

NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

OCTOBRE 2008 1

ISSN 0988-4068
n° 7 - Tome XXI - 10/2008
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

S. Kannas

Où est le problème ?

C'est probablement un truisme que de parler de « crise de la psychiatrie », qui témoigne d'une insatisfaction profonde et persistante des usagers (au sens large du terme), des pouvoirs publics et des professionnels, et de changements d'équilibre aux origines multiples, que nous ne détaillerons pas ici.

La MINASM, en 13 ans, dans une soixantaine de départements et l'ensemble des régions et des DOM TOM, a souvent relevé une perte de crédibilité (ou de confiance) entre la psychiatrie publique et ses partenaires usagers : patients, familles, réseau social, sanitaire (généralistes, SAMU), police, gendarmerie, pompiers, élus. Les reproches adressés à la psychiatrie sont toujours les mêmes : elle n'est pas présente quand il faut, où il faut, comme il faut, ses pratiques ne sont pas lisibles ni, parfois même, compréhensibles. Défaut d'accessibilité, de mobilité, de réactivité. Bien sûr, il existe une part de bouc émissarisation, de méconnaissance réciproque et d'attente énorme dans cette position mais elle mérite, du fait de sa forte récurrence, de ne pas être niée. Enfin il faut noter, également, que 45% des spécialistes (libéraux) et 20% de l'hospitalisation (privée à but lucratif), à peu d'exceptions près, ne partagent pas ce fardeau d'attentes.

Un premier facteur de déséquilibre consiste dans l'attente de la société et des politiques vis-à-vis de la psychiatrie publique, qui l'instrumentalise contradictoirement : tantôt elle est tirée vers les droits du patient (mars 2002) et au service de l'Etat « psychothérapeute », tantôt on lui reproche de ne pas se préoccuper suffisamment du contrôle social et de la sécurité de la société, de ne pas détecter le risque de violence ou de délinquance.

L'ambiguïté de définition des politiques publiques joue également un rôle : on demande à la psychiatrie d'assurer un rôle dans la « prévention ». Si l'on prend ce terme au pied de la lettre, il désigne la prévention primaire, peu probante en dehors de certaines situations ou populations à risque élevé et de la

(suite page 3 ➡)

La fugue à l'adolescence

FMC M. Bernard

La fugue est définie par « l'abandon momentané par un mineur de son lieu habituel de vie, domicile ou institution »⁽¹⁾. C'est un phénomène en forte augmentation ces 5 dernières années.

Autrefois considérée comme un délit, elle nous met en difficulté aujourd'hui par ses éventuelles conséquences dangereuses, la multiplicité de ses déterminants, l'impuissance à laquelle elle confronte parents et soignants.

Après avoir étudié les données épidémiologiques, nous tenterons de les intégrer dans une réflexion psychopathologique.

Données épidémiologiques

Données quantitatives

Probablement à cause de la difficulté de recensement et d'étude de ces jeunes en fuite et de leur contexte familial difficile, il n'existe pas de données épidémiologiques récentes sur les fugueurs français.

La police recense, en 2007, 87 000 fugues en France, contre 60 000 en 2003, la quasi-totalité entre 13 et 18 ans, pour 55% des filles. Ce chiffre semble largement sous évalué, comme l'indique la répartition par origine de la fugue, qui montre une surdéclaration des foyers d'accueil (80% des fugues déclarées à la poli-

ce) par rapport au domicile parental. Ainsi la fugue reste souvent circonscrite au sein de la famille⁽²⁾.

Les données épidémiologiques françaises les plus récentes sont celles de Marie Choquet⁽³⁾, recueillies en 1993 chez les 11-18 ans scolarisés. Elle retrouve une incidence de 3,6% par an, sans influence du sexe, ce qui porterait déjà le nombre total de fugues à 209 000 en 1993⁽⁴⁾.

Aux Etats-Unis les données recueillies en 1996 font état d'une incidence double de 6,4 % par an, les filles étant légèrement majoritaires, plutôt après 15 ans⁽⁵⁾.

Déroulement de la fugue

Le premier sujet d'inquiétude parentale concerne le sort physique immédiat de l'adolescent.

90% des fugueurs sont retrouvés dans le mois, 99% dans l'année qui suit la fugue⁽⁵⁾. La fugue est le plus souvent d'une durée bien plus courte : 24 à 48 heures en général.

Le départ est quasiment toujours impulsif, après une dispute, même s'il a souvent déjà été envisagé. Le sujet part le plus souvent sans argent, et n'a prévu où aller que dans la moitié des cas⁽⁶⁾. Il est souvent accueilli chez un ami, mais dort aussi dans des parcs, squats, ou dans la rue.

(suite page 3 ➡)

Nicolae Vaschide

BIOGRAPHIE M. Huteau

Nicolae Vaschide, aujourd'hui largement méconnu, était au tout début du 20^{ème} siècle une des personnalités les plus marquantes et les plus prometteuses de la psychologie. Henri Bergson pensait à lui pour une chaire de psychologie expérimentale au Collège de France. Dale Carnegie le voulait comme professeur à la toute nouvelle université de Chicago. La *British association for the advancement of sciences* le conviait à ses travaux.

Une vie brève et bien remplie

En 1895 Vaschide termine ses études de philosophie à l'université de Bucarest. C'est alors qu'il rencontre Alfred Binet (1857-1911) qui va jouer un rôle déterminant dans sa carrière. Alfred Binet dirigeait alors, depuis l'année précédente, le laboratoire de

psychologie physiologique de la Sorbonne créé en 1889. Binet, qui n'aimait pourtant ni l'enseignement ni les voyages, avait accepté de venir donner une série de conférences à Bucarest. Vaschide fut un auditeur passionné de ces conférences dont il soumettait à Binet les résumés pour les journaux. Binet se prit d'amitié pour ce jeune disciple enthousiaste et l'invita à venir à Paris. Là, Vaschide approfondit sa formation, en physiologie et en histoire des sciences notamment, et il débuta des études médicales. Très vite il devint un collaborateur de Binet. Pour la seule année 1898, Binet et Vaschide cosignent 18 articles dans *L'Année psychologique*.

