de course, la température ... n'était pas notée : beaucoup de considérations n'avaient pas l'importance qui leur est actuellement attribuée. L'hygiène en est le déplorable exemple. Malgré les efforts du personnel, elle était des plus rudimentaires. Faire davantage aurait-il été possible et utile dans un tel climat de désolation sans issue ? Quelle vision pour les infirmières et infirmiers arrivant le matin dans un dortoir de trente malades en maillots et

camisoles : toutes ces « *vêtements* » étaient trempées d'urines, souillées d'excréments (l'équipe de nuit était des plus réduites) qu'il fallait enlever avec peine pour la toilette. Il arrivait même que des « *vers* » grouillaient dans les matelas.

La toilette du matin s'effectuait à l'eau froide. Souvent un seul robinet de l'auge était utilisé : ceci évitait de ternir l'éclat des robinets récemment astiqués. Un seul gant de toilette suffisait pour l'ensemble des patient(e)s. L'essuyage se faisait avec des draps en nombre déjà insuffisant. Les cheveux des femmes n'étaient jamais coupés et les rares nettoyages de la chevelure se faisaient avec du savon noir. Les parasites ne faisaient pas défaut : le grattage du corps et de la tête était un des gestes familiers des résidents du quartier. Dans les quartiers, le sol était constitué de parquet en bois ; selon les cas, il était lavé ou ciré, inutile de préciser qu'il abritait souvent parasites et rongeurs. Ce n'est pas une image fictive que celle d'une soignante de nuit surprenant un rat sur une malade emmaillottée : le personnel féminin du service de nuit parcourait le quartier en agitant son trousseau de clés !

Après la « *toilette* » du matin, la journée s'écoulait d'une manière monotone et désœuvrée, ponctuée par les repas pris dans des assiettes et des timbales de métal et une cuillère. Il n'existait ni couteaux ni fourchettes. La viande était coupée ... en gros morceaux. Tous les jours, vers 17 heures, il y avait une nécessité de poser une dizaine de sondes alimentaires pour les malades dénutris.

Il n'existait aucune distraction pour les malades hospitalisés. Les grands asiles s'enorgueillissaient de la grande fête annuelle à laquelle participaient des artistes plus ou moins célèbres : c'était sans doute avant tout une autosatisfaction pour les Administrateurs de l'asile.

LIVRES

Les enfants du désir

Monique Bydlowski
Odile Jacob, 23,90 €

Monique Bydlowski, psychiatre, psychanalyste, directeur de recherche honoraire à l'Inserm, a consacré sa carrière de clinicienne et de chercheur à l'exploration des enjeux psychiques de la maternité en milieu hospitalier. Dans cet ouvrage, elle s'intéresse non plus à la maternité mais à l'infertilité et aux souffrances vécues par les couples et, notamment, les femmes dans leur long parcours médical pour parvenir à la procréation. Après un bref aperçu des facteurs explicatifs de la baisse de la fécondité, elle livre ses interrogations sur l'impact des facteurs psychiques inconscients dans cette infertilité, qu'elle soit primaire ou secondaire, à partir d'histoires cliniques. Quelle est la part du désir dans ce projet d'enfant chez les couples ? Quelle place prend-il dans leur économie psychique ? Faut-il répondre à tout prix à la demande d'un enfant ou aider les femmes à assumer cette infertilité ?

L'auteur propose ainsi de ne plus considérer l'infertilité comme une pathologie médicale classique afin d'éviter d'instaurer la multiplication des investigations et l'instrumentalisation de la fécondation comme un événement matériel. Elle propose de nouvelles dispositions thérapeutiques avant d'entreprendre une procréation assistée ou, en parallèle de celle-ci, telles que la consultation en binôme gynécologue-psychanalyste ou la consultation psychothérapique.

M.N. Vacheron

Les traitements chirurgicaux de l'épilepsie

Rapporteurs : Bertrand Deveaux et Francine Chassoux
Neurochirurgie 2008 n°3
Elsevier Masson

Ce rapport a trois objectifs : le premier est d'étudier les progrès de la chirurgie des épilepsies au cours des 20 dernières années, de la sélection des patients aux techniques chirurgicales, en passant en revue les techniques et disciplines indispensables au diagnostic et à la prise en charge globale des candidats au traitement chirurgical ; le second est de discuter les questions non résolues autour de cette chirurgie fonctionnelle, de façon à dégager des pistes de travail pour les années à venir ; enfin, le troisième est de faire un tour d'horizon de l'activité de chirurgie de l'épilepsie en France en interrogeant les centres les plus anciens comme ceux qui ne pratiquent cette chirurgie que depuis peu. Cette enquête portant sur l'activité de chaque centre permet, pour la première fois dans notre pays, de savoir combien de patients sont opérés chaque année, avec quels types d'explorations, quelles techniques chirurgicales et quels résultats.

Elle porte aussi sur les réseaux de prise en charge des patients épileptiques en France, ainsi que sur les coûts de cette chirurgie fonctionnelle. La multiplicité et la diversité de compétences des collaborateurs de ce rapport illustrent la multidisciplinarité qui définit cette chirurgie fonctionnelle et en assure l'efficacité et la fiabilité. Initiée à partir d'une étroite collaboration entre neurologues, neurophysiologistes et neurochirurgiens, elle s'est enrichie de compétences nouvelles rapidement devenues incontournables : neuropsychologues, psychiatres, neuropédiatres, neuroradiologues, neuropathologistes, auxquelles les nombreuses équipes de recherche et les associations et les structures de prise en charge des patients apportent leur contribution.



ARS MEDICINA

médecine & savoir
au XVI^e siècle

EXPOSITION
du 3 avril au 7 juillet 2008

Château d'Écouen

MUSÉE NATIONAL DE LA RENAISSANCE

LIVRES

Ville-Evrard
Murs, destins et histoire d'un hôpital psychiatriqueAndré Roumieux
L'Harmattan, 40 €

André Roumieux, a été infirmier psychiatrique à Ville-Evrard pendant trente-six ans. Depuis sa retraite, en 1988, il a entrepris un long travail de mémoire autour de l'institution. Son témoignage a débuté il y a plus de trente ans avec la publication de ses deux premiers livres, *Je travaille à l'asile d'aliénés* et *La Tisane et la camisolé*.

La rédaction de cette monographie, depuis de nombreuses années, le préoccupait tout particulièrement car elle évoque la réalité de l'hôpital psychiatrique public et l'engagement des soignants, avec comme fil rouge le respect de la dignité humaine.

Après avoir connu un effectif de plus de deux mille malades, le Centre Hospitalier Spécialisé de Ville-Evrard en compte maintenant à peine quatre cent cinquante intra-muros, grâce au travail soignant et aux structures extra-hospitaliers. Des pavillons sont désaffectés ; certains services ont été délocalisés dans la cité faisant partie de leur secteur. Dans le même temps, les divers corps de métiers (cordonnier, tailleur...) ont progressivement disparu. Quant à la ferme de plus de 200 hectares, elle n'existe plus en tant que telle. Aujourd'hui, ses bâtiments, dont certains datent du XVIII^{ème} siècle, tous vides, sont inscrits à l'inventaire des Monuments historiques.

On parle de reconversion d'une partie du site de Ville-Evrard.

La situation a évolué. Depuis 1986, de nombreuses personnes sont venues à la Serhep*, soit pour prendre connaissance de l'histoire de l'établissement et souvent le visiter, soit pour y conduire des travaux de recherches, soit pour des expositions ou manifestations culturelles.

*Société d'Etudes et de Recherches Historiques En Psychiatrie. Ce lieu de mémoire a été fondé par deux infirmiers et un membre de la direction en 1986. Le siège est à Ville-Evrard, 202 avenue Jean-Jaurès, 93322 Neuilly-sur-Marne. Des documents, des gravures, des objets et des vêtements faisant partie de la mémoire de l'institution y sont exposés en permanence.

Husserl ou la phénoménologie de l'immortalitéArkadi Nedel
L'Harmattan, 12,50 €

Après la publication du livre de Jean-François Lavigne *Husserl et la naissance de la phénoménologie (1900-1913)*, le lecteur français a accès à une étude historique quasi exhaustive. Cet ouvrage propose une lecture de quelques travaux principaux de Husserl et montre que la question de l'immortalité, qui apparaît chez Husserl sous les pseudonymes d'« idéalité » ou « choses comme telles » (*Sachen selbst*), est d'une importance fondamentale pour comprendre l'entreprise phénoménologique.

C'est à partir de ce défi qu'il a, encore philosophe des mathématiques, posé en 1891 les fondations de sa tour Eiffel phénoménologique. Afin de commencer à penser, penser au sens strict et philosophique du terme, l'homme se tourne vers sa propre conscience, vers lui-même comme être pensant. Il commence par une analyse des phénomènes pensables, des concepts idéaux, tels le nombre, indépendants des contingences du monde. Par cette démarche, l'homme fait naître une zone de la pensée où, comme nulle part ailleurs, il peut accéder à l'immortalité.

Dans le quartier, quelques femmes tricotaient ou brodaient, participaient à la vie ménagère, ayant même parfois leurs propres attributions. Chez les hommes, un bon nombre de malades étaient dits « travailleurs ». Ils étaient accompagnés chaque matin et début d'après-midi dans les ateliers : buanderie, cuisine, lingerie, jardin, service d'entretien intérieur. Les malades recherchaient particulièrement le travail du jardin qui leur permettait une relative liberté, de plus, un nombre important de ces patients venaient naturellement du milieu rural. Cette main-d'œuvre bon marché était payée pour un pécule journalier basé sur la valeur du timbre-poste d'affranchissement normal, dans une fourchette de une à cinq utiles, attribué selon la valeur du travail et à titre d'encouragement pour l'effort accompli. Ce système contribuait largement au fonctionnement et à la maintenance de l'établissement. Certains patients réussissaient à obtenir du personnel quelques faveurs : un lit au lieu d'un matelas, une place assise au réfectoire, une pincée de tabac, une sortie « de course » dans l'asile avec l'infirmier. Les thérapeutiques étaient rudimentaires, médicamenteuses ou physiques. Les médicaments étaient : le gardénal, le bromure, le sirop de chloral et quelques barbituriques accompagnés de ferments lactiques contenus en permanence dans une cruche. Il arrivait bien évidemment dans certains cas de grande agitation que le personnel force quelque peu les doses de la prescription médicale. Le traitement physique, préférentiellement utilisé pour les grands agités, était le « bain prolongé » : le patient était placé dans une baignoire remplie d'eau tiède et recouverte d'une forte toile de coutil appelée « le collier » qui, fixée à la baignoire, possédait un orifice pour le passage de la tête au niveau du cou et de petits trous pour le dégagement de la vapeur. Le bain durait plusieurs heures, parfois huit voire seize heures. Pour permettre à certains malades de manger, une partie de la toile était libérée, laissant passer un bras.

Tel est, brièvement brossé, le tableau de la vie à l'asile avant le début des années 1950.

Année 1952

Le 4560 RP fait son apparition dans les Services hospitaliers. C'est sous cette appellation que les soignants commencent à appliquer, en injections, le

Largactil. Ce médicament dit « dangereux » est initialement distribué avec de nombreuses précautions pour éviter les allergies cutanées. Les soignants effectuent les injections munis de gants et de lunettes appropriées (type lunettes de natation). Une certaine méfiance s'établit chez les malades du fait de certains effets somatiques de ce produit : baisse de la température du corps, diminution des rythmes cardiaque et respiratoire. On parle d'hibernation. Cette situation pose problème lors des électrochocs sous Pentothal effectués sur des patients dont, par méconnaissance ou omission, la dose de Largactil n'a pas été diminuée la veille de l'intervention : on assiste à de grandes difficultés au réveil liées à l'état de léthargie de ces patients. L'hypersalivation est une autre manifestation rapidement perçue : *les malades peuvent désormais être suivis à la trace !* Passés ces derniers moments de prévention à l'égard du médicament, les soignants constatent l'amélioration presque immédiate de l'état de leurs patients. Une infirmière dit : « on passe du ring à la place tranquille du village » ou encore « les commandos de choc se transforment en équipes soignantes ».

L'atmosphère se trouve subitement changée en quelques jours. Le calme succède aux cris et aux hurlements, les déambulations circulaires cessent. Les maillots et les camisoles restent dans les placards. L'agressivité régresse, la méfiance fait place, progressivement, à la confiance. Les malades commencent à parler, à s'exprimer, à s'intéresser, à apprendre à vivre avec leurs symptômes, leur maladie.

Parallèlement, certains soignants sont décontenancés, vivant ce changement dans un climat de difficultés d'un nouveau genre. En effet, leurs repères sont déplacés, les rapport avec les patients sont devenus différents ; les attitudes de défense et de mise en sécurité disparaissent. Les habitudes sont modifiées. Le malade accepte et ne repousse plus ; l'autoritarisme n'a plus la même prise dans ce système en mutation. Parfois, malgré eux, les éléments les plus conservateurs du régime asilaire sont conduits à s'adapter. Ceci est méritoire car les moyens de progrès sont réduits, la formation permanente n'existe pas encore et le dialogue avec le corps médical reste limité.

Toutefois, le processus évolutif est engagé. Les contraintes fléchissent, l'organisation de vie ritualisée devient plus

Psychanalyse et politique**Le complexe de Thésée**

Jean Ménéchal

Préface de René Kaës Postface de Jean Peuch-Lestrade

Erès, 20 €

Jean Ménéchal (1950-2001), psychanalyste et universitaire, avait l'expérience d'une fécondité réciproque des sciences humaines à la fois de par sa formation (HEC, mais aussi Droit public, Sciences des organisations, Etudes politiques, Histoire à l'EHESS, et enfin Psychologie clinique et pathologique) et sa pratique professionnelle (haut fonctionnaire au ministère de l'Équipement puis à celui des Affaires étrangères et de la Coopération avant d'être nommé maître de conférences à l'Institut de psychologie de l'université Lumière-Lyon 2). Cette culture lui a permis d'articuler la psychanalyse et son approche clinique des mécanismes inconscients, l'histoire et la science politique.