En 1899 cette collaboration s'interrompt brusquement. Cette rupture a sans doute comme origine profonde les difficultés de cohabitation de deux

(suite page 6 ➡)

Plotin et Lacan

Entretien avec Serge Tribolet

Gérard Massé : Qui est Plotin ?

Serge Tribolet : Plotin est un philosophe grec du troisième siècle après JC, « un Grec uniquement inspiré par les Grecs » selon l'expression de Bergson. Souvent présenté comme un néoplatonicien, il est en fait un penseur original dont le système philosophique se réfère non seulement à Platon, mais aussi à Aristote, aux Stoïciens et aux autres philosophes grecs. Sa pensée est une pensée grecque qui n'est pas influencée par la pensée chrétienne, en ce sens il est probablement le dernier des grands philosophes grecs.

GM : Le titre du livre indique un questionnement sur le sujet. De quel sujet s'agit-il ?

ST : Lorsque Lacan s'adressait aux philosophes - on trouve le texte dans les Ecrits - il leur parlait d'un sujet différent de celui qui intéresse la philosophie depuis des siècles. Je viens vous parler, disait-il en substance d'un « sujet dans le sujet » c'est-à-dire un autre sujet, un sujet insaisissable, un sujet inconnu

des philosophes. Malgré cet avertissement, je pense que nous trouvons chez Plotin quelque chose qui non seulement s'apparente au concept de « sujet » lacanien, mais aussi qui nous éclaire sur ce concept et sur sa portée éthique. Lacan pour lire Plotin ou Plotin pour entendre Lacan !

GM : Le concept de sujet chez Plotin est-il l'équivalent du moi de la théorie psychanalytique ?

ST : Non. Il en est même radicalement opposé. Il s'agit avant tout de savoir qui pense ? Que veut dire penser ? La philosophie antique, en particulier la philosophie de Plotin, dispose des éléments conceptuels pertinents pour établir les conditions de la pensée et répondre à la question : « qui pense lorsque l'on dit je pense ? ». Ce quelque chose qui nous fait dire « je » n'a rien à voir avec une instance psychologique comme le Moi ou l'Ego. L'œuvre de Plotin témoigne d'un monde où la place de l'homme diffère de notre

(suite page 9 ➡)

NERVURE a 20 ans

Anniversaire dans l'édition de novembre 2008 :

• la *Revue** vous proposera un choix de nos meilleurs articles déterminés collectivement par le comité de rédaction. Ce choix témoignera de nos engagements : réalité de la psychiatrie française qui parvient à métaboliser les acquis hexagonaux et internationaux ; avancée de techniques psychothérapeutiques et psychanalytiques, etc...

Bien entendu, tout ceci ne serait possible sans l'intérêt soutenu de nos lecteurs dont la confiance n'a jamais fait défaut et le soutien de l'industrie avec lequel se noue un partenariat sans soumission.

• Le *Journal* à cet égard, ne peut laisser passer inaperçu le jubilé de la recherche Janssen qui n'a jamais relâché ses efforts dans le domaine de la santé mentale.

L'édition (*Revue** + *Journal*) de novembre témoignera de ces deux événements.

*Réserve aux abonnés



Nouvelle indication dans les troubles bipolaires de type I*

ABILIFY® est indiqué :

- Dans le traitement de la schizophrénie.
- 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*.

* Indication non remboursée à la date du 7 avril 2008.

Aujourd'hui, pour l'avenir

ABILIFY®
(aripiprazole)