Si la psychanalyse est farouchement privée, la politique est résolument publique. L'essai explore l'interaction de ces deux champs afin d'approfondir la nature du lien analytique dès lors qu'il est confronté au politique. Entre l'ambition nécessairement infructueuse de la psychanalyse d'offrir au sujet sa totale autonomie, et le fantasme d'un monde où la psychanalyse permettrait au social d'optimiser son fonctionnement, il permet de mieux comprendre la place actuelle de cette discipline et son articulation méconnue, sinon déniée, avec l'espace du politique. Au centre de cette relation se situent la démocratie et le mythe de son fondateur Thésée, dont l'analyse permet de saisir ce déplacement vers le politique : comment, à travers les rencontres successives et la maturation du sujet, des voies de la perversion à celles de la sublimation, s'élabore une structure basée sur l'alliance et une fraternité dépassant le cadre familial. Ce parcours fonde le complexe de Thésée.

Le système pénal

Jean-Paul Jean

Collections Repères, La Découverte

Le système pénal doit, à la fois, assurer la répression et garantir les libertés. Cet ouvrage très documenté rappelle les principes de la justice pénale et analyse son fonctionnement effectif, depuis l'infraction jusqu'à la phase d'exécution des peines, en utilisant une approche pluridisciplinaire qui intègre le droit, la criminologie et l'évaluation des politiques criminelles.

Le bénévolat à l'Unafam

Un autre regard 2008 n°1-2, Revue de liaison trimestrielle de l'Unafam*

Le dossier de ce numéro concerne le bénévolat, donc directement l'avenir de l'Unafam puisque comme le relève son Président, Jean Canneva : « Comme souvent dans notre secteur, la situation est contrastée : l'environnement sanitaire continue plutôt à se détériorer, le secteur social découvre le handicap psychique et l'Unafam est submergée de demandes d'intervention ». Ce dossier aide, aussi, à comprendre en quoi consiste la véritable richesse et l'efficacité de l'Unafam, dans les trois domaines principaux que sont l'entraide inter-familiale, les actions pour les proches malades et l'animation de l'association.

*Union Nationale des amis et familles de malades mentaux, 12 Villa Compoint, 75017 Paris. www.unafam.org

souple et créative. Les infirmiers osent avancer des initiatives, prennent conscience de leur rôle de soignants et deviennent attentifs à la parole et aux demandes des malades. Cette situation va provoquer un effet d'entraînement dans lequel chaque acteur du Service prend conscience de son rôle à l'égard des autres membres de l'équipe : celle-ci prend son véritable sens, notamment au niveau de la communication. L'équipe soignante naît et s'organise.

Les patients hospitalisés ne connaissent plus la désolation d'un séjour sans horizon de sortie... ■

Maurice Goudemand

Fondateur-Conservateur du Musée Sainte-Anne.

Ce texte a été publié dans le Bulletin de l'Association des Amis du Musée et du Centre Historique Sainte-Anne de février-mars 2008.

Institut Lilly - Insight, programme psycho-éducatif

L'Institut Lilly a lancé le programme Institut Lilly - Insight destiné aux patients schizophrènes volontaires, dans la phase initiale de leur maladie*. Ce programme psycho-éducatif original se concentre sur l'amélioration de la conscience de la maladie pour favoriser une meilleure adhésion aux soins et une meilleure alliance thérapeutique des patients atteints de schizophrénie.

Ce programme se décline en 6 séances portant sur les différentes dimensions de l'insight : conscience du trouble mental, conscience des symptômes positifs, conscience des symptômes négatifs, conscience de la désorganisation, conscience des conséquences psychosociales de la maladie et conscience des effets du traitement.

Les séances se déroulent en groupe de 4 à 8 patients, animées par un binôme d'infirmiers (ou autres soignants), à un rythme hebdomadaire.

Les 6 séances se présentent sous la forme d'ateliers d'environ une heure et s'articulent autour d'un support spécifique : film, jeu de rôle, film d'animation, jeu de rôle..., permettant une approche pédagogique, interactive et dynamique du programme. Le programme propose un kit d'outils permettant de guider l'animation des séances, la transmission des informations concernant les patients et la bonne compréhension des objectifs.

Les 6 séances du programme sont précédées et suivies d'un entretien individuel réalisé par le médecin. Cet entretien permet dans un premier temps

de repérer les difficultés d'insight de chaque patient, qui seront travaillées durant les 6 séances et d'évaluer les progrès réalisés pour dégager des perspectives individuelles de soins pour chaque patient. Au cours de ce programme, les infirmiers ont à la fois un rôle d'animation, mais aussi un rôle de soignant, permettant de repérer et de soutenir les patients dans leurs difficultés. Le psychiatre a non seulement un rôle de prescripteur du programme mais est également au centre des échanges avec l'équipe soignante pour repérer au mieux les difficultés de chacun.

Evaluation du programme

Dans la phase pilote de ce projet, une enquête de satisfaction auprès des animateurs et psychiatres des 15 centres ayant participé a été réalisée. Le but était de mesurer l'intérêt suscité par ce nouveau programme et d'évaluer les bénéfices perçus pour les patients.

Les données ont été analysées pour les 13 centres ayant répondu. 73 patients ont participé au programme avec une moyenne de 5,6 patients inclus par groupe.

Plus de 84% des animateurs et plus de 92% des psychiatres estiment que ce programme permet aux patients d'améliorer leur connaissance de la maladie et de leurs symptômes, l'alliance thérapeutique et l'adhésion aux soins. Les objectifs semblent donc atteints. Le niveau de satisfaction global pour le programme est élevé avec un score estimé de 7,49/10 pour les animateurs, de 8,08/10 pour les psychiatres et de 8,09/10 pour les patients.

Les animateurs estiment que les points forts de ce programme sont, par ordre décroissant, la diversité des supports utilisés (92,3%), l'interactivité (76,9%), l'objet du programme (61,5%) et l'utilisation des passeports (61,5%).

L'évaluation de chacune des séances montre un niveau de satisfaction élevé entre 7/10 et 8/10 pour l'ensemble des séances sauf pour la séance 4 dont l'objet est la prise de conscience des symptômes de désorganisation (5,3/10). Ainsi, à la suite de la phase pilote, le déroulement de cette séance a été amélioré afin de permettre une plus grande adaptabilité au groupe de patient participant.

A l'issue de la dernière séance, 14 patients avaient quitté le programme prématurément, ce qui correspond en moyenne au départ d'un patient par groupe entre la première et la sixième séance. C'est le plus souvent après la première séance que les patients ont interrompu le programme.

Ceci souligne l'importance des critères d'inclusion : ce programme s'adresse à des patients lors de la phase initiale de la maladie, premier épisode exclu, en période de stabilité de leur symptomatologie.

Ces premiers résultats sont très encourageants. Des perspectives comme le déploiement de ce programme psycho-éducatif à une plus large échelle et la réalisation d'études comparatives mesurant l'impact du programme sur l'alliance, l'adhésion thérapeutique et la rechute sont ouvertes. ■

B.L.

*Ce projet a été développé par le Pr PM. Llorca (CHU de Clermont-Ferrand) et son équipe.

L'actualité de la question des normes et de l'éthique médicale en psychiatrie est quotidiennement visible dans la grande presse et les médias. Collaboration ou instrumentalisation, les rapports entre la discipline médico-psychiatrique, les institutions, le *socius* sont des plus complexes. Après avoir précisé succinctement l'évolution des missions de la psychiatrie notamment en santé mentale, nous prendrons deux exemples de difficulté pratique liées à cette actualité, puis nous envisagerons un cadre théorique-pratique pour tenter si ce n'est de les résoudre du moins de les comprendre.

Introduction

S'il est une discipline médicale toujours en quête d'elle-même entre sciences bio-médicales et art de la relation de soin, c'est bien la psychiatrie. Ainsi que le rappelle magistralement Arthur Tatossian⁽¹⁾ penser cliniquement la folie nécessite d'impliquer sonder l'interface du normal et du pathologique ; ce d'autant qu'aux missions classiques de la discipline en matière de soins et de réhabilitation se sont récemment adjoints des enjeux de santé mentale. C'est ainsi que les interrogations qui s'imposent à la clinique psychiatrique contemporaine sont plus que jamais de plusieurs ordres.

A la dimension diagnostique toujours instable au regard de l'évolution continue de l'expression de la pathologie viennent, en effet, se superposer des problèmes épistémologiques et éthiques renouvelés par l'extension des connaissances effectives comme de celles supposées par la société.

Après avoir précisé quelque peu ces interrogations, sans prétendre aucunement les résoudre, nous nous proposons de les illustrer par deux exemples pour envisager enfin un cadre conceptuel théorique-pratique susceptible de contribuer à structurer leur investigation.

Contrairement aux autres disciplines médicales et en dépit des avancées des connaissances des neurosciences, plus de la moitié des décisions, prises au quotidien, de la pratique psychiatrique, aujourd'hui comme hier, ne relève pas d'une démarche inférentielle⁽²⁾. Évaluer la capacité à consentir d'un patient, décider qu'une personne malade hospitalisée à temps plein dans un service de psychiatrie depuis des semaines ou des mois est apte à passer une journée chez lui, ou, dans un autre registre, différencier la proposition « je crois qu'il fera beau demain » de celle qui dit « je crois que je suis la descendante de Napoléon », ne sont que des exemples de l'importance de l'écart entre, d'une part, la recherche fondamentale et autres procédures objectives, d'autre part, la clinique quotidienne subjective.

De l'actualité de la question des normes et de l'éthique médicale en santé mentale

Cette tension interne continue, voire constitutive, de la discipline médico-psychiatrique s'est donc renouvelée depuis une vingtaine d'années du fait de l'extension de la clinique du sujet psychologiquement et cérébralement malade à celle de la « santé mentale ».

Si l'on en croit la définition figurant en préambule du « Plan santé mentale 2005-2008 »⁽³⁾ du Ministère de la Santé, la santé mentale « comporte trois dimensions : la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants ». Sans discuter ici le terme de « santé mentale positive » dont le pendant implique « santé mentale négative » ne résout guère l'équivocité, disons seulement que, si la question des soins en santé mentale correspondant à la troisième dimension de la définition du Plan relève assez clairement de la compétence classique de la médecine psychiatrique, la délimitation de ladite compétence voire de la légitimité de la discipline à se prononcer au sujet des deux premières dimensions reste aussi incertaine que les attentes des partenaires médico-sociaux comme politiques qui sont nombreuses.

On peut citer, pour exemple récent, l'appel lancé en septembre 2007 par l'O.M.S. via le *Lancet*, pour l'accroissement des soutiens nationaux aux services de santé mentale où il est beaucoup question de Droits de l'Homme⁽⁴⁾.

On peut aussi évoquer, encore plus près, la journée d'étude du 13 mars 2008 organisée à Grenoble par l'association « Elus, santé publique et territoires » avec le soutien du Ministère de la santé et de la Délégation Interministérielle à la Ville et intitulée « Le maire et le psychiatre : ensemble pour la santé mentale ». Il y est question de la « reconnaissance et de la lutte contre une souffrance psychosociale conçue comme une perturbation de la capacité du vivre ensemble des citoyens »⁽⁵⁾. Ces exemples, parmi tant d'autres, laissent apercevoir un mouvement qui excède de beaucoup de simples initiatives médicales...

In fine, force est de le constater, le cadre le plus contemporain dans lequel la médecine psychiatrique est appelée à exercer de plus en plus la contrainte, de facto, à délaissier toute référence directe aux données scientifiques actuelles sur le cerveau dysfonctionnel et, faisant retour sur la clinique du sujet, à interroger à nouveaux frais la question des normes et celle de l'éthique. L'actualité de la question des normes et de l'éthique en médecine psychiatrique est donc aujourd'hui, de nouveau, teintée de politique ; elle est aussi sociale et les deux se rejoignent souvent.

Renonçant ici aux longs développements qu'exigerait un traitement exhaustif de ces questions, nous nous proposons d'exposer, à nouveau, deux exemples très contemporains, paradigmatiques cette fois selon nous de la mise en tension au quotidien du rapport de la médecine psychiatrique aux normes et à l'éthique.

L'exemple de la dépression

La question du diagnostic différentiel de la dépression sera notre premier exemple. Le diagnostic différentiel renvoie à la construction des critères diagnostiques dont on sait combien, tout particulièrement dans le cas de la dépression, ils ont été influencés par l'industrie pharmaceutique.

A cet égard, l'inefficacité connue et reconnue des antidépresseurs à traiter les nombreux états dépressifs autres que sévères^(6,7) ne limite en rien leur prescription massive dans ces contextes voire leur sous-emploi persistant dans les cas légitimes.

Nous ne serons pas sans évoquer à propos de ce diagnostic différentiel l'émergence (ou peut-être faudrait-il dire l'« épidémie ») de la fibromyalgie. Le second problème que nous avons choisi de retenir est celui de la question de la délimitation entre maladie mentale et trouble de la personnalité, question récurrente qui vient de connaître un rebondissement notoire avec la loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté.

Pour commencer par la question du principal diagnostic différentiel de la dépression nous nous autorisons à penser qu'il est rarement porté dans sa forme princeps : il s'agit du Syndrome de Fatigue Chronique (S.F.C.) dont la forme algique est aujourd'hui quant à elle bien connue sous le vocable de « fibromyalgie ».

Là où la fibromyalgie, depuis sa validation par la rhumatologie, devient une appellation revendiquée par les malades et les associations, le S.F.C. est un diagnostic exclusivement médical. Est-il rarement porté parce que d'un vocable peu technique, peu scientifique et en cela potentiellement attentatoire tant à la dignité du médecin qu'à celle du malade ? Clairement libellé en marge des classifications internationales de référence, il figure notamment dans le synopsis de psychiatrie de Kaplan en 1988 comme un « sentiment subjectif persistant de fatigue physique et mentale, évoluant depuis au moins six mois et entraînant une réduction de l'activité habituelle d'au moins 50% ». Sa déroutante simplicité, l'évidence qui le dissimule en fait la matière de travaux cliniques et théoriques isolés mais souvent transdisciplinaires^(8,9).

Le S.F.C. présente, de plus, de très nombreux points communs avec la neurasthénie. La neurasthénie décrite en deux volumes par G.M. Beard, neurologue new-yorkais en 1869, vient

alors pour le public distancier avec bonheur l'hystérie et l'hypochondrie aux réputations péjoratives. Ce qui est alors compris comme « épuisement de la quantité d'énergie disponible dans le système nerveux central sous l'influence de facteurs divers » mis en lien par Beard avec le rôle « de pionner » des Etats-Unis dans le « développement de la civilisation »⁽¹⁰⁾, est retrouvé en France par Charcot puis par Janet lequel l'inclut dans la description de la psychasthénie.

Le déclin de la neurasthénie aux Etats-Unis et en Europe occidentale, à partir des années 1910, correspond par la suite à l'essor des diagnostics de troubles anxieux et de dépression ; il est cependant à noter que la neurasthénie continue au-delà de cette période d'être diagnostiquée en Russie et en Extrême-Orient, là où la santé mentale d'un sujet est directement corrélée à son inscription dans le système.

Et si le D.S.M. IV⁽¹¹⁾ en développant la dysthymie ne réintroduit pas la neurasthénie, encore présente dans les précédents manuels (option dont on pourrait questionner les enjeux psychopharmacologiques), sa rivale francophone, la C.I.M. X⁽¹²⁾, quant à elle, la fait toujours figurer (classée sous le code F 48.0).

Dans ses recherches sociologiques sur Psychotropes, Politiques et Société, Alain Ehrenberg montre aussi que la « fatigue d'être soi », prémisses de l'extension du diagnostic de dépression, surgit dans une société où l'accès à l'indépendance socio-politique des années 60 et surtout 70 s'est accompagné d'un impératif d'autonomie, de responsabilité voire de performance bien difficile à assumer pour l'individu⁽¹³⁾. Il situe ainsi l'émergence de la dépression dans la filiation de Janet et dans le registre des pathologies non plus de la culpabilité comme pour la névrose mais bien de la faiblesse.

La parenté avec le discours de Beard est forte. Aujourd'hui, la surconsommation française d'antidépresseurs malgré l'inefficacité connue de ceux-ci à traiter autre chose que les dépressions sévères^(6,7) correspond sans doute à leur fréquente prescription dans les cas de troubles anxieux.

Tout particulièrement dans les expressions contemporaines d'un dysfonctionnement adaptatif aujourd'hui souvent plus neurasthénique que déprimé, c'est-à-dire les déclinaisons plus ou moins algiques du S.F.C. dont sa variante « rhumatoforme » la fibromyalgie. Ainsi, pour conclure en paraphrasant Tatossian, nous voudrions dire que : si tous les hommes étaient fatigués et/ou algiques, ils n'en seraient pas pour autant tous déprimés ni même fibromyalgiques, cela ne serait donc pas nécessairement pathologique (!).

Pour le dire autrement, l'éthique de la psychiatrie mais aussi de la médecine exige qu'elle renvoie à la société solidaire le questionnement sur la part existentielle de la santé mentale qui ne relève pas de son champ.

La différence entre maladie mentale et trouble de la personnalité

Quant à la deuxième question que nous avons choisie d'aborder, celle de la différence entre maladie mentale et trouble de la personnalité, les pouvoirs publics et, dit-on, la majorité de l'opinion semblent détenir une réponse simple : tout comportement déviant

LIVRES

La cité des fous

Souvenirs de Sainte-Anne

Marc Stéphane

Préface d'Eric Dussert Illustrations d'Alain Verdier

L'arbre vengeur, 14 €

L'écrivain Marc Richard, né en 1870 à Saint-Étienne est très tôt l'indépendant, le réfractaire qu'il restera toute sa vie. Jeune orphelin de père, il se brouille avec sa mère à 17 ans et prend la route. Il est trimardeur, vagabonde et ne se stabilise qu'à la fin du siècle lorsqu'après avoir publié ses premiers récits dont *A toute volée* (1891) il opte pour le pseudonyme de Marc Stéphane et donne les *Savants Devis et joyeux rythmes d'un buveur de soleil*. Fier et digne « hobo ». Il y revendique « l'inénarrable honneur de vivre pauvre et de saigner les larmes du Calvaire pour la plus grande gloire d'un art intransigeant, assoiffé d'absolutisme ». Bien engagé, il entreprend une série de pamphlets dans l'esprit de Georges Darien et Léon Stoy dont il sera l'ami. Il les intitule *Aphorismes, boutades et propos subversifs d'un ennemi du peuple et des lois* (1903-1910). Parallèlement, il publie sous sa propre marque du Cabinet du pamphlétaire des romans et ce témoignage sur Saint-Anne, *La Cité des fous* (1905), où l'avait mené une crise aiguë de délire. Cet internement lui offre aussi le sujet d'« *Un drame affreux chez les tranquilles* » (in *Contes affronteurs*), un chef-d'œuvre de la littérature fantastique et d'effroi réédité par L'Arbre vengeur. Pendant la Grande Guerre il s'engage malgré son âge et en rapportera d'édifiants récits (*Ma dernière relève au bois des Caures*). Son plus beau succès, régulièrement réédité, est *Ceux du trimard*. Il meurt en 1944 après quelques années de délires mystagogiques.

Une histoire des critiques philosophiques de la psychologie

Saïd Chebili

Préface de Mireille Delbraccio

L'Harmattan, 31,50 €

L'auteur propose une histoire des critiques philosophiques de la psychologie, du début du dix-neuvième au milieu du vingtième siècle.

Le fil conducteur tient dans l'idée qu'il est impossible de fonder la psychologie sur le plan théorique puisqu'elle est prise dans une contradiction entre sa tendance métaphysique et sa tendance scientifique. Au temps de la psychologie naissante, Kant a apporté une contribution essentielle, en refusant toute psychologie rationnelle et toute psychologie empirique. Il prôna une anthropologie, qui permet de mesurer les manifestations extérieures du comportement humain. Comte poursuit la réflexion dans ce sens, et se livre à une condamnation de l'introspection. Dans un deuxième moment, Bergson remet au jour la psychologie spiritualiste, tout en subissant, pour son idéalisme, les foudres de Georges Politzer qui a tenté de construire une psychologie d'abord concrète, puis matérialiste. Piaget élabore une psychologie constructiviste. Malgré sa rigueur conceptuelle et l'intérêt d'une approche structurale, il ne réussit pas à fonder théoriquement la psychologie. Enfin, dans une dernière période, sont analysés les travaux de Canguilhem et de Foucault. Le premier congédie la psychologie pour ses manquements à l'éthique. Le second l'accuse de n'être qu'un faire-valoir de la psychiatrie qui, masquée derrière elle, étend son pouvoir de normalisation.

La Fondation pour la Recherche en Psychiatrie et en Santé Mentale

organise

« Les Entretiens de Sainte-Anne »

Le lundi 15 septembre 2008 de 18h à 20h avec

Jean-Pierre Winter, Psychanalyste, écrivain

et Lionel Naccache, Neurologue, Chercheur en neurosciences cognitives

sur le thème

« La question de l'interprétation, entre neurosciences et psychanalyse »

Président du débat : Patrick Guyomard, Psychanalyste, Professeur à l'université Paris VII Denis Diderot

Lieu : Hôpital Sainte-Anne, Grand Amphithéâtre de la CMME
100, rue de la Santé - 75014 Paris - Métro : Glacière

Coordination : Zoé Logak

Entrée libre, dans la limite des places disponibles
Pré-inscription par mail : z.logakch@sainte-anne.fr

LIVRES

Contribution à une analyse rénovée de la relation de soins**Essai de remise en cause du contrat médical**

Marion Girer

Avant-propos de Marie-France

Callu et François Vialla

Préface de Gérard Mémeteau

Collection Thèses

Les Études Hospitalières, 75 €

La qualification juridique de la relation médecin-patient en secteur privé a été figée par l'affirmation jurisprudentielle, au sein du célèbre arrêt Mercier rendu par la Cour de cassation le 20 mai 1936, de l'existence d'un contrat médical. Or, ce contrat, « *vêtement juridique de la confiance* » n'est peut-être plus l'habillage juridique adéquat de la relation de soins. Les transformations actuelles de ce lien, tant sur le plan des évolutions thérapeutiques que sociologiques, conduisent à proposer une analyse rénovée de cette relation médecin patient. L'adoption de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé appuie l'idée d'une évolution nécessaire de l'analyse juridique puisqu'elle offre, à la relation de soins, un contenu légal uniforme.

La remise en cause du « *dogme* » du contrat médical repose sur la démonstration de son insuffisance, de ses imperfections et du « *forçage* » de son contenu par la jurisprudence. Cet ensemble forme un faisceau d'indices convergents en défaveur de la qualification contractuelle de la relation de soins. A terme, une rénovation du cadre juridique peut être proposée au profit d'un modèle institutionnel, dépassant le clivage traditionnel entre droit privé et droit public en ce domaine. La relation de soins devient réglementaire et statutaire : le modèle contractuel subsiste en secteur privé pour régir l'organisation matérielle de la relation, comprenant la visite du malade en temps et en heure ou le paiement des honoraires, tandis que l'ensemble des obligations ayant trait aux soins proprement dits répond à une qualification institutionnelle.

La neurophilosophie et la question de l'être**Les neurosciences et le déclin métaphysique de la pensée**

Christian Poirel

L'Harmattan, 33,50 €

Christian Poirel (Reims 1933-Montreal 2006) était docteur en médecine et docteur es Sciences. Chercheur au CNRS, directeur d'enseignement à la Faculté des Sciences et à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de Toulouse, il fut nommé professeur à l'Université du Québec et à Mc Gill University.

Situé à la croisée des sciences humaines et de la recherche neurobiologique, son essai tente de dépasser les clivages conceptuels. Plus précisément, il se situe dans une réflexion balisée par les problèmes psychophysiques et la question récurrente des relations du corps et de l'Esprit (le *Brain-Mind Problem*).

Pour ce chronobiologiste et psychiatre, la « *neurophilosophie* » ne saurait se réduire au principe de « *l'Homme neuronal* » et de ses *herméneutiques réductives*, ni aux *modélisations formelles*, issues d'une psychiatrie inspirée par l'*empirisme logique*... Il faut alors, en quel sens et dans quelles limites ?, se rallier à un nouveau « *dualisme* » ou à une forme de « *transcendance* » de l'Esprit sur la matérialité du cerveau.

relève de troubles psychiatriques et ... d'enfermement.

La rétention de sûreté dont il est question depuis quelques mois permettrait donc d'enfermer dans des hôpitaux des criminels ou délinquants jugés responsables de leurs actes et ayant purgé leur peine, c'est-à-dire des non-malades libérés mais potentiellement dangereux. Pour le débat de fond nous renvoyons à la presse spécialisée (14, 15), à la grande presse (16, 17) mais aussi au film de Thomas Lacoste diffusé sur internet « *Rétention de sûreté, une peine infinie* » (68 mn) sur www.lautrecompagne.org et/ou à la pétition www.contrelarettentiondesurete.fr. (18).

Nous allons donc limiter notre questionnement au point suivant : devons-nous penser qu'avec la notion de trouble de la personnalité il en va d'une catégorisation faible, d'un défaut de nosographie psychiatrique, d'une méconnaissance de maladies effectives destinées à être précisées tôt ou tard, pourquoi pas grâce aux progrès de l'imagerie ou de la génétique ?

Ce type de construction a déjà eu lieu au fil des époques et l'on a vu les catégories du pathologique apparaître ou disparaître en fonction des climats socio-politiques : la drapétomanie ou tendance irrépressible à s'enfuir décrite chez les esclaves noirs (19) a aujourd'hui disparu, l'homosexualité après trois ans de manifestations par les associations représentatives a été retirée en 1973 de la liste des pathologies des classifications internationales, les transsexuels tentent aujourd'hui d'obtenir le même résultat.

Faut-il valider, à côté de ces retraits dont nous ne discuterons pas le sens, le mouvement inverse actuel de médicalisation des troubles soutenus par les politiques, faut-il psychiatiser les anomalies comme le réclame la société, en poursuivant la construction extensive du pathologique ? Les classifications internationales qui répertorient les syndromes psychiatriques se présentent déjà comme le reflet de ce mouvement.

Le D.S.M., le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, référence mondiale qui liste les catégories du pathologique, croît à mesure de ses rééditions : le D.S.M. I paru en 1952 et le D.S.M. II en 1968 sont de petites brochures à l'impact limité mais qui voient la liste de 60 items passer à 140.

Rien en commun, toutefois, avec le destin planétaire du D.S.M. III qui

dépasse les 500 pages, vaut dix fois plus cher que le précédent et comporte 230 items. En 1987, paraît une version révisée du D.S.M. III qui comporte cent pages de plus puis en 1994 le D.S.M. IV approche les 1000 pages que dépassera sa version révisée parue en 2000, on compte alors 410 items (20). Or, l'extension ne garantit pas la validité, notamment sur la question des troubles de la personnalité. Oldham le montre en 1992 de la façon suivante : on fait passer une échelle d'évaluation DSM III-R pour les troubles de la personnalité à 100 patients : le matin et puis le soir. Le matin, on trouve 290 diagnostics de troubles de la personnalité différents, tandis que le soir, on n'en retrouve que 240, que s'est-il passé avec les 50 qui manquent ? (21)

La gestation actuelle de la cinquième édition révisée du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, annoncée pour 2011, a pour débat central, précisément, la place des troubles de la personnalité. L'approche s'annonce désormais comme dimensionnelle, et non plus catégorielle, et voudrait situer les troubles de la personnalité dans un continuum du normal au pathologique. Cependant, par rapprochements successifs et analogies dont je passe le détail, les troubles de la personnalité seraient destinés à être inclus dans les catégories syndromiques de l'axe I, description des signes pathologiques qui est et demeure catégorielle (21). Jusqu'où la psychiatrie internationale qui conçoit les classifications continuera-t-elle d'étendre les catégories du pathologique ? Jusqu'à absorber les différentes dimensions de la santé mentale ? En occultant de plus, pour bon nombre de sujets souffrant d'un trouble de la personnalité, le poids des contextes socio-environnementaux et, pour les délinquants, la portée éducative notamment du rappel de la loi (s'agissant des auteurs d'infraction sexuelle, on sait par exemple que 80% des inculpés ne récidivent pas après une première sanction (22)) un tel mouvement ne risque-t-il pas de désengager la société de ses responsabilités, de faire retour à l'hygiénisme social dénoncé par Foucault voici plus de quarante ans voire de s'éloigner des principes de la démocratie ?