ABILIFY® 5 mg comprimés. ABILIFY® 10 mg comprimés. ABILIFY® 15 mg comprimés. ABILIFY® 10 mg comprimés orodispersibles. ABILIFY® 15 mg comprimés orodispersibles. COMPOSITION : Abilify 5 mg comprimés : chaque comprimé contient 5 mg d'aripiprazole. Abilify 10 mg comprimés et comprimés orodispersibles : chaque comprimé contient 10 mg d'aripiprazole. Abilify 15 mg comprimés et comprimés orodispersibles : chaque comprimé contient 15 mg d'aripiprazole. Excipients : Comprimé : contient du lactose monohydraté. Comprimé orodispersible : contient de l'aspartame (E951). **INDICATIONS THERAPEUTIQUES** : ABILIFY est indiqué dans le traitement de la schizophrénie. ABILIFY est indiqué 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 (cf. rubriques Propriétés pharmacodynamiques et Présentations et numéros d'identification administrative / Remboursement¹). **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** : Voie orale. **Schizophrénie** : La posologie initiale recommandée pour ABILIFY est de 10 ou 15 mg/jour avec une posologie d'entretien de 15 mg/jour, en une seule prise, pendant ou en dehors des repas. ABILIFY est efficace dans un intervalle de doses allant de 10 à 30 mg/jour. CTJ : 4,04 € - 8,08 €. Une augmentation de l'efficacité pour des doses supérieures à la dose quotidienne recommandée de 15 mg n'a pas été démontrée, toutefois certains patients peuvent bénéficier d'une dose plus élevée. La dose quotidienne maximale ne doit pas dépasser 30 mg. **Episodes maniaques** : La posologie initiale recommandée pour ABILIFY est de 15 mg une fois par jour pendant ou en dehors des repas, en monothérapie ou en association (cf. rubrique Propriétés pharmacodynamiques). Certains patients peuvent recevoir une dose plus élevée. La dose quotidienne maximale ne doit pas dépasser 30 mg. **Prévention des récurrences des épisodes maniaques dans les troubles bipolaires de type I** : Pour la prévention des récurrences d'épisodes maniaques chez des patients traités par aripiprazole, le traitement sera maintenu à la même dose. La posologie quotidienne peut être adaptée, une réduction de dose pourra être considérée en fonction de l'état clinique du patient. Comprimés orodispersibles : le comprimé orodispersible doit être placé dans la bouche, sur la langue, où il sera rapidement dissous dans la salive. Il peut être pris avec ou sans liquide. Une fois dans la bouche, il est difficile de retirer intact le comprimé orodispersible. Vous pouvez également dissoudre le comprimé dans l'eau et boire la suspension. Les comprimés orodispersibles peuvent être utilisés comme une alternative aux comprimés chez les patients ayant des difficultés à avaler les comprimés d'ABILIFY. Enfants et adolescents : Il n'y a pas d'expérience chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans. **Insuffisants hépatiques** : aucune adaptation posologique n'est requise chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique légère à modérée. L'administration doit se faire avec prudence chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique sévère. Cependant, la dose quotidienne maximale de 30 mg peut être utilisée avec précaution chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique sévère. **Insuffisants rénaux** : aucune adaptation posologique n'est requise. **Patients âgés** : En raison d'une sensibilité plus grande de cette population, une dose initiale plus faible doit être envisagée lorsque des raisons cliniques le justifient. **Sexe** : aucune adaptation posologique. **Fumeurs** : aucune adaptation posologique. Lors de l'administration concomitante d'inhibiteurs puissants du CYP3A4 ou du CYP2D6 avec l'aripiprazole, la dose d'aripiprazole doit être réduite. Lorsque l'inhibiteur du CYP3A4 ou CYP2D6 est arrêté, la dose d'aripiprazole doit alors être augmentée. Lors de l'administration concomitante d'inducteurs du CYP3A4 avec l'aripiprazole, la dose d'aripiprazole doit être augmentée. Lorsque l'inducteur du CYP3A4 est arrêté, la dose d'aripiprazole doit alors être ramenée à la posologie recommandée. **CONTRE-INDICATIONS** : Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. **MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI** : Lors d'un traitement antipsychotique, l'amélioration de l'état clinique du patient peut nécessiter plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Les patients doivent être étroitement surveillés pendant toute cette période. La survenue d'un comportement suicidaire est inhérente aux psychoses et aux troubles de l'humeur et dans certains cas a été rapportée rapidement après l'initiation ou le changement du traitement antipsychotique, y compris avec un traitement par aripiprazole. Une surveillance rapprochée des patients à haut risque doit accompagner le traitement antipsychotique. **Troubles cardiovasculaires**, **Troubles de la conduction**, **Dyskinésie tardive**, **Syndrôme malin des neuroleptiques (SMN)**, **Convulsions**, **Patients âgés présentant un état psychotique associé à une démence** : ABILIFY n'est pas autorisé dans le traitement des états psychotiques associés à une démence. **Hyperglycémie et diabète**, **Prise de poids**, **Dysphagie**, **Lactose** : Intolérance au galactose, déficit en lactase ou malabsorption du glucose ou du galactose. **Hypersensibilité**, **Comprimés orodispersibles** : **Personnes présentant une phénylcétonurie**. **GROSSESSE ET ALLAITEMENT** : Ne doit pas être administré pendant la grossesse, sauf si le bénéfice attendu justifie clairement le risque potentiel pour le fœtus. L'allaitement doit donc être déconseillé aux patientes en cours de traitement par l'aripiprazole. **EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES ET A UTILISER DES MACHINES** : Comme avec d'autres antipsychotiques, les patients doivent être mis en garde quant à l'utilisation de machines, y compris la conduite de véhicules à moteur. **EFFETS INDESIRABLES** : Les effets indésirables suivants ont été rapportés plus fréquemment ($\geq 1/100$) que sous placebo, ou ont été identifiés comme des effets indésirables pouvant être cliniquement significatifs¹ dans les études cliniques avec l'aripiprazole sous forme orale. **Affections cardiaques** : Peu fréquent : tachycardie. **Affections du système nerveux** : Fréquent : troubles extrapyramidaux, akathisie, tremblement, étourdissement, somnolence/sédation, céphalée. **Affections oculaires** : Fréquent : trouble de la vision. **Affections gastro-intestinales** : Fréquent : dyspepsie, vomissements, nausées, constipation, hypersécrétion salivaire. **Affections vasculaires** : Peu fréquent : hypotension orthostatique. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration** : Fréquent : fatigue. **Affections psychiatriques** : Fréquent : agitation, insomnie, anxiété. Peu fréquent : dépression. **Élévations des CPK** généralement transitoires et asymptomatiques. **Autres données** : Des effets indésirables connus pour être associés aux traitements antipsychotiques ont également été rapportés au cours du traitement par l'aripiprazole (syndrôme malin des neuroleptiques, dyskinésies tardives, convulsions, événements indésirables cérébrovasculaires et augmentation de la mortalité chez les patients âgés souffrant de démence, hyperglycémie et diabète). **Effets indésirables rapportés après la commercialisation** : Les événements indésirables suivants ont été rapportés après la commercialisation : **Investigations** : augmentation de la créatinine phosphokinase, augmentation de la glycémie, variation de la glycémie, augmentation de l'hémoglobine glycosylée. **Affections cardiaques** : allongement du QT, arythmie ventriculaire, mort subite inexpliquée, arrêt cardiaque, torsades de pointes, bradycardie. **Affections hématologiques et du système lymphatique** : leucopénie, neutropénie, thrombocytopénie. **Affections du système nerveux** : troubles de l'élocution, syndrôme malin des neuroleptiques (SMN), grand mal épileptique. **Affection respiratoires thoraciques et médiastinal** : spasme oropharyngé, spasme laryngé, pneumonie de déglutition. **Affections gastro-intestinales** : pancréatite, augmentation de la salivation, dysphagie, gêne au niveau de l'abdomen, gêne au niveau de l'estomac, diarrhée. **Affections du rein et des voies urinaires** : incontinence urinaire, rétention urinaire. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané** : rash, réaction de photosensibilité, alopecie, hyperhidrose. **Affections musculo-squelettiques et systémiques** : rhabdomyolyse, myalgie, raideur. **Affections endocrines** : hyperglycémie, diabète mellitus, diabète acidocétosique, coma diabétique hyperosmolaire. **Troubles du métabolisme et de la nutrition** : prise de poids, perte de poids, anorexie, hyponatrémie. **Affections vasculaires** : syncope, hypertension, événements thromboemboliques. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration** : trouble de la régulation de la température (par exemple hypothermie, fièvre), douleur thoracique, œdème périphérique. **Affections du système immunitaire** : réactions allergiques (par exemple réaction anaphylactique, œdème de Quincke comprenant gonflement de la langue, œdème de la langue, œdème de la face, prurit ou urticaire). **Affections hépatobiliaires** : ictère, hépatite, augmentation de l'alanine aminotransférase (ALAT), augmentation de l'aspartate aminotransférase (ASAT), augmentation de la gamma glutamyl transférase (GGT), augmentation des phosphates alcalines. **Affections des organes de reproduction et du sein** : priapisme. **Affections psychiatriques** : agitation, nervosité, tentative de suicide, idées suicidaires, suicide accompli (cf. rubrique Mises en garde spéciales et précautions d'emploi). **PROPRIETES PHARMACODYNAMIQUES** : Classe pharmacothérapeutique : antipsychotique, code ATC : N05 AX12. Pour les rubriques INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTION, SURDOSAGE, PROPRIETES PHARMACOCINETIQUES, DONNEES DE SECURITE PRECLINIQUES, PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION : se reporter au Vidal. **PRESENTATIONS ET NUMEROS D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE / REMBOURSEMENT** : Comprimés : Plaquettes thermoformées prédécoupées en dose unitaire. **ABILIFY 5 mg comprimés** : Boîte de 28 comprimés : EU/1/04/276/002 - CIP 364 069-7 : 113,17 € Remb. Sec. Soc 65 %, Agrément Coll. ; **ABILIFY 10 mg comprimés** : Boîte de 28 comprimés : EU/1/04/276/007 - CIP 364 073-4 : 113,17 € Remb. Sec. Soc 65 %, Agrément Coll. ; **ABILIFY 15 mg comprimés** : Boîte de 28 comprimés : EU/1/04/276/012 - CIP 364 078-6 : 113,17 € Remb. Sec. Soc 65 %, Agrément Coll. Comprimés orodispersibles : Plaquettes formées à froid prédécoupées en dose unitaire. **ABILIFY 10 mg comprimés orodispersibles** : Boîte de 28 comprimés : EU/1/04/276/025 - CIP 369 217-4 : 113,17 € Remb. Sec. Soc 65 %, Agrément Coll. **CONDITONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE** : Liste I. **TITULAIRE DE L'AMM** : Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd. Hulton House Highbridge Business Park, Oxford Road Uxbridge - Middlesex UB8 1HU - Royaume-Uni. Représentant local en France : Bristol-Myers Squibb 3, rue Joseph Monier BP 325 92506 Rueil-Malmaison cedex - Information Médicale et Pharmacovigilance : Tél. : 0810 410 500 - Fax : 0805 405 558 - **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE** : Avril 2008 (version formes orales). * Pour une information complète sur ces rubriques, consulter le Vidal.