Pour conclure ce point en subvertissant Tatossian, nous dirons que : si, comme c'est le cas actuellement, peu de déviants sont fous (en France chaque année seuls 5% des homicides

La Fondation Evelyne et Jean Kestemberg sous l'égide de la Fondation de France**Bourse Psychanalytique Appel à candidatures**

La Fondation Evelyne et Jean Kestemberg attribue chaque année une bourse, non renouvelable, destinée à aider un psychanalyste, non médecin, pour un travail de recherche dans le domaine de la psychanalyse. Il (ou elle) devra être en formation à la Société Psychanalytique de Paris, ou à l'Association Psychanalytique de France, ou dans tous pays admis à titre spécial par la commission de cursus de la Société Psychanalytique de Paris. Le montant de cette bourse sera déterminé lors de la réunion du comité en décembre 2008.

Les candidats devront faire parvenir au secrétariat de la Fondation Evelyne et Jean Kestemberg (Dr V. Souffir et Mme M.T. Téron, ASM 13, 76 avenue Edison -75013 Paris) avant le 10 novembre 2008 un dossier comprenant :

- une lettre de candidature faisant état des motivations du candidat et de sa situation personnelle et professionnelle détaillées ;
- deux lettres de parrainage, dont l'une au moins devra émaner d'un membre de la SPP ou de l'APF ;
- deux photos d'identité ;

Le tout dactylographié en quatre exemplaires

Le lauréat sera désigné en janvier 2009 par le jury de la Fondation E. et J. Kestemberg, composé de : Dr Jacques Angelergues - Mme Anne-Marie Baumgarten - Dr Josiane Chambrier - Dr Annette Frejaville - Dr Marianne Rabain Lebovici - Mr Jean-Claude Rolland - Mme Claire Rueff-Escoubes - Pr Michel Spiro - Dr Victor Souffir - Mme Geneviève Noël (représentant la Fondation de France).

sont commis par des sujets atteints d'une pathologie mentale (14), peu sont fous et les anomalies des autres (anomalie, étymologiquement, absence de loi) ne font pas pour autant de ceux-ci des malades.

Pour le dire autrement, l'éthique d'une société non totalitaire et, de là, son organisation politique, ne peut se contenter de reporter dans une troisième dimension extensive de la santé mentale (celle des troubles psychiatriques) ce qu'elle serait incapable de prendre en compte dans les deux premières dimensions.

Alors, comment aborder aujourd'hui la question des normes et de l'éthique en psychiatrie pour éviter que la médicalisation des troubles ne devienne ici une validation d'un statut social, là un instrument sécuritaire ?

Le mot de Tatossian : « *si tous les hommes étaient fous, ils seraient fous, et la folie n'en serait pas pour autant plus normale* » (1) rappelle magistralement que la phénoménologie psychiatrique situe le pathologique, à distance de la statistique, dans l'être au monde.

Plus précisément, pour Blankenburg, le pathologique commence là où cesse le « *pouvoir-se-comporter autrement* ». Si l'on adopte ce point de vue, ce n'est donc pas tant le contenu des actes ou des pensées qui signent le pathologique que l'absence de liberté du sujet à cet égard.

Or, comme le disait encore Tatossian, « *là où commence à se poser la question de la liberté cesse le pouvoir des critères opérationnels* ».

Pour illustrer cette analyse, rappelons que Tellenbach dit du Typus Melancholicus qui ne peut pas ne pas être « *bon mari, bon travailleur et bon citoyen* » qu'il figure la « *normalité pathologique* » (23). Et Tatossian de souligner à ce propos que « *le paradoxe de l'expression disparaît quand on prend conscience que le premier terme renvoie aux contenus et le second aux conditions de réalisation du comportement* » (1). Autant de nuances cliniques qui permettent de comprendre l'individu malade et que le psychiatre contemporain, soucieux de recentrer son action sur la clinique du sujet, ne peut cesser de cultiver.

Démographie médicale : la liberté d'installation des médecins est limitée dans plusieurs pays européens

Plusieurs pays européens ont choisi de restreindre la liberté d'installation des médecins conventionnés pour faire face aux problèmes de démographie médicale, comme le montre une étude de législation comparée publiée par le Sénat sur la démographie médicale qui analyse les dispositions en vigueur dans sept pays européens : l'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, les Pays-Bas et la Suisse, ainsi qu'au Québec*.

La liberté d'installation des médecins conventionnés est restreinte non seulement en Angleterre, où les intéressés sont liés par contrat au Service national de santé (NHS), mais aussi en Allemagne, en Autriche, en Suisse et au Québec. Dans les cinq cas, l'installation des médecins non conventionnés est libre, alors que celle des médecins conventionnés est subordonnée à l'obtention d'une autorisation.

En Allemagne par exemple, une commission paritaire rassemblant des représentants des médecins et des caisses de sécurité sociale délivre les autorisations d'installation, qui sont attribuées en fonction des directives d'une instance fédérale, paritaire elle aussi. Ces directives définissent des quotas de médecins pour 400 territoires et pour une quinzaine de spécialités médicales soumises à restriction. Dans un territoire donné, l'installation n'est possible que si le nombre de médecins de la spécialité considérée ne dépasse pas 110% du quota. Actuellement, dans la plupart des territoires, aucune installation de spécialiste n'est possible.

En Autriche, les caisses d'assurance maladie et les

ordres régionaux de médecins concluent des contrats fixant le nombre et la répartition des médecins conventionnés nécessaires pour assurer la couverture sanitaire.

Au Québec, les installations de médecins conventionnés sont subordonnées à l'obtention d'un avis de conformité au plan de l'agence régionale de la santé et les généralistes qui exercent sans avis de conformité voient leur rémunération réduite.

En Angleterre, la plupart des généralistes concluent un contrat avec le Service national de santé (NHS), la signature d'un tel contrat étant notamment subordonnée à l'évaluation de l'offre locale de soins, à l'estimation des besoins futurs, à l'évolution démographique et à la taille des listes de patients par médecin par rapport à la moyenne nationale.

En Suisse, une ordonnance de juillet 2002 a gelé le nombre de professionnels de santé conventionnés, et donc en particulier le nombre de médecins généralistes et spécialistes. Cette ordonnance détermine, pour chaque canton et chaque spécialité, le nombre maximal de prestataires.

Un numéro clausus dans tous les pays

Cette étude met en évidence que dans tous les pays étudiés, un *numerus clausus* limite l'accès aux études de médecine, mais il n'est pas nécessairement déterminé en fonction des besoins futurs. En Allemagne, le nombre des étudiants en médecine n'est pas établi au niveau fédéral, mais est fixé par les Länder, qui sont responsables de l'enseignement. Il

dépend donc des places offertes dans les universités et non d'une estimation des besoins futurs.

La situation est comparable en Autriche, en Belgique, en Espagne et en Suisse, où le nombre des étudiants en médecine est davantage déterminé par la capacité d'accueil des universités et par les moyens alloués que par l'évaluation de l'offre de soins nécessaire.

En revanche, en Angleterre, le nombre d'étudiants en première année de faculté de médecine est déterminé chaque année par le ministre chargé de la santé, qui s'appuie notamment sur les recommandations à long terme faites par un comité d'experts. Aux Pays-Bas, le ministre de l'éducation établit le nombre d'étudiants en première année de médecine après avoir consulté les professionnels concernés. Au Québec, le gouvernement fixe chaque année par décret le nombre d'étudiants en première année de médecine ainsi que leur répartition dans les diverses facultés de médecine sur la base d'un plan triennal.

En France, s'agissant de la répartition géographique des médecins sur le territoire français, le principe de la liberté d'installation a été jusqu'à ce jour préservé et l'accès au conventionnement est libre. Seules, des mesures incitatives ont été mises en place récemment pour favoriser l'installation ou le maintien des médecins dans les zones où l'offre de soins médicaux est insuffisante, ces zones étant identifiées notamment par les missions régionales de santé. ■

S.G.

*Législation comparée sur la démographie médicale, www.senat.fr/lc/lc185/lc185.html

Le plaisir les mères Féminité et maternité

Danielle Bastien
Imago, 20 €

Danielle Bastien, après avoir été sage-femme, est psychanalyste, responsable à l'Unité clinique du couple dans un service de santé mentale en Belgique. Elle a publié, aux Éditions Imago, *Le Couple ou le Dialogue inconscient* (2005). S'appuyant sur son expérience, elle a recueilli les propos de jeunes mères sur leur vie amoureuse et sexuelle, puis a confronté son enquête au discours analytique sur la féminité. Elle décrit ainsi l'effritement, la disparation, ou la délicate renaissance du désir et aborde la sexualité dans la maternité.

Bébés-ados : crises et chuchotements

Sous la direction de Alain Bracconnier, Bernard Golse
Erès, 15 €

Du cri du bébé à la crise de l'adolescence, du chuchotement de l'amour aux chuchotements autour du berceau, la place du corps, du langage et du récit se trouve sollicitée. Ces deux âges de la vie expriment leurs enjeux, leurs turbulences et les échos qu'ils suscitent autour d'eux. Différents thèmes sont développés (la destructivité, les divages, l'esthétique de la cruauté, la narrativité du traumatisme...), avec le souci de faire dialoguer spécialistes des bébés et spécialistes des adolescents ou des jeunes adultes.

D'extension en extension

Est-il possible d'envisager aujourd'hui qu'à l'extension de ses missions suggérées ou induites en santé mentale, la psychiatrie réponde par une extension des catégories du pathologique comme la pression socio-politique semble l'y inviter ? Cela aurait pour effet délégitimer la validation médicale du déplacement de la norme de la santé mentale vers la régulation de la productivité et/ou le disciplinaire... double validation également dénoncée par Foucault ! Tout en comprenant la clinique anténosographique du pathologique comme perte de pouvoir-être et, notamment, de perte de pouvoir-être autrement, la phénoménologie psychiatrique met en place un examen des conditions de possibilité du discours et du savoir psychiatriques seul garant d'un travail critique sur la délimitation du champ de compétence des praticiens de la discipline. Une telle attitude critique, également constitutive de la phénoménologie psychiatrique, a permis de poser, voici plusieurs décennies, essentiellement par le travail de Georges Lanteri-Laura⁽²⁴⁾, en partie inspiré de Bourdieu⁽²⁵⁾, les bases d'une réflexion sur la théorie de la pratique. La théorie de la pratique sous-tend cet espace entre théorie et pratique, entre savoir et faire, l'espace du savoir-faire qui orchestre la relation thérapeutique. Le savoir-faire renvoie à une théorie qui ne s'enseigne pas plus qu'elle ne se démontre, celle que le praticien a de sa pratique. Cette théorie de la pratique n'est pas le produit de la ou des théories auxquelles il réfère son savoir, même si elle ne lui est pas totalement étrangère, mais elle se nourrit, à la fois, de l'expérience et d'une éthique qui est (bien évidemment) autre chose que la déontologie.

Il nous semble que seule la poursuite de la mise au jour de ce sous-basement du savoir-faire, la théorie de la pratique comme échange entre épistémologie régionale psychiatrique et éthique de la santé mentale, pourra permettre que soit toujours question-

née la délimitation du champ de légitimité de la médecine psychiatrique non seulement vis-à-vis des soins mais face aux différentes dimensions de la santé mentale. En œuvrant à la mise en place de ce que nous voudrions nommer, en paraphrasant, cette fois-ci, à la fois Kant et Tatossian, « critique de la raison théorico-pratique psychiatrique »⁽²⁶⁾, la psychiatrie phénoménologique assume l'hétérogénéité des objets de la psychiatrie⁽²⁷⁾, ceci sans opposer objectivité et subjectivité. Elle promeut, ce faisant, en médecine l'indispensable relation de continuité des sciences naturelles aux sciences humaines⁽²⁸⁾. ■

Armelle Grenouilloux

Centre Hospitalier, Psychiatrie Secteur VIII, rue Marengo, 49325 Cholet. Communication au Congrès des Sciences Humaines et Sociales des Facultés de Médecine, Angers 24-25 avril 2008

Bibliographie

- (1) TATOSSIAN A., *Classification psychiatrique et phénoménologie*, Revue Internationale de Psychopathologie, 1990, 2, 271-291.
- (2) TATOSSIAN A., *Qu'est ce que la clinique ?*, Confrontations psychiatriques 1989, 30, 55-61.
- (3) Plan santé mentale 2005-2008 sur www.sante.gouv.fr
- (4) VACHER F., *La santé mentale va-t-elle tuer la psychiatrie ?*, Soins Psychiatrie 2007, 7.
- (5) Colloque du 13/03/08 à Lyon, *Le Maire et le Psychiatre : ensemble pour la santé mentale*, sur <http://www.ospere.fr/Publications>
- (6) BENKIMOUN P., MAMOU Y., *Une étude remet en question l'efficacité des antidépresseurs*, Le Monde, 28 février 2008, p.8.
- (7) BADER J.M., PETITNICOLAS C., *L'efficacité du Prozac sérieusement contestée*, Le Figaro, 27 février 2008, p.12.
- (8) MADIONI F., *Contribution à l'étude clinique et psychopathologique du syndrome de fatigue chronique*, Annales Médico-Psychologiques 2001, 159, 431-6.
- (9) GRENOUILLOUX A., *A propos des fatigués chroniques : de l'intérêt d'une typologie phénoménologique*, Communication au 105ème C.P.N.L.F. Perpignan Juin 07, à publier.

Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées

La Haute Autorité de Santé publie des recommandations professionnelles portant sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées les plus fréquentes. Ces recommandations ont été rédigées à la demande de la Société française de neurologie. Elles s'inscrivent dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012 et seront complétées par d'autres recommandations et actions de la HAS.

Ces recommandations professionnelles portent sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et la question de la prise en charge en fin de vie n'est pas abordée.

Les différents thèmes de ces recommandations sont :

- le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées les plus fréquentes (démence vasculaire, démence à corps de Lewy, démence associée à la maladie de Parkinson, dégénérescences lobaires et fronto-temporales, maladie de Creutzfeldt-Jakob) ;
- le diagnostic précoce et l'annonce du diagnostic ;
- les traitements médicamenteux spécifiques ;
- les traitements des symptômes comportementaux et psychologiques des démences ;
- les interventions non médicamenteuses (interventions portant sur la qualité de vie, prise en charge orthophonique, interventions portant sur la cognition, interventions portant sur l'activité motrice, interventions portant sur le comportement) ;
- les interventions portant sur le fardeau de vie et le programme d'éducation et de soutien des aidants, familiaux et professionnels ;
- le suivi, et notamment les indications des hospitalisations et la préparation à l'entrée en institution.