Bristol-Myers Squibb

Otsuka Otsuka Pharmaceutical France SAS

241030834

Soulignons l'importance des mises en danger et de la délinquance pendant la fugue, en particulier lorsqu'elle se prolonge. Pour subsister, le fugueur se livre à des vols, de petits commerces de drogue ou une prostitution. Les fugueurs étudiés par M. Askévis ont été victimes d'agression physique ou sexuelle dans environ 10% des cas pendant leur fugue⁽⁶⁾.

Facteurs de risque

Facteurs environnementaux

• Sociaux

Le niveau socio-économique du foyer ne semble pas avoir d'influence. En revanche l'existence d'un tissu social de proximité dans lequel la famille peut s'intégrer semble manquer aux fugueurs. Les adolescents fuguent plus souvent lorsqu'ils sont de nationalité étrangère ou française acquise, et lorsqu'ils sont urbains^(3,5).

• Familiaux

En France comme aux Etats-Unis, le facteur de risque le plus parlant est la structure familiale^(3,5). En France, les adolescents qui ne vivent pas avec leurs parents sont ceux qui fuguent le plus, suivis par ceux dont les parents sont séparés, et ceux appartenant à une fratrie nombreuse⁽⁵⁾.

Cette dislocation familiale semble à l'origine d'un malaise du jeune dans sa famille : Marie Choquet retrouve un sentiment de désintérêt de la part de sa famille : « mon père ou ma mère ne s'intéresse pas à ce que je fais ». M. Askévis retrouve, dans son échantillon, un conflit familial comme cause directe de 72% des fugues⁽⁶⁾.

Plus préoccupants que le malaise familial, les chiffres de maltraitance physique ou sexuelle sont significatifs et justifient une investigation obstinée. Là encore, les données françaises et américaines concordent, retrouvant une prévalence 6 à 8 fois plus élevée de maltraitance chez les fugueurs par rapport au groupe contrôle, ce qui porte, en France, à 40% le taux de maltraitance physique et à 20% le taux de

La fugue à l'adolescence

maltraitance sexuelle dans cette population⁽³⁾.

Facteurs internes

L'idéation dépressive, les idées suici-

kets) ou violentes, souvent associées à des consommations de toxiques consommations de toxiques.

Ces éléments apparaissent, en d'autres termes, dans l'étude américaine de

des fugues.

Comment intégrer ces données épidémiologiques dans une réflexion psychopathologique ?

La fugue à l'adolescence, approche psychopathologique

La fugue est un départ, une prise de distance géographique, agie sur un mode impulsif. Ainsi, la fugue est un passage à l'acte, qui agit la distance. Ces deux notions se conjuguent particulièrement à l'adolescence.

Adolescence : besoin de distance, besoin de départ ?

« Les tâches spécifiques à l'adolescence sont l'acquisition d'une sexualité génitale, le développement de l'autonomie et du sentiment d'identité »⁽⁸⁾.

L'adolescence c'est le passage à l'âge adulte, le moment d'une série de modifications qui aboutiront, au moins logiquement, à ce que le sujet quitte physiquement le foyer parental. C'est rarement le cas dans notre société moderne, où les enfants ne quittent le domicile parental que bien après avoir atteint l'âge adulte, ce qui rend la notion de distance encore plus problématique.