Le diagnostic et la prise en charge de ces maladies nécessitent des compétences professionnelles pluridisciplinaires coordonnées.

Ces recommandations sont destinées aux nombreux acteurs médicaux mais aussi non médicaux qui interviennent auprès des patients.

Elles seront complétées et actualisées dans l'avenir par d'autres recommandations et actions de la HAS, notamment dans le cadre des travaux prévus par le Plan Alzheimer 2008-2012. ■

B.L.

Fiche de synthèse, recommandations et argumentaire scientifique téléchargeables sur www.has-sante.fr, rubrique Publications.

(10) PICHOT P., *La neurasthénie, hier et aujourd'hui*, L'Encéphale 1994, XX, 545-9.

(11) *Diagnostic and Statistical Manual (IV)*, Washington DC, APA, 1994.

(12) *Classification Internationale des Maladies Xème édition ; Classification des troubles mentaux et des troubles du comportement, Critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Masson 1994.

(13) EHRENBURG A., *La fatigue d'être soi ; dépression et société*, Paris, Odile Jacob Poche, 2000.

(14) *Dossier : la psychiatrie au prix du risque*, Supplément à Nervure Journal de Psychiatrie, XX, Déc. 07-Janv. 08.

(15) GRENOUILLOUX A., *Quelques apports de la phénoménologie à la clinique de la personnalité*, L'Information Psychiatrique, 2008, 84, 221-223.

(16) FAUCHON P., *Rétention de sureté : la décision « subtile » du Conseil constitutionnel*, Le Figaro, 27 février 2008, p.19.

(17) LE BORGNE J.Y., *Faut-il désespérer des principes ?*, Le Figaro 27 février 2008, p.19.

(18) DELAHAYE M., *Un film pour alerter sur les dangers de la loi sur la rétention de sureté*, Le Monde, 20-21 avril 2008, 23.

(19) SCRABANEK P., Mc CORMICK J., *Idées folles, idées fausses en médecine*, Paris, Odile Jacob-Médecine 1992.

(20) MALEVAL J.-Cl., *Limites et dangers des D.S.M.*, L'Évolution Psychiatrique 2003, 68, 39-61.

(21) LUCHELLI J.P., *Le D.S.M. et les troubles de la personnalité*, 08.12.06, Société pour l'Action et la Recherche en Psychiatrie, <http://www.forumdespsychiatres.org>

(22) VACHER F., *Pédophilie, prison et psychiatrie*, Soins Psychiatrie 2007, 252, 5-6.

(23) TELLENBACH H., *Mélancolie*, Paris, PUF, 1979 (1961).

(24) LANTERI-LAURA G., *Introduction critique à une théorie des pratiques en psychiatrie*, Actualités Psychiatriques 1980, 8, 15-27.

(25) BOURDIEU P., *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Paris, Point essais 2000.

(26) GRENOUILLOUX A., *Une théorie de la pratique : épistémologie ou éthique ?* Communication au 104ème C.P.N.L.F. Brest juin 2006.

(27) LANTERI-LAURA G., *Psychiatrie et connaissance*, Paris : Sciences en situation 1991.

(28) GRENOUILLOUX A., *Attitude phénoménologique*, Le Cercle Herméneutique 2006, 7, 11-17.

LIVRES

La plume et le scalpel La médecine au prisme de la littérature

Jean-Paul Thomas
Presses Universitaires de France,
24 €

Le parcours proposé dans ce livre ne prétend pas présenter les grandes figures d'un genre, le roman médical, dont l'identité est peu et mal affirmée, ni réduire à ce statut des œuvres qui, pour mettre en scène des médecins, sont irréductibles à d'aimables peintures des hommes de l'art. Le fait qu'une œuvre, même médiocre, vaille à titre de témoignage sur la manière dont des hommes ont vécu, senti, admiré ou rejeté la médecine et les médecins en dit long sur la portée d'un recours pleinement assumé à cette subjectivité que les sciences humaines n'abordent pas.

L'histoire de la médecine serait d'autant plus scientifique qu'elle rejeterait la question de la place et du sens que la médecine occupe dans l'esprit des hommes. A l'égard de cette dérive objectivante, la littérature restaure les droits de la subjectivité. Triomphante et régulièrement mise en accusation, partagée entre les prouesses techniques d'une médecine hospitalière réputée insensible à l'humanité douloureuse des patients et les limites de l'écoute bienveillante de ceux-ci par leurs généralistes, la médecine donne l'image troublée d'un art affecté par les progrès rapides et imprévisibles des savoirs qui justifient ses pouvoirs. De ce trouble, la littérature se fait l'écho. Elle invite à en prendre la mesure en inscrivant les débats contemporains dans leur contexte d'émergence, à relier les questions contemporaines aux tensions souterraines qui président aux relations à la médecine et aux médecins.

Les relations entre médecine et littérature sont donc abordées sous un angle particulier dans ce livre. La médecine et les médecins y sont envisagés à titre de thème littéraire.

La pédophilie Comprendre pour réagir

Francis Ancibure
Marivi Galan-Ancibure
Dunod

On entend parler de pédophilie quand il s'agit d'inceste, tandis que le crime sexuel est confondu avec l'intention pédophile. Or, si l'acte pédophile est un abus sexuel, l'agression sexuelle d'un enfant ne relève pas toujours de la perversion pédophile, qui est définie par des variables spécifiques. Quant à la petite victime, l'angoisse de l'entourage risque de conduire à ignorer les exactions subies ou, au contraire, à les imaginer en dépit du bon sens. Enfin, il n'est pas rare que l'enfant ne veuille rien savoir des solutions thérapeutiques qui lui sont proposées.

Il semble que ces réactions et la tension qui traverse le débat sur la pédophilie répondent au rejet de la subjectivité et de l'inconscient dans notre société. Il n'y est plus question de parole, mais de communication, et la sexualité y est réduite à la biologie. La problématique de la pédophilie peut être approchée à la condition de prendre en compte trois registres : historique, clinique et légal. « Comprendre » n'implique ni d'excuser, ni d'accuser, mais plutôt de se situer dans un travail de compréhension dont les conclusions pratiques relèvent de la division de ces registres.

Le corps du désir Psychanalyse de la grossesse

Jean-Marie Delassus
Dunod, 29 €

Ce livre, après avoir proposé un tableau de la grossesse sous l'angle médical, psychologique et social, analyse le désir d'enfant. Intégrant l'apport des neurosciences et caractérisant la structure existentielle du « sein », il propose finalement une théorie du corps global, capable de rendre compte de la genèse spécifique de la grossesse chez l'être humain.

Le quotidien de la psychiatrie Sociologie de la maladie mentale

Livia Velpry
Préface par Alain Ehrenberg
Armand Colin, 25 €

Ce livre est la suite d'un travail d'observation des patients et professionnels dans un centre médico-psychologique d'un secteur psychiatrique parisien.

L. Velpry commence par dépasser les obstacles que les spécificités de la psychiatrie et de la maladie mentale soulèvent pour le sociologue. La maladie mentale ne saurait être pour elle seulement une construction sociale : « Si le tropisme du sociologue l'amène à préférer se pencher sur le rôle de l'institution, c'est au sein d'un ensemble qu'il faut l'intégrer. Cet ensemble constitue l'entité évolutive appelée maladie mentale, et ce processus produira, dans une dynamique, l'expérience sociale de la maladie mentale ».

Les pratiques de la psychiatrie et les rapports qui lient patients et professionnels sont décrits sans avoir besoin de recourir au moindre concept psychopathologique.

L. Velpry reformule sociologiquement les catégories employées par les professionnels tout en les respectant et en évitant de prendre position. Un secteur psychiatrique est ainsi décrit par des méthodes quantitatives et qualitatives.

Livia Velpry propose l'hypothèse que le modèle du secteur est la reformulation de l'héritage asilaire dans le modèle de la maladie chronique et d'un nouveau contexte ouvert. Une sociologie des professions et de l'organisation du travail (travail en équipe, références thérapeutiques, etc.) montre que le CMP traite deux populations, ceux qui ont un parcours en psychiatrie et ceux qui consultent pour des troubles « psychologiques ». Il est donc en même temps un lieu de prise en charge psychiatrique et un cabinet de groupe. Une observation systématique des réunions d'admissions, une analyse quantitative du contexte d'arrivée et la caractérisation des cas par « filtres successifs » montrent comment les soignants diagnostiquent, orientent et construisent un cadre thérapeutique.

La deuxième partie du livre est consacrée au CMP comme lieu de prise en charge psychiatrique par une équipe, en passant du modèle thérapeutique aux pratiques.

La troisième partie étudie des parcours de vie des patients, dont leurs rapports à la psychiatrie, et non des parcours de vie en psychiatrie. Les patients participent à leurs soins selon deux modalités : la coopération distanciée et la coopération intégrée. On perçoit que l'analyse sociologique consiste à décrire des relations interdépendantes et asymétriques dont patients et professionnels constituent les deux pôles, elle aborde la diversité des situations possibles tout en proposant une perspective d'ensemble.

LIVRES

Dessine-moi un bonhomme
*Dessins d'enfants et développement cognitif*2^e édition actualisée
René Baldy
Editions In Press, 23 €

Le « bonhomme » constitue le thème de dessin préféré de l'enfant : 75% des dessins d'enfants sont des personnages. Du premier bonhomme « rond » ou « en pièces détachées » au bonhomme dynamique dessiné de profil en passant par le « bonhomme têtard », une large fresque de l'évolution du dessin de l'enfant est proposée. La carte d'identité, les signes particuliers et les mensurations du bonhomme sont présentés et discutés. Par exemple, on apprend comment se précise la catégorie sexuelle du bonhomme, comment d'abord souvent manchot, il devient gaucher, comment s'ajustent ses proportions... Ce livre, largement illustré, prend pour point de départ le dessin de l'enfant. Mais dessiner est une activité qui sollicite de nombreuses capacités. L'enfant qui dessine, perçoit et se représente l'espace, mémorise des modèles, construit des procédures, applique des conventions, contrôle ses tracés... A partir du dessin, la question du développement global de l'enfant est posée. L'évolution du dessin est mise en relation avec la cognition et la mémoire, l'habileté manuelle, la latéralité, le schéma corporel, l'apprentissage de l'écriture, la créativité. Sur chaque aspect, l'auteur associe la description des performances, les interprétations psychologiques et des réflexions théoriques plus générales.

Un panorama de la socio-économie françaiseRevue Française de Socio-économie 2008 n°1
La Découverte, 24 €

A travers ce premier numéro, la *Revue française de socio-économie* donne l'orientation générale de sa politique éditoriale : développer une connaissance économique qui, sans perdre en rigueur scientifique, se nourrit de la collaboration disciplinaire et qui, sans réductionnisme, vise à la compréhension des économies modernes dans leurs dimensions sociales. Ce premier numéro mobilise une grande variété de thèmes : *Quelques convergences remarquables entre l'économie des conventions et la théorie de la régulation* (F. Bessis) ; *Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française* (Ph. Batifoulier, J.-P. Domin, M. Gadreau) *Les mondes de la gratuité à l'ère du numérique : une convergence problématique sur les logiciels libres* (D. Demazière, F. Horn, M. Zune) ; *L'entreprise est-elle une institution ? Le cas du familistère de Guise* (M. Lallement) ; *Approches institutionnalistes de l'Etat social* (F. Eymard-Duvernay) ; *Faut-il abandonner la politique au marché ? Réflexions autour de la consommation engagée* (F. Cochoy) ; *L'esprit d'ingénieur : pensée calculatoire et éthique économique* (F. Vatin) ; *Institution et justification. De la nécessité de distinguer deux conceptions de la justice* (B. Billaudot) ; *Les agriculteurs africains entre vulnérabilité et résilience. Pour une approche par les capacités de la gestion des risques* (B. Lallau) ; *Irréversibilité du temps, réversibilité des choix ? Les fondements des « marchés transitionnels » en termes de trajectoires de vie* (D. Anxo, Ch. Erhel).

L'imaginaire religieux et le fonctionnement cérébral
*Place et signification des mythes religieux*François Le Boiteux
L'Harmattan, 28 €

Cet ouvrage, après une étude des théogonies et des positions matérialistes, en se reportant à la neurobiologie, tente d'apporter une amorce de réponse aux éternelles questions de la foi et de l'athéisme, espérant ainsi offrir un début d'accord. Dans le déisme comme dans le matérialisme, la part d'imaginaire est importante. Le déisme fait appel à un développement rationnel à partir d'une assertion imaginaire, alors que le matérialisme fait appel à l'imaginaire pour représenter une hypothèse simplement envisagée. Il existe donc de nombreuses équivalences entre ces deux positions métaphysiques.

Petit guide du jeune psySusann Heenen-Wolff et Isabelle Lafarge
Editions In Press, 14 €

Cet ouvrage propose un cheminement au cœur des préoccupations quotidiennes de l'étudiant ou du jeune psychologue : les débouchés professionnels, mais aussi le premier contact avec le patient, l'écoute, l'établissement du cadre de travail, la relation au patient, le travail en équipe ou encore les erreurs typiques du clinicien débutant à éviter... Conçu par des professionnels, ce livre présente de nombreux témoignages de « jeunes psy » qui partagent leur expérience. Cet ouvrage dresse un panorama de situations cliniques, d'une série d'imprévus qui jalonnent ce parcours et des nombreuses interrogations du futur ou jeune psychologue.

Les carnets de santé des enfantsCatherine Rollet
Collection Corps Santé Société
La Dispute, 24 €

Objet de médiation par excellence, à l'interface des relations entre médecins et familles, entre sphère privée et sphère publique, le carnet de santé est l'objet d'enjeux de ses origines, en 1869, à nos jours, et rejoint le thème des libertés individuelles : qui peut et qui doit écrire dans le carnet de santé ?