Acquisition d'une sexualité génitale et quête d'un objet sexuel « adéquat »

A l'adolescence, « la sexualité qui a trouvé son but n'a pas encore trouvé son objet adéquat »⁽⁹⁾.

Le corpus psychanalytique nous propose un modèle qui permet de mieux appréhender la place de la fugue dans le processus adolescent^(8,9,10,11).

Le sujet est confronté, à cette période, à de grands bouleversements sur le plan pulsionnel et affectif. La montée en puissance des pulsions sexuelles causée par les transformations physiologiques de la puberté, qui les regroupe sous le primat génital, expose à nouveau le sujet aux pulsions oedipiennes au sortir de la période de latence : pulsion agressive envers le parent de même sexe, pulsion incestuelle envers le parent de sexe opposé.

Ceci est d'autant plus difficilement supportable pour l'adolescent que l'interdit de l'inceste est à présent intériorisé, intégré dans son surmoi, que la libido est explosive, et l'acte sexuel désormais possible.

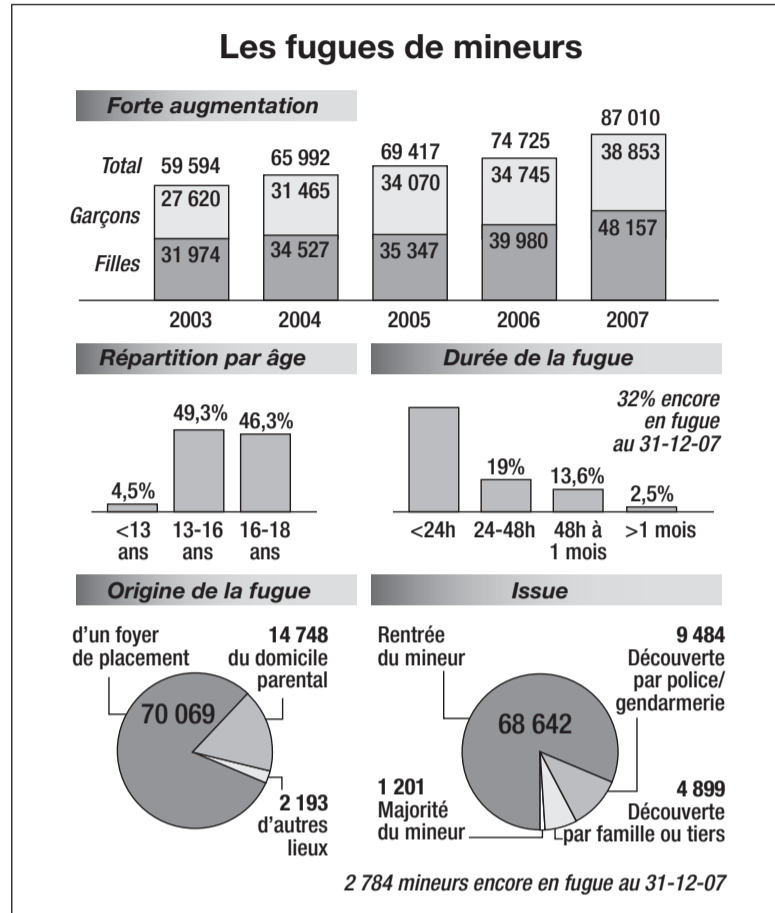
La distanciation physique et affective face aux objets oedipiens devient alors indispensable, avec l'exploration de l'extérieur en quête d'un nouvel objet sexuel.

Quête de nouveaux objets identificatoires et développement du sentiment d'identité

L'identification est, selon Laplanche et Pontalis, le « processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications »⁽¹²⁾.

Avant l'adolescence, l'enfant est dépendant de ses parents, identifié à eux. Cette première identification lui a permis d'une part de se construire, d'autre part de résoudre momentanément le conflit oedipien.

A l'adolescence, devant les pressions internes évoquées plus haut et les pressions externes exigeant de lui une identité propre, une pensée individuelle et originale, il va, dans un double mouvement, d'une part rejeter brutalement le modèle parental, d'autre part mener une quête de nouveaux objets d'identification, (souvent violemment opposés au premier modèle), qui seront successivement idéalisés, adoptés de



dares et les antécédents de tentative de suicide sont retrouvés de manière prévalente par rapport à la population du même âge^(3,6).

On note des difficultés scolaires (redoublements multiples, absentéisme), et des conduites délinquantes (vols, rac-

P.Sullivan, notant la dépression et l'impulsivité comme les facteurs de risques internes les plus significatifs⁽⁷⁾.

On retrouve donc les problèmes familiaux, la dépression et l'impulsivité, thèmes récurrents à l'adolescence, comme facteurs de risques principaux

Où est le problème ?

psychiatrie infanto-juvénile, et secondaire, c'est-à-dire la détection et le traitement précoce ainsi que la prévention des rechutes, ce qui est déjà considérable. Mais en général, le contenu du terme n'est pas précisé et laisse ouvertes toutes les interprétations extensives, depuis l'éducation/promotion à la santé, qui ne sont pas nécessairement du ressort de la psychiatrie ou du psychiatre, jusqu'à l'idée d'une sorte de prévention généralisée se traduisant par la présence ou la mise à disposition d'un professionnel derrière chaque français, bien entendu inenvisageable.

Ceci rejoint l'ambiguïté des politiques publiques concernant la « santé mentale ». Dans les pays anglo-saxons, le terme « mental health » ne soulève guère de controverse, il désigne une psychiatrie à orientation communautaire, autrement dit qui tend à traiter le patient dans son milieu ordinaire de vie, c'est-à-dire avec ses proches, et adopte une posture ouverte vers les populations ou situations plus à risque. Plus de 80% des files actives publiques en psychiatrie générale sont ambulatoires en France, ce qui est exactement le reflet de cette orientation communautaire. On ne peut donc plus séparer les troubles ou les pathologies de leur contexte social et familial d'émergence. Mais il faut bien reconnaître que les praticiens français sont en général peu formés et peu attirés par cette forme de psychiatrie intégrative médico-familio-sociale, qu'ils voient souvent comme une négation de la maladie, lui préférant la simplicité des modèles individualistes, neuro-scientifiques ou psychopathologiques.