Son histoire, a d'abord été conçue comme une quête de l'objet lui-même : rechercher tout ce qui ressemble et a ressemblé, de près ou de loin, au carnet de santé actuel, ce qui a permis de réunir trois corpus de carnets très différents, l'un permettant de retracer assez finement l'histoire du carnet de santé en France depuis un siècle, le deuxième ouvrant la voie à la compréhension de la façon dont les familles ont reçu cette sollicitation médicale, le troisième, contemporain, permettant de saisir pour l'époque récente la situation des différents pays du monde à l'égard du carnet de santé. Ce livre peut se lire comme un essai pour mieux comprendre pourquoi et comment un outil, qui fut jadis un simple instrument privé, pour parfaire la pratique médicale, est passé par une phase d'investissement considérable de la part de la sphère publique, le maximum étant probablement atteint dans les années 1970-1980. L'auteur montre pourquoi on assiste, aujourd'hui, à une réappropriation du carnet de santé par les familles, sous l'effet de l'affirmation des droits des usagers et des possibilités offertes par l'informatique.

Actualités dans les troubles bipolaires

L'aripiprazole (Abilify®) bénéficie d'une extension d'AMM dans le traitement des épisodes maniaques modérés à sévères des troubles bipolaires de type I et dans la prévention de récurrences d'épisodes maniaques chez des patients ayant présenté des épisodes à prédominance maniaque et pour qui les épisodes maniaques ont répondu à un traitement par aripiprazole. Bristol-Myers Squibb et Otsuka Pharmaceutical ont organisé, à cette occasion, un colloque consacré aux données les plus récentes en matière de trouble bipolaire (Toulouse 15 et 16 mai 2008).

Comme le rappelle Frédéric Rouillon, nous sommes face à une pathologie fréquente et grave. Fréquente car elle touche 1,5% de la population générale et malheureusement grave car 10% des patients qui en souffrent vont se suicider. On estime, en effet, qu'une autolyse sur cinq en France lui est directement imputable (soit 2000 morts/an). D'autres indicateurs épidémiologiques témoignent du retentissement délétaire de la maladie : seul un tiers des bipolaires parvient à une insertion socio-professionnelle acceptable et le risque de divorce est multiplié par trois.

Les données concernant les comorbidités somatiques présentées par Emmanuelle Coruble ne sont guère plus rassurantes : les patients bipolaires sont victimes d'une surmortalité précoce deux fois supérieure à la population générale (femmes OR=2,1-hommes OR=1,9). Les pathologies cardio-vasculaires et métaboliques, bien avant les affections respiratoires ou infectieuses, réduisent considérablement l'espérance de vie de nos patients. Aucune explication satisfaisante n'est pour l'instant possible mais divers mécanismes sont à envisager : anomalie de la coagulation ou de la fibrinolyse, altération de l'activité plaquettaire, augmentation du tonus sympathique apparaissent comme autant de pistes potentielles. L'incidence de l'hypertension artérielle a été évaluée dans une vaste enquête auprès des registres médicaux de 25 339 patients danois. Le risque de survenue d'une HTA est augmenté chez les bipolaires (RR=1,27) sans qu'il ne soit par contre majoré chez les schizophrènes. Au sujet du poids, Mac Intyre et al. (2006) ont pu mesurer auprès de 36 984 canadiens une prévalence de l'obésité de 15% dans la population générale et de 19% chez les bipolaires. La revue de Wildes et al. (2006) considère 50% des patients bipolaires en surpoids ou obèses. Ici encore, plusieurs causes sont évoquées mais un large consensus apparaît pour incriminer les antipsychotiques. Les facteurs de risque de prise de poids sous traitement médicamenteux semblent bien identifiés : le sexe féminin, un BMI faible avant les soins, une prise de poids au cours des trois premières semaines de traitement, des antécédents personnels ou familiaux d'obésité, une fluctuation marquée du poids au cours de la vie, des caractéristiques cliniques psychotiques ou un début précoce des symptômes psychiatriques. Par ailleurs, pour de nombreux auteurs, l'obésité peut constituer un facteur pronostique péjoratif du TB : accroissement du risque de rechute maniaque ou dépressif, échec scolaire et professionnel, traitement aigu plus prolongé, suicidalité plus marquée...

Philippe Fossati souligne l'importance de la recherche en imagerie médicale dans le domaine des maladies mentales qui ne doit plus se confiner à l'élimination de diagnostics différentiels mais peut contribuer, dorénavant, à mieux appréhender la physiopathologie des affections ou, en tout cas,

permettre d'opérer un lien entre la symptomatologie clinique et des dysfonctionnements spécifiques du cerveau. En effet, plusieurs zones cérébrales se distinguent par la présence d'anomalies structurales ou fonctionnelles. Par exemple, les hypersignaux de la substance blanche (IRM T2) apparaissent plus fréquemment chez les bipolaires (22-46%) que chez les sujets contrôles (0-22%). Un élargissement des volumes ventriculaires, des volumes cérébelleux réduits, une modification du cortex cingulaire antérieur dorsal, du striatum ou du thalamus sont autant d'anomalies structurales retrouvées chez les bipolaires.

Une étude particulièrement pertinente publiée dans *Nature* démontre une différence de volume du cortex subgénéral gauche entre les contrôles et les bipolaires mais aussi au sein même de la cohorte des patients en fonction de la présence ou non d'un traitement de fond par thymorégulateur.

Ces constatations fondamentales posent la question d'un effet trophique des médicaments sur certaines structures cérébrales. De telles observations ont pu être faites au niveau de l'hippocampe dont le volume était diminué chez des patients déprimés mais préservé chez des bipolaires et ceci peut-être sous l'influence des traitements. A l'inverse, l'amygdale augmente de taille avec l'âge chez les bipolaires : une répétition des épisodes, un stress chronique sont autant de pistes explicatives à explorer. Autre résultat remarquable : la découverte récente (*Science*, 2007) de la persistance d'une neurogenèse cérébrale et ceci plus spécifiquement dans l'hippocampe. Une équipe est parvenue à mesurer un marqueur de cellules pré-génétiques permettant une évaluation de la réserve neuronale. Même si la signification fonctionnelle de ces cellules reste inconnue, c'est un nouveau pas dans la compréhension du cerveau sain et peut-être une voie d'avenir dans le soin du cerveau malade.

Les recommandations actuelles en matière de thérapeutique médicamenteuse du trouble bipolaire et plus particulièrement de l'accès maniaque, ont été présentées par Frank Bellivier. Six molécules bénéficiant de l'AMM dans la manie : le lithium, le divalproate, la carbamazépine, l'olanzapine, la rispéridone et l'aripiprazole. Les antipsychotiques de seconde génération occupent, dorénavant, une place prépondérante dans les guidelines internationales du fait de leur efficacité documentée couplée à une relative bonne tolérance. Selon l'APA 2002, le lithium, le divalproate ou un antipsychotique atypique sont recommandés en première ligne lors d'un accès franc. Dans les cas d'épisodes sévères avec agitation ou insomnie, on proposera lithium ou divalproate + antipsychotique atypique ± benzodiazépine.

En cas de réponse thérapeutique insatisfaisante, plusieurs associations sont pertinentes et les combinaisons sont nombreuses, notamment avec la carbamazépine. Une réponse partielle au traitement peut justifier, par ailleurs, une augmentation des doses du thymorégulateur. En cas de manie mixte, seuls deux choix sont possibles, à savoir le divalproate ou les antipsychotiques avec une contre-indication stricte des antidépresseurs. Est-il utile de prescrire un neuroleptique conventionnel en première intention dans la manie ? Il n'y a pas d'indication officielle, à l'exception de la loxapine ou du zuclopentixol, alors qu'ils restent très largement prescrits (84% des patients). Leur utilité est certaine dans les états d'agi-

tation psychomotrice aigus car ils agissent plus rapidement et plus efficacement que le lithium sur le dyscontrôle comportemental. Ils demeurent, par contre, moins efficaces que les thymorégulateurs sur le noyau de la manie et les inconvénients sont multiples : induction de virages dépressifs, accélération des cycles, mauvaise tolérance extrapyramidale et induction d'une hyperprolactinémie.

Frank Bellivier soulève un problème important, celui du retard diagnostique. Quatre cliniciens en moyenne sont consultés avant le diagnostic et 3,5 diagnostics sont posés avant celui de la bipolarité. Huit années séparent les premiers symptômes de la mise en place d'une thérapeutique correcte. Ainsi, 69% des bipolaires sont mal diagnostiqués. Ce retard expose les patients à la prise de traitements dangereux (antidépresseurs et neuroleptiques conventionnels) et génère une accélération de la cyclicité, un développement des comorbidités, un risque accru de suicide et un retentissement social, professionnel et affectif non négligeable.

Jean-Yves Loze détaille l'apport des agonistes partiels dans le traitement de l'accès maniaque à travers plusieurs études issues du dossier d'AMM de l'aripiprazole dans les troubles bipolaires. Dans une première étude, l'effet de l'aripiprazole (15-30 mg/j) a été mesuré versus placebo ou Lithium (900-1500 mg/j) au cours d'un accès maniaque caractérisé. Dans ce protocole en double aveugle, randomisé et multicentrique, la variation du score total YMRS (Young Mania Rating Scale) avec Abilify® est comparable à celle du lithium et significativement plus importante versus placebo. Les résultats sont comparables dans une étude versus halopéridol (5-15 mg/j) avec une cinétique et une rapidité d'action comparable des deux molécules. Dans une étude à court terme sur six semaines, les investigateurs constatent que chez les sujets partiellement non répondeurs à un thymorégulateur (lithium ou valproate), associer Abilify® augmente l'efficacité : le taux de patients en rémission est significativement supérieur et l'on déplore moins de virages dépressifs qu'en cas de monothérapie. La dose moyenne d'aripiprazole est ici de 22,5mg/j.

Au sujet de l'efficacité à long terme dans la prévention des rechutes, une étude en monothérapie aripiprazole (15-30mg/j) versus placebo confirme une efficacité dans la prévention d'un nouvel épisode maniaque chez les répondeurs à Abilify® lors d'épisodes maniaques antérieurs. Il n'y a pas, dans cette étude, de supériorité dans la prévention des récurrences des épisodes dépressifs sur le placebo. Le profil de tolérance est identique à celui constaté dans la schizophrénie avec une très faible incidence sur la prise de poids, sur le métabolisme des glucides et des lipides, sur la prolactinémie. L'incidence des effets indésirables extrapyramidaux concernait essentiellement l'akathisie (8%), les tremblements (9%) et l'hypertonie (4%). En pratique, pour le traitement d'un épisode maniaque, la dose initiale recommandée est de 15mg/j sachant que certains patients peuvent justifier d'une posologie plus élevée sans dépasser la dose quotidienne maximale de 30 mg/j. Lors d'un changement de traitement pour Abilify® il est préconisé de suivre les mêmes modalités de relais de traitement que dans la schizophrénie avec un arrêt progressif de l'antipsychotique précédent. ■

Eric HENSGEN

Psychiatre, Centre Hospitalier Rouffach.

ANNONCES EN BREF

11 et 12 septembre 2008. Lausanne. 2^e Congrès International Francophone sur le thème : *Psychiatrie et violence : quel est le risque acceptable ?* Vous trouverez toutes les infos concernant le congrès (programme préliminaire, conférenciers invités, formulaire de proposition de communication, frais d'inscription, etc.) sur les sites Internet suivants : www.pinel.qc.ca et www.psychiatrie-violence.ca/lausanne2008

15 et 16 septembre 2008. Paris. Colloque international dans le cadre du « Dialogue interculture : la rencontre des folies » sur le thème : *Culture psychiatrique et culture judiciaire : relire Michel Foucault*. Renseignements et inscriptions : Service de Publics et de la Médiation, Etablissement Public du Parc de la Grande Halle de la Villette, 211 avenue Jean Jaurès, 75935 Paris Cédex 19. Tél. : 01 40 03 75 97. E-mail : c.winckler@villette.com

17 au 19 septembre 2008. Toulouse. 3^{èmes} Rencontres Convergences Santé Hôpital sur les thèmes : *Le procès de l'organisation hospitalière. Le vieillissement : l'enjeu de l'hôpital de demain. L'hôpital et l'argent*. Inscriptions : CSH-SNPHPU, CH Montperrin, Service Pharmacie, 109 avenue du Petit Barthélémy, 13617 Aix-en-Provence Cédex 1. www.snphpu.org

20 septembre 2008. Paris. XXXV^e Journée Scientifique M. Soulé, B. Golse, S. Missonnier, M. Rufo sur le thème : *Après la Classe, il y a une autre vie*. Inscriptions : Tél. 01 53 68 93 43. E-mail : jscientifique@wanadoo.fr

20 septembre 2008. Bordeaux. Journée en hommage à Claudine Geissmann par la FFPEA (Fédération Française de psychothérapie Psychanalytique de l'Enfant et de l'Adolescent) et le GAPP (Groupe Aquitain de Psychothérapie Psychanalytique de l'Enfant et de l'Adolescent). Renseignements auprès du secrétariat : Claude Dugrava, Résidence Le Gallilée, appt. 83, 2 avenue de la Gare, 33700 Mérignac. Tél. : 05 56 97 47 63. E-mail : dugravac@wanadoo.fr

24 au 27 septembre 2008. Lille. 27^{èmes} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique sur le thème : *Le corps retrouvé*. Renseignements et inscriptions : Dr Michel Potencier, APSM Val-de-Lys Artois, BP30, 62350 Saint-Venant. Tél. : 03 21 63 66 39. Fax : 03 21 63 76 68. E-mail : michel.potencier@wanadoo.fr

29 septembre au 1er octobre 2008. Marseille. 57^{èmes} Journées nationales de formation continue de la Fédération d'aide à la santé mentale (FASM Croix-Marine) sur le thème : *Santé mentale et psychiatrie : le défi de la liberté, regard sur des logiques contradictoires*. Rensei-

gnements : FASM Croix-Marine, 31 rue d'Amsterdam, 75008 Paris. Tél. : 01 45 96 06 36. Fax : 01 45 96 06 05. E-mail : croixmarine@wanadoo.fr. Site : www.croixmarine.com

2 octobre 2008. Douai. 9^{es} Rencontres de l'Usid (Unité de soins et d'information sur les drogues du Centre hospitalier de Douai) sur le thème : *Addiction et religion*. Renseignements : secrétariat des 9^{es} Rencontres de l'Usid, 361 rue du Cantelieu, 59500 Douai. Tél. : 03 27 97 67 94. Fax : 03 27 98 01 71. E-mail : christian.colbeaux@ch-douai.fr Site : www.urfd.net

2 et 3 octobre 2008. Montpellier. Journées montpelliéraines de psychiatrie de l'enfant et des professions associées sur le thème : *Regards croisés sur la maltraitance : comment déjouer les risques et préparer l'avenir ?* Renseignements et inscriptions : Secrétariat des Journées. Tél. : 04 67 33 99 12 (l'après-midi) ou afree@afree.asso.fr

2 au 4 octobre 2008. Paris. 50^{ème} Anniversaire de l'ASM 13 Congrès sur le thème : *Le souci de l'humain. Un défi pour la psychiatrie*. Renseignements : Tél. : 01 70 94 65 03. Fax : 01 70 94 65 01. E-mail : asm13@b-c-a.fr. Inscriptions : Tél. : 01 70 94 65 22. Fax : 01 70 94 65 25. E-mail : inscription@b-c-a.fr

2 au 4 octobre 2008. Poitiers. Congrès de la Fédération Européenne Vivre son deuil sur le thème : *Deuils et grand âge : peut-on apprendre à vieillir ?* Inscriptions : Fédération Européenne Vivre son deuil, 7 rue Taylor, 75010 Paris. E-mail : fevsd@vivresondeuil.asso.fr

3 octobre 2008. Issy-les-Moulineaux. *L'intime : du secret à la transparence. Ethique et pratiques*. Colloque organisé par le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (92106) de l'EPS Erasme à Antony et la Clinique G. Heuyer, FSEF, Paris. Renseignements et inscriptions : valriediscour@orange.fr

3 et 4 octobre 2008. Toulouse. XIV^{ème} Carrefour Toulousain sur le thème : *Identités ou, qui suis-je ? dans les turbulences actuelles...* Informations : Joyce Aïn, tél. : 05 61 74 23 74. Fax : 05 61 74 44 52. Carrefours et Médiations, « La Source », 26 Chemin de Bessayré, 31240 Saint Jean. E-mail : carmed@carmed.fr - Site : www.carmed.fr

4 octobre 2008. Paris. 23^{èmes} Journées d'Etude de l'Ecole Propédeutique à la Connaissance de l'Inconscient sur le thème : *Les idéaux et leur pouvoir*. Inscriptions : 01 43 07 89 26.

5 et 6 octobre 2008. Bordeaux. VIII^e Colloque du Collège Aquitain de Psychopathologie de l'Adolescent (CAPA) sur le thème : *Adolescence et inachèvement. Une histoire à construire*. Renseignements : CAPA. E-mail : capa.college@wanadoo.fr

6 octobre 2008. Paris. Séminaire du CTNERHI sur le thème : *La prévention des handicaps*. Renseignements : CTNERHI, Régine Martinez, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. Tél. : 01 45 65 59 40. Fax : 01 45 65 44 94. E-mail : r.martinez@ctnerhi.com.fr - site : www.ctnerhi.com.fr

7 octobre 2008. Paris. Séminaire du CTNERHI sur le thème : *La responsabilité des établissements sociaux et médico-sociaux*. Renseignements : CTNERHI, Régine Martinez, 236 bis rue de Tolbiac, 75013 Paris. Tél. : 01 45 65 59 40. Fax : 01 45 65 44 94. E-mail : r.martinez@ctnerhi.com.fr - site : www.ctnerhi.com.fr

16 au 18 octobre 2008. Avignon. VIII^e Colloque international de Périnatalité de l'ARIP sur le thème : *Masculin, féminin : bébé*. Inscriptions : Tél. : 04 90 23 99 35. Fax : 04 90 23 51 17. E-mail : arip@wanadoo.fr

17 octobre 2008. Bordeaux. Colloque organisé par l'Institut Michel Montaigne sur le thème : *Enjeux des dépistages et des prise en charge précoces*. Inscriptions : Tél. : 05 56 37 90 95. InstMM@aol.com

18 octobre 2008. Montpellier. Journée de rencontre organisée par l'Association Française de Psychiatrie sur le thème : *Transmission. Théorie, clinique et pratiques : un style*. Inscriptions : AFP, 6 passage Abel Leblanc, 75012 Paris. Tél. : 01 42 71 41 11. Fax : 01 42 71 36 60. E-mail : psy-spafp@wanadoo.fr

20 au 22 octobre 2008. XIV^e Journées d'Etude de Pratiques Sociales sur le thème : *L'autorité : définition, enjeux, perspectives*. Renseignements et inscriptions : Pratiques Sociales, 23 rue Albert Legrand, 94110 Arcueil. Tél. : 01 46 630 631. Fax : 01 49 85 18 19. E-mail : Pratiques.Sociales@wanadoo.fr

5 novembre 2008. Paris. Journée de Formation Continue organisée par la Fédération d'Aide à la Santé Mentale sur le thème : *Prévenir le suicide dans les établissements de santé psychiatriques et médico-sociaux*. Renseignements et inscriptions : FASM Croix-Marine, 31 rue d'Amsterdam, 75008 Paris. Tél. : 01 45 96 06 36. Fax : 01 45 96 06 05. E-mail : croixmarine@wanadoo.fr

6 novembre 2008. Dijon. Colloque Régional du CECCOF sur le thème : *Les stress et les traumatismes de la vie. Peut-on échapper à la victimisation ?* Renseignements et inscriptions : CECCOF Formation, 96 avenue de la République, 75011 Paris. Tél. : 01 48 05 84 33. Fax : 01 48 05 84 30.

7 novembre 2008. Dijon. Carrefour clinique du CECCOF sur le thème : *Hypnose et thérapie familiale. La double prise en charge intégrée*. Inscriptions : CECCOF, 96 ave de la République, 75011 Paris. Tél. : 01 48 05 84 33. Fax : 01 48 05 84 30. E-mail : ceccof@wanadoo.fr

8 novembre 2008. Lausanne. Journée de travail consacrée à *La Recherche et l'Evaluation des Interventions et des Thérapies Systémiques* organisée par la revue *Thérapie Familiale*, avec le soutien de l'Institut Universitaire de Psychothérapie (département de Psychiatrie, CHUV). Inscriptions : Journée de Recherche 2008, Thérapie Familiale, Editions M & H, Chemin de la Mousse 46, 1225 Chêne-Bourg, Suisse. Tél. : +41 (0)22 702 93 46. Fax : +41 (0) 22 702 93 55. E-mail : marine.casselyn@medhyg.ch

22 et 23 novembre 2008. Paris. Colloque de la SPP sur le thème : *L'inconscient. Nouvelles résistances, nouvelles propositions théoriques et pratiques*. Renseignements : www.spp.asso.fr

27 et 28 novembre 2008. Paris. 25^{ème} Congrès de la Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO) sur le thème : *Cancers, cultures et pratiques de soins*. Renseignements et inscriptions : Evelyne Rubio, COMM Santé. Tél. : 05 57 97 19 19. Fax : 05 57 97 19 15. E-mail : evelyne.rubio@comm-sante.com

27 au 29 novembre 2008. Avignon. XXII^{ème} Forum professionnel des Psychologues organisé par *Le Journal des Psychologues* sur le thème : *La question diagnostique et le psychologue*. Inscriptions : Le Journal des Psychologues, 8 rue de l'Hôpital St-Louis, 75010 Paris. Tél. : 01 53 38 46 46. Fax : 01 53 38 46 40. E-mail : forum@jdpsychologues.fr

28 novembre 2008. Eaubonne. Première « Rencontre annuelle autour de l'adolescence » par le Service de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte de l'Hôpital Simone Veil (GH Eaubonne de Montmorency) sur le thème : *L'adolescence est-elle une rupture ?* Renseignements et inscriptions : Secrétariat de l'UPAJA au 31 34 06 64 05. E-mail : sec.psyadoadulte@ch-simoneveil.fr

29 et 29 novembre 2008. Paris. Colloque International Francophone organisé par le *Groupement pour l'étude et les applications médicales de l'hypnose* sous l'égide de l'Elan Retrouvé sur le thème : *Du rapport magnétique à l'alliance thérapeutique*. Renseignements : <http://www.hypnosemedicale.com>

8 au 10 décembre 2008. Paris. 9^{ème} Rencontre Nationale des CATT sur le thème : *Créativité... ou chronicité ?* Renseignements et inscriptions : ERAP, 19 rue Auguste Chabrières, 75015 Paris. Tél. : 02 43 87 25 38. Port : 06 85 88 15 15. E-mail : erapformation@aol.com - Site : www.erapformation.com

12 et 13 décembre 2008. Bobigny. 8^e Colloque de la revue *l'Autre* sur le thème : *Le bébé, l'enfant, l'adolescent et les langues*. Inscriptions : Tél. : 01 48 38 77 34.

LIVRES ET REVUES

Le voile d'Isis

Essai sur l'histoire de l'idée de nature
Inédit

Pierre Hadot
Folio essais n°502
Gallimard, 9,40 €

Il s'agit, avant tout, d'un ouvrage historique qui se rapporte surtout à la période qui s'étend de l'Antiquité au début du XX^e siècle, et qui ne retrace l'évolution des attitudes de l'homme à l'égard de la nature que dans la perspective de la métaphore du dévoilement.

Pour expliquer les concepts et les images qui, jusqu'à nos jours, ont servi à définir la méthode et les fins de la science de la nature, il faut s'orienter, en priorité, vers la tradition antique, gréco-latine.

Un aphorisme hante la philosophie occidentale : celui d'Héraclite, qui veut que « la Nature aime à se voiler ».

Près de vingt-cinq siècles durant, ces quelques mots ont successivement signifié que tout ce qui naît tend à mourir, que la nature s'enveloppe dans des formes sensibles et dans des mythes, qu'elle cache en elle des vertus occultes, mais également que l'Etre est originellement dans un état de contraction et de non-déploiement, ou bien encore qu'il se dévoile en se voilant. Ainsi auront-ils servi à expliquer les difficultés de la science de la nature, à justifier l'exégèse allégorique des textes bibliques ou à défendre le paganisme, à critiquer la violence faite à la nature par la technique et la mécanisation du monde, à expliquer l'angoisse qu'inspire à l'homme moderne son être-au-monde. La même formule, dans l'histoire de l'Occident, aura justifié, des contresens créateurs, l'attitude prométhéenne - l'homme doit se rendre maître et possesseur de la Nature - comme l'attitude orphique - nul ne peut soulever le voile des mystères de la Nature, sinon le poète et l'artiste.

Politiques d'asile et d'immigration

Faire entendre la voix des victimes de torture

Mémoires 2008 n°42-43
Revue trimestrielle d'information de l'Association Primo Levi

Ceux qui ont le plus souffert sont souvent les moins à même de convaincre du bien-fondé de leur demande de protection : point de départ de la réflexion qui a présidé à l'élaboration de ce dossier de *Mémoires*, ce constat paradoxal sur lequel s'entendent tous les cliniciens spécialisés dans la prise en charge des personnes victimes de psychotraumatismes en constitue aussi le fil rouge, au travers de différentes analyses non seulement cliniques mais également politiques, historiques et culturelles. Comment faire entendre « la voix des sans voix », de ceux que la torture, les sévices, la violence politique, les mauvais traitements ont contraints au silence, à la honte ? Comment faire entendre la réalité de cette souffrance et des causes qui l'ont engendrée dans une procédure d'asile qui, souvent, non seulement ne la prend pas en compte pour toutes les raisons développées par les différents contributeurs, mais souvent en constitue un facteur d'aggravation qui conduit bien des professionnels - médecins, psychothérapeutes, juristes, travailleurs sociaux - à parler de « procédure pathogène » ?

Association Primo Levi, 107 avenue Parmentier, 75011 Paris. Tél. : 01 43 14 88 50 Site internet : www.primolevi.asso.fr

NERVURE
JOURNAL
DE PSYCHIATRIE

45 €*
pour un an

75 €*
pour 2 ans

Tarif
étudiant et internes

30 €*
*supplément étranger

et DOM/TOM = 30 €/an

Bulletin d'abonnement

Le Journal de Nervure + La Revue

Je m'abonne pour : 1 an 2 ans

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

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

Je souhaite recevoir une facture acquittée justifiant de mon abonnement.

LIVRES ET REVUES**Le fanatisme
Terreur politique et violence
psychologique**

Michèle Ansart-Dourlen
L'Harmattan, 18 €

A partir des dénonciations par la Philosophie des Lumières de l'intolérance destructrice du fanatisme, M. Ansart-Dourlen précise différentes formes de fanatisme politique et idéologique. Les pratiques de la terreur par les totalitarismes imposent une réflexion sur la nature des pulsions et des passions qui motivent l'adhésion fanatique, mais aussi sur le consentement à la servitude et le conformisme sollicité par l'idéologie du pouvoir. Lors de crises d'identité et de scepticisme moral et culturel dans les sociétés libérales contemporaines, les expressions d'une volonté d'emprise et d'un narcissisme destructeur sont caractéristiques d'une violence psychologique de type nihiliste. L'auteur s'est interrogée sur les possibilités de terrorisme, ou, par réaction, de fanatisme, qu'elle pourrait annoncer.

**Le handicap auditif en
France : apports de l'enquête
Handicaps, incapacités,
dépendance, 1998-1999**

Marie-Sylvie Sander, Françoise
Lelièvre, Anne Tallec
Études et résultats 2007 n°589
Drees

En France métropolitaine, 5 182 000 personnes ont un handicap auditif, dont 303 000 souffrent d'une déficience auditive profonde ou totale. La fréquence des déficiences auditives augmente, fortement, à partir de la quarantaine. Les hommes et les personnes issues de milieux sociaux défavorisés sont les plus touchés. Quatre déficients auditifs sur cinq déclarent une ou plusieurs autres déficiences, le plus fréquemment d'ordre moteur (44%). La prévalence des déficiences auditives est presque deux fois plus élevée en institution qu'en domicile ordinaire; cependant, 95% des déficients auditifs vivent en domicile ordinaire. Ces handicaps entraînent des problèmes spécifiques dans l'accomplissement de la scolarité : les déficients auditifs terminent leurs études avec un niveau de qualification plus faible que l'ensemble de la population.