Alors ? Psychiatrie bonne à tout faire de tous les délitements du lien social et de la crise économique ? Ou bien repliée dans une tour d'ivoire préservant le précarré des « vraies maladies », innocente des préoccupations de la société concernant la rapidité d'action et les urgences, l'absence de coopération ou les ruptures de soins, au nom de la liberté de la personne ? On voit bien les dilemmes techniques, éthiques, organisationnels qui sont ainsi à l'œuvre depuis une vingtaine d'années. Ils n'exonèrent pas, loin sans faut, la psychiatrie de ce qui lui est reproché, mais elle n'est pas seule à construire ces contradictions. Dans tous les cas, une définition plus précise des missions de la psychiatrie éclairerait les professionnels et ses interlocuteurs.

Un dernier point, dans la situation actuelle, est la « crise dans la crise », qui touche l'hospitalisation complète. Nous en relèverons deux aspects parmi beaucoup d'autres : la prise en charge de l'acuité et la résorption des hospitalisations inadéquates. Ce dernier élément, documenté dans le plan psychiatrie et santé mentale de 2005, et compte tenu de son impact (13 000 personnes), devrait faire l'objet d'une mise en œuvre et d'une évaluation prioritaires. Or, nous ne disposons pas d'informations synthétiques, ni même partielles, concernant le pilotage et les effets dans le temps des actions déjà entreprises⁽¹⁾. Sur la prise en charge de l'acuité rappelons que, selon l'OMS, 40% des patients qui sont adressés ou qui se présentent à l'hôpital psychiatrique peuvent faire l'objet d'une orientation alternative, pour peu qu'une telle offre existe sérieusement dans la communauté. Or, la situation française présente un mélange d'allocation de ressources importantes pour les urgences et au sein de celles-ci, pour les urgences psychiatriques, de fonctionnement qui interroge (problèmes récurrents de coordination entre la psychiatrie et le MCO) et de résultats ininterprétables en termes d'effet (parce que non recherché) sur les admissions en psychiatrie, effet qui devrait être, selon nous, un des objectifs et des principaux indicateurs de résultat. Autre particularité française, le très faible développement d'alternatives à l'hospitalisation sous forme d'équipes mobiles préhospitalières collaborant avec le SAMU, le faible nombre d'HAD, d'UHCD psychiatriques, de centres de crise et la quasi absence d'hôpitaux de jour de crise. Tout ceci semble participer d'une culture psychiatrique française qui forme peu les praticiens à l'intervention d'urgence et de crise, à l'utilité du séjour court et des soins intensifs, la brièveté du séjour hospitalier étant en général subie plus que revendiquée, et donc insuffisamment accompagnée. Ceci contraste fortement avec l'abondance de la littérature et des expériences internationales dans ce sens. Si l'on additionne les questions d'amont et d'aval et les pratiques qui ne consolident pas l'option de court séjour, on peut vérifier que l'efficacité peut être améliorée. ■

(1) D'une façon générale, il paraît extrêmement compliqué de disposer d'informations synthétiques, voire très partielles, sur les dépenses de psychiatrie et de santé mentale (Assurance Maladie, Etat, département), leur répartition et leur évolution.

LIVRES

Violences de la maladie, violence de la vie

Claire Marin

Armand Colin, 20 €

Ce livre propose, dans un premier temps, une brève phénoménologie de la maladie, l'analyse de ses manifestations et de ses effets sur le sujet, tant dans son rapport aux autres qu'à lui-même. Elle est complétée par une réflexion sur le statut accordé à la maladie, au malade et aux soignants dans les différentes cultures. Le diagnostic est un regard critique qui distingue un sujet au sein de la communauté et parfois l'en exclut. C'est alors tout le travail du thérapeute d'ouvrir à sa réintégration dans le groupe, à sa revalorisation sociale, avant même de s'interroger sur le sens de cette expérience pour le malade lui-même. C'est avant tout pour le bien-être du groupe que l'on soigne celui qui souffre. La prise en compte de l'individu et de sa souffrance personnelle, l'écoute même de sa plainte, reste aujourd'hui encore l'un des enjeux à venir de la démarche thérapeutique.

Si la maladie doit être interrogée, c'est aussi dans ses impensés. L'absence de réflexion spécifique consacrée par la philosophie à l'expérience de l'être-malade, pourtant inéluctable, est significative d'un non-dit essentiel : celui d'une représentation de la vie comme puissance, non plus seulement qui porte et qui soutient le sujet, mais qui orchestre également, et même simultanément, sa destruction. C'est bien ce point aveugle que l'analyse de la maladie permet de mettre au jour : la puissance de démolition de la vie, déstabilisant nos croyances rassurantes dans son pouvoir créateur et réparateur, souvent passée sous silence, dans les discours philosophiques comme dans les théories médicales.

Revue française du Stress et du Trauma 2008 n°3

Princeps Editions

Dans ce numéro de la *Revue francophone du Stress et du Trauma*, J. Mitchell et al. reviennent sur leur « programme de gestion du stress lié à un incident critique », rappelant que « maintes confusions et erreurs se sont produites dans le contexte du CISM (Critical incident stress management) parce que quelques chercheurs se sont concentrés sur une technique particulière (le débriefing) qu'ils ont, de manière inappropriée, isolée du contexte bien plus large du programme CISM ». Les auteurs lèvent dès lors un malentendu qui pouvait faire penser, à tort, qu'ils n'étaient pas partisans d'un processus de soins, mais seulement d'une intervention unique, magique, ce qui n'a effectivement jamais été leur propos. C'est pourquoi ils rappellent que « toute étude qui évalue le processus du débriefing de manière séparée du programme général [...] est fondamentalement imparfaite ». Le lecteur prend ainsi connaissance de ce que l'équipe de J. Mitchell considère comme un système global de dépistage et d'outils d'interventions, redéfinissant leurs concepts largement galvaudés, rappelant l'importance de la formation des intervenants, distinguant ce qui s'applique aux individus, aux petits groupes, aux grands groupes et au soutien des professionnels, décrivant ce qui compose leurs programmes, les stratégies proposées et les objectifs poursuivis. Ces précisions tendent à un rapprochement indéniable entre les positions extrêmes tenues lors de la longue controverse sur le débriefing, se rapprochant de celles défendues dans la revue depuis sa création.

LIVRES ET REVUES

Le droit à la santé des personnes handicapées mentales et psychiques

Sous la direction de Raymond Ceccotto, Gisèle Fiche, Hélène Maçon, Gérard Zribi
Editions de l'École Nationale de la Santé Publique, 23 €

Cet ouvrage sur l'accès des personnes handicapées mentales et psychiques à la santé et aux soins rompt avec les traditionnelles déclarations incantatoires et souvent vides de sens sur les droits des personnes handicapées, pour aborder les conditions et les pratiques qui sous-tendent la reconnaissance d'une existence vivante, qui permette d'aimer, d'agir, d'avoir des projets et, plus généralement, de construire son propre cheminement.

Les textes présentés, issus du travail de psychologues, de juristes, de directeurs d'établissements, d'éducateurs, d'assistants de service social, de médecins, de thérapeutes, de responsables associatifs, de formateurs et d'universitaires, ouvrent quelques voies indispensables à la compréhension de problématiques complexes et des pistes stimulantes pour les pratiques, qu'elles relèvent de la clinique, de la formation, ou de la politique sociale. La nécessité d'un travail en partenariat et en réseau est fortement soulignée, notamment avec le dispositif de santé mentale : le transfert de patients à partir des hôpitaux psychiatriques vers des structures médico-sociales aurait nécessité des copérations beaucoup plus fortes qu'aujourd'hui entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Pourtant, alors que les articulations entre le secteur psychiatrique et les autres professionnels de santé (les médecins généralistes, les pédiatres, les professionnels éducatifs et sociaux) restent relativement faibles, l'instauration d'un travail interpartenarier peut atténuer ou éviter les rejets et l'exclusion de l'école, du travail ou encore d'autres espaces publics.

Excitations

Coordination par Claire Rueff-Eccoubès, Félicie Nayrou et Philippe Jaeger
Revue Française de Psychosomatique 2008 n°33
Presses Universitaires de France

La notion d'excitation a connu des destins divers dans les travaux de Freud. Dès 1894, il situe dans l'affect « quelque chose (quantum d'affect somme d'excitation) qui possède toutes les propriétés d'une quantité ».

Ensuite, il avance l'idée de l'importance fondamentale de cette décharge d'« excitations pathogènes ». Ultime, il semble récuser l'excitation comme notion analytique à cause de son ancrage dans le biologique, estimant que le travail de la psychanalyse ne peut « poursuivre le psychique que jusqu'à son fondement et pas au-delà ».

Le concept d'excitation a retrouvé sa place en 1920 dans le modèle de la névrose traumatique que Freud utilise pour introduire la pulsion de mort. Ce point de vue économique freudien a donné lieu à des développements décisifs dans la théorisation psychosomatique : Pierre Marty considère que c'est le débordement de l'appareil psychique par des excitations non liées qui est à l'origine de la démentalisation et de la désorganisation psychosomatique.

Ce numéro aborde les différentes problématiques de l'excitation telles qu'elles sont à l'oeuvre dans la clinique psychosomatique, toujours en dialectique subtile avec la pulsion.

manière plus ou moins heureuse puis à leur tour rejetés.

Ainsi, l'adolescence est « un âge de la vie tissé d'aller et retour entre idéalisation et déception, identifications et désidentifications »⁽¹³⁾.

C'est par la synthèse de ces différents mouvements d'identification et d'opposition, d'idéalisation et de rejet, que l'adolescent pourra progressivement acquérir le sentiment d'être lui-même et la possibilité de produire une pensée qui lui est propre : son identité.

De même, P.Gutton parle de « la bonne errance, celle qui consiste à chercher quelque autre de qualité pour une construction subjectale nouvelle », qu'il oppose à la mauvaise errance sans objet⁽¹⁴⁾.

Donc, si l'errance sans objet est destructrice et dépersonnalisante, l'errance d'objet en objet, en tant que succession de liens sans cesse renouvelés, semble fondamentale dans la construction de la personnalité et de l'identité. Nous voyons ici comment l'accès aux objets extérieurs, leur multiplicité, ainsi que la possibilité de remettre en cause le modèle parental, sont fondamentaux dans le développement de l'identité adolescente.

Ainsi la distance, cette fois en tant que distance psychique et affective, et distance figurée en tant que sortie du foyer vers des objets extérieurs, est indispensable au développement de l'adolescent.

Développement de l'autonomie

L'enfant et l'adolescent sont soumis dans tous leurs actes quotidiens à la loi éducative des parents et de l'école, qui les protège des dangers de la réalité extérieure et les oblige aux actes nécessaires qu'ils ne considèrent pas encore comme tels.

Le foyer et l'école sont les lieux de cette loi, qui, tout d'abord, n'agit qu'en leur sein, là où la surveillance guette et où la loi punit. En ces lieux, le temps et l'espace sont réglementés : heure de dîner, permission de sortie, heure des devoirs, permission de télévision, heure de récréation, heure de la classe...

Par opposition, l'extérieur est idéalisé comme un vaste espace de liberté. Mais c'est aussi l'occasion, non dénuée de risques, d'entrer en contact avec la réalité et justement de concevoir par soi-même comme nécessaires les interdits

et les obligations jusqu'alors imposés, ou d'en rejeter certains. Progressivement alors l'adolescent pourra construire ses propres lois en accord avec la réalité : c'est-à-dire acquérir son autonomie.

On voit donc ici encore que la distance, en tant que sortie de la sphère de contrôle et de protection des parents et de l'école, est fondamentale dans l'acquisition de l'autonomie.

Si elle est nécessaire sur tous les plans, cette distanciation ne nécessite pas forcément un éloignement géographique, un départ physique. Mais la distance physique devient d'autant plus nécessaire que la distance psychique est difficile à prendre.