Les restrictions d'accès à l'emploi (proportion d'inactifs de 15% contre 3%) et de participation aux loisirs, ainsi qu'un isolement relationnel (surtout pour les femmes) constituent les principales difficultés associées à ces déficiences auditives. Les aides techniques destinées à compenser ce handicap sont peu utilisées. Enfin, environ 119 000 personnes utiliseraient la langue des signes en France métropolitaine.

www.sante.gouv.fr/drees/index.htm
Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

**Jeunesse déviante et justice,
en Europe et en Amérique du
Nord, aux XIX^e-XIX^e siècles**

*Histoire & Sociétés**
Revue Européenne d'Histoire Sociale
2008 n°25-26, 19 €

Le dossier de ce numéro retrace les évolutions de la justice spécifiquement dédiée aux mineurs, née à l'orée du XX^e siècle dans la plupart des pays industrialisés.

Eric Pierre retrace l'histoire de la gestion de ces deux clientèles que sont l'enfance délinquante et l'enfance abandonnée, à travers l'exemple de la colonie agricole de Mettray. Pascale Quincy-LeFebvre poursuit ce parallèle en évoquant la concurrence des administrations de l'Assistance publique et de la protection judiciaire de la jeunesse au XX^e siècle français. Dorena Caroli étudie, en Russie, l'hésitation entre prise en charge administrative ou judiciaire des enfants déviants, qui s'avèrent surtout des laissés pour compte. Tamara Myers ana-

lyse comment la justice des mineurs montréalaise s'est emparée du corps, corps fantasmé ou physique, des jeunes délinquant(e)s. Enfin, David Niget souligne l'entrelacement des registres du pénal, du social et du thérapeutique au sein des systèmes judiciaires dédiés à l'enfance dans les pays industrialisés. Dans la rubrique « *Biographie et groupe social* », Aurore François se penche sur le cas belge où, dès l'Entre-deux-guerres, le savoir-faire caritatif des dames d'œuvres est confronté à la professionnalisation de l'aide sociale.

En outre, le cahier image, réalisé par Elise Yvorel, illustre l'évolution de la

prise en charge institutionnelle des jeunes détenus au sein d'une maison de correction publique : Saint-Hilaire. La naissance de la justice des mineurs, loin de relever d'une bienfaisance philanthropique désintéressée, est d'abord une réponse à l'inefficacité tant pénale que sociale des politiques judiciaires et pénitentiaires déployées à l'égard de l'enfance au XIX^e siècle. Inscrite dans un mouvement de « *défense sociale* », la justice se fait protectrice des enfants pour mieux défendre la société, dans un souci immédiat de maintien de l'ordre, en des temps troublés par l'émancipation ouvrière.

Comme le souligne ce dossier, l'imixtion de l'action sociale dans le champ judiciaire n'a pas, pour autant, garanti les droits des mineurs, bien au contraire. La prise de conscience des inégalités sociales est un préalable à l'accomplissement de la citoyenneté réelle qui implique nécessairement une solidarité entre citoyens. La justice des mineurs est aujourd'hui confrontée à ce défi de la citoyenneté sociale, au même titre que les autres institutions de socialisation de la jeunesse.

*Les sommaires de toutes les livraisons de *Histoire & Sociétés* peuvent être consultés sur le site du Groupe d'histoire sociale: <http://groupedhistoire-socia.free.fr>

La problématique alcoolique

2^e édition mise à jour

Michèle Monjauze

Préface de Joyce McDougall

Editions In Press, 23 €

Paru pour la première fois en 1991, cet ouvrage aborde l'alcoolisme comme une désorganisation psychique spécifique dans le champ de la psychose, tout en montrant son lien avec la création. Michèle Monjauze s'y interroge sur la spécificité de l'addiction à l'alcool, et met en lumière, dans le champ psychanalytique, sa singularité.

**SAINT-GERMAIN-
EN-LAYE****IME recherche
un médecin
Psychiatre
en CDI**

12 heures/semaine avec
possibilité de temps
supplémentaire
dans autres établissements
de l'association.
CC66

Envoyer CV

+ Lettre de motivation à
IME Les Glycines
3 rue Molière
78100 Saint-Germain-en-Laye

**S.E.S.S.A.D. /
C.M.P.P.****Recherche****MEDECIN
PSYCHIATRE (H/F)**

CDI à 0,3ETP (10h30 par
semaine incluant un temps de
formation personnelle et de
préparation) – CCNT 66

Mission :

- Travail de liaison avec
diverses institutions et de
prise en charge d'enfants et
d'adolescents en lien étroit
avec le médecin directeur
dans le cadre d'une équipe
pluridisciplinaire
(psychologues,
psychomotriciens,
orthophonistes, éducateur
spécialisé).
- Travail de soutien de
dispositifs d'intégration.
- Travail et évaluation des
problématiques auprès des
familles remarquées par
les réseaux partenaires du
CMPP.
- Mise en place des projets
de soins de chaque usager.
- Suivi des projets de soins.

Merci d'envoyer candidature à
M. le Médecin Directeur du
CMPP/SESSAD,
B.P. 116, 83 rue Anatole France,
93123 La Courneuve cedex,
Tél : 01.48.36.74.32,
sessadlacourneuve@orange.fr

**Urgent
Médecin
généraliste**
**Cherche poste
faisant fonction
d'Interne ou
d'Attaché associé en
Psychiatrie**

**Téléphone :
06 67 25 85 58**

L'Association Hospitalière de Bretagne

Côtes d'Armor (22)

Gérant le Centre Hospitalier de PLOUGUERNEVEL (22)

Etablissement Privé Participant au Service Public Hospitalier

**Recherche
PSYCHIATRES TEMPS PLEIN****POSTES A POURVOIR IMMEDIATEMENT**

- Un poste en « Psychiatrie Adulte » avec activité sur le centre hospitalier de Plouguernevel : *activité de secteur - hospitalisation plein temps.*
- Un poste pour l'U.M.D. du Centre Hospitalier de Plouguernevel dont l'ouverture de la deuxième unité est prévue en mai 2008.



Association Hospitalière
DE BRETAGNE

C.C.N.51 - Possibilité P.H. détaché Fonction Publique
Logement de fonction (maison individuelle)

Candidature et C.V. à adresser à :

M. le Directeur Général de l'A.H.B.

Centre Hospitalier - 22110 PLOUGUERNEVEL

Tél. 02.96.57.10.65 - Fax 02.96.36.03.24

e-mail : a.legarrec@ahbretagne.com

**CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE
DE MONTPON**

Département de la Dordogne

Cherche**PH TEMPS PLEIN PSYCHIATRES
ET PEDO PSYCHIATRES**

CHS situé à 65 km de Bordeaux

Sortie autoroute à 6 km hôpital

et à 60 km de Périgueux

Contactez Monsieur GUILLAUME - DRH

Tél : 05 53 82 82 82 poste 1020

Dominique.guillaume@ch-montpon.fr

La SPASM

Société parisienne d'aide à la santé mentale

Recherche

Pour sa Maison de repos spécialisée CHANTEMERLE
Située à Bois-le-Roi (Seine-et-Marne - 77)

1 PSYCHIATRE (H/F)

Vous participerez à la mise en œuvre de la politique
médicale de la SPASM au sein de la maison de repos
(court séjour, diversité clinique, file active importante).

Formation psychanalytique appréciée,
intérêt pour le travail en équipe.

Statut et rémunération selon convention FEHAP.

Poste à pourvoir à temps plein ou mi-temps.

Merci d'adresser candidature

au Dr CACOT - SPASM

31, rue de Liège - 75008 Paris

ou siege@spasm.fr

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

L' A.P.A.J.H. 11

Association pour Adultes et Jeunes Handicapés

RECRUTE

suite à plusieurs départs en retraite

**MÉDECINS PÉDOPSYCHIATRES OU
PSYCHIATRES**

Contrats à Durée Indéterminée

Possibilité de Temps complet et/ou de temps partiels

Rémunération suivant CCN51 (FEHAP)

Médecin chef de service groupe AI – Coef. 1197

Pour les postes suivants :

• Médecin chef de service à 0,28 ETP (Equivalent Temps Plein) à
l'**ITEP & au SESSAD Louis-Signoles de NARBONNE** (Aude).
45 enfants et adolescents de 6 à 20 ans à l'ITEP & 10 au SESSAD
Poste à pourvoir au 1er Septembre 2008

• Médecin chef de service à 0,39 ETP à l'**IME Louis-Signoles
de NARBONNE** (Aude). 45 enfants et adolescents de 6 à 20
ans, déficients intellectuels avec troubles associés
Poste à pourvoir courant 2009

• Médecin chef de service à 0,14 ETP à l'**IME/SESSAD de
PEPIEUX** (Aude). Augmentation de temps prévue d'ici 2010.
60 enfants et adolescents de 6 à 20 ans, déficients intellectuels
avec troubles associés. L'établissement souhaite développer en
2009 un projet pour enfants autistes
Poste à pourvoir au 1er septembre 2008

• Médecin chef de service à 0,30 ETP à l'**IME/SESSAD de
CAPENDU** (Aude). 85 enfants et adolescents de 6 à 20 ans,
déficients intellectuels avec troubles associés
Poste à pourvoir au 1er janvier 2009

• Directeur médical à 0,36 ETP au **CMPP de LEZIGNAN-
CORBIERES** (Aude). Volume d'activité : 3450 actes
Formation psychanalytique souhaitée
Poste à pourvoir au 1er janvier 2009

Adresser candidature à

M. le Directeur Général de l' APAJH 11

135, rue Pierre Pavanetto, Z.A. de Cucurlis, 11000 CARCASSONNE

Tél. 04 68 47 63 40 • E-mail : siege.apajh11@apajh11.fr

**Le CENTRE HOSPITALIER
SPÉCIALISÉ
SAINTE-MARIE**

à CLERMONT-FERRAND (63)

Etablissement privé participant au service public de psychiatrie
(psychiatrie générale et pédopsychiatrie)

recrute**un MÉDECIN PSYCHIATRE**

CDI temps plein (CCN51)

Poste à pourvoir au plus tôt



Merci d'adresser CV et lettre de motivation

à : Monsieur Le Directeur

10 avenue Franklin Roosevelt

BP 35

63001 CLERMONT-FERRAND Cedex 1

LIVRES**Psychologie criminologique**

Sous la direction de Bernard

Gaillard

Editions In Press, 23 €

Cet ouvrage retrace l'émergence de la psychologie criminologique à travers un rapide parcours historique. Méthodologies et pratiques sont expliquées. Avec l'analyse des faits délinquants, les questions de responsabilité et de vulnérabilité sont interrogées dans différents champs comme les violences familiales, l'inceste, les violences scolaires ou urbaines, les crimes, les violences de l'adolescent.

Des vignettes cliniques permettent d'aider à analyser, évaluer des situations et des personnes pour préconiser des types d'intervention.

Les auteurs sont Alain Berbouche, Michel Born, Louis Brunet, Dianne Casoni, Louis Crocq, Christelle Froidecoeur, Stéphane Froment, Bernard Gaillard, Fabienne Glowacz, Astrid Hirschelmann, Pascal Le Bas, Valérie Moulin, Garine Papazian Zohrabian, Nicole Poliquin, Loïck M. Villerbu.

Psychanalyse en terre d'islam**Introduction à la psychanalyse au Maghreb**

Nouvelle édition revue et complétée

Jalil Bennani

Préfaces : Alain de Mijolla (pour la première édition) Benjamin Stora (pour la deuxième édition)

Erès, Arcanes, Editions Le Fenec, 25 €

Jalil Bennani est psychiatre et psychanalyste à Rabat. Ancien président de la Société psychanalytique marocaine (2001-2007), il a fondé le « Séminaire psychanalytique » en 2008. a reçu en 2002, le prix « Sigmund Freud de la ville de Vienne ».

Cet ouvrage constitue la première histoire de la psychanalyse au Maghreb, l'enjeu étant la transmission du projet freudien dans une partie du monde qui offre des résistances, certes, mais qui montre et suscite un intérêt croissant

pour l'extension de la psychanalyse. Les traces et les archives du passé qui sous-tendent la pratique psychanalytique dans un pays constituent un héritage que l'auteur refuse de dénier, ou de refouler, mais qu'il déconstruit avant de se le réapproprier.

Le Maroc, durant la période du Protectorat, fut le seul pays du Maghreb qui connut une influence psychanalytique. Ce n'est pas un hasard. La présence de Lyautey, auteur de la politique de « pacification », constitua une expérience unique. La présence française dura moins longtemps qu'en Algérie, la violence co-

loniale fut moins importante et celle de l'implantation psychiatrique aussi. Des praticiens, arrivaient au Maroc comme mus, consciemment ou inconsciemment, par l'intention de retrouver l'œuvre des médecins arabes dont les travaux avaient constitué, pendant le Moyen Age européen, les seuls textes médicaux.

Au nombre de ceux qui ont quitté la France, il y eut un groupe de psychanalystes, dirigé par René Laforgue, qui fuyait la « décadence et le scientisme des héritiers du positivisme ».

Durant soixante années de présence psychiatrique française (1910-1970), il

n'y eut que trois praticiens marocains, qui ne commencèrent à pratiquer qu'à la fin de la dernière décennie.

Sur le séjour et le travail de Laforgue au Maroc, rien ou presque n'avait été dit. Ce livre comble cette lacune à travers des témoignages et des écrits, en vue de reconstituer la « suite » de l'histoire Laforgue et de participer à ce débat sur l'histoire de la psychanalyse. Il retrace les premiers pas des premiers psychanalystes français au Maroc où les étapes de l'introduction de la discipline freudienne sont liées à l'histoire du pays et à celle de la France.

NERVURE

JOURNAL
DE PSYCHIATRIE

Directeur de la rédaction :

Gérard Massé

Rédacteur en chef : François Caroli**Comité de rédaction :** Centre Hospitalier

Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris.

Tél. 01 45 65 83 09.

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

Comité scientifique : Bailly-Salin P.

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

Comité francophone : Anseau M.

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

Publicité

médical
SUPPORTER
promotion

Renata Laska - Susie Caron,
54, bd Latour-Maubourg, 75007 Paris.

Tél. 01 45 50 23 08.

Télécopie : 01 45 55 60 80

E-mail : info@nervure-psy.com

Edité par Maxmed

S.A. au capital de 40 000 €

54, bd Latour-Maubourg,

75007 Paris

Maquette : Maëval.

Imprimerie Fabrègue

Directeur de la Publication :

G. Massé

www.nervure-psy.com