Ainsi, quand différents éléments empêchent l'adolescent de prendre l'indépendance affective, intellectuelle et morale dont il a besoin, l'éloignement géographique peut lui apparaître indispensable et urgent.

Quand l'intimité avec les parents est trop intense, la relation trop fusionnelle pour se laisser distancier sans violence, ou bien lorsque le modèle parental est trop rigide pour se laisser remettre en cause sans écraser l'adolescent, ou encore trop fragile pour se laisser critiquer sans s'écrouler, l'adolescent peut être amené à avoir besoin de partir.

La tradition du voyage initiatique, que l'on retrouve aussi bien à la Renaissance avec le voyage en Italie, qu'à la fin du 18^e siècle où le tour d'Europe achevait l'éducation des jeunes aristocrates, est une des formes de ce besoin de prise de distance.

Il fait également l'objet de nombreuses œuvres littéraires et cinématographiques, où toutes les vertus héroïques et lyriques sont prêtées aux jeunes voyageurs qui, partant en quête d'un idéal ou d'un trésor mythologique, finissent par se trouver eux mêmes (Candide, l'Alchimiste,...).

Mais, comme le souligne Marcelli⁽¹⁰⁾, la fugue est différente du voyage, et de la route. Si les voyages sont magnifiés dans la littérature, les fugues, elles, sont toujours teintées de mélancolie, voire de tragédie (« Les 400 coups », « Into the Wild », « Narcisse et Goldmund »...) car elles sont le reflet d'une souffrance et d'une inadaptation poignante d'un jeune à son milieu de vie.

En effet, la distance réalisée dans le voyage ne se conçoit que dans le lien

Entretiens psychanalytiques en milieu psychiatrique 2008-2009

par des analystes de la Société Psychanalytique de Paris

Le troisième mardi de chaque mois de 11h à 12h30

Mardi 11 octobre 2008 : Robert Asseo

Mardi 18 novembre 2008 : Paul Denis

Mardi 16 décembre 2008 : Gérard Lucas

Mardi 20 janvier 2009 : Michel Ody

Mardi 10 février 2009 : Marilia Aisenstein

Mardi 17 mars 2009 : Bernard Brusset

Mardi 19 mai 2009 : Jean-Luc Donnet

Mardi 16 juin 2009 : Gérard Bayle

Centre Hospitalier Sainte-Anne
Service du Dr Vacheron, Pavillon Piera Aulagnier
Salle Polyvalente

Renseignements : Dr Ch. Baldacci, Secrétariat du Dr Vacheron, 01 45 65 83 09.
Dr J.L. Baldacci, Centre de consultations et de traitements psychanalytiques, 01 43 29 31 40.

Centre Hospitalier Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75674 Paris Cedex 14

qui sous tend une relation à l'autre. Contrairement au voyage et à la route, la fugue rompt ce lien de manière brutale en plongeant les parents dans l'inquiétude et l'interrogation, et le jeune dans le nomansland d'une errance sans objet.

La fugue contient donc, en plus de la notion de distance, la notion de rupture, d'impulsivité et de passage à l'acte.

L'adolescence, besoin d'agir

Les multiples bouleversements de l'adolescence exposent l'adolescent à une angoisse et une dépressivité inhérente à cette période⁽¹⁰⁾.

Il doit en effet faire face à de nombreuses pertes (deuil des objets oediens; deuil de sa bisexualité potentielle; deuil du statut d'enfant et de sa non responsabilité) de nombreux conflits (ambivalence face à ses parents; autonomisation revendiquée mais douloureuse, l'exposant à une grande angoisse de séparation; émergence des pulsions sexuelles sans possibilités de les assouvir), qui concordent avec l'augmentation des exigences et des pressions externes (exigence scolaire, où il s'agit de moins en moins d'apprendre par cœur, mais de réfléchir et d'exprimer son identité encore peu assurée; exigence sociale, qui nécessite de s'intégrer dans un groupe, de se lier avec ses pairs; exigence amoureuse de trouver un partenaire).

Pour ces raisons, le seuil du monde adulte ne se franchit pas sans angoisse, le statut d'enfant ne se quitte pas sans douleur.

Face à cette montée d'angoisse et ce risque d'écroulement dépressif, l'adolescent répond le plus souvent par le passage à l'acte, qui a, alors, plusieurs fonctions⁽¹⁰⁾ :

- une fonction anti-dépressive, qui, en assurant une médiatisation non mentalisée des pulsions et de l'angoisse, permet d'éviter la prise de conscience dépressogène concernant le caractère conflictuel de sa situation, sa solitude et son vécu de séparation;
- une fonction de lutte contre la passivité;
- une fonction interactive qui permet d'attirer l'attention, de révéler une situation critique, de créer un point de rupture, et de mettre les adultes en difficulté.

Ainsi la fugue répond à une double problématique adolescente : besoin de distance et besoin d'agir.

En fuguant, l'adolescent alerte les adultes, certes, mais provoque aussi la

rupture redoutée, empêchant par là la prise de distance pacifiée, qui serait alors une véritable autonomisation. C'est, d'ailleurs, peut-être pour se prouver qu'il ne désire pas cette rupture, ou qu'elle est impossible, que, devant son angoisse de séparation, l'adolescent fugue pour revenir quelques jours après au domicile.

La fugue apparaît ainsi comme illustrant le grand paradoxe des troubles de conduites adolescents, car elle révèle l'ambivalence face à la séparation. Par la fugue, ils réclament et revendiquent la distance, mettant à mal le modèle parental. Mais, en agissant dans la rupture et le rejet ils s'empêchent de faire le véritable deuil des images parentales, qui implique d'intérioriser certains éléments du modèle et d'en rejeter d'autres. Il devient alors difficile pour eux de prendre véritablement leur autonomie, qui serait de pouvoir partir en étant libéré du modèle éducatif imposé, mais sans être déraciné, sans être coupé de ses origines et de ses premiers liens.

Ces éléments psychopathologiques permettent de tirer deux enseignements pratiques et cliniques sur la fugue :

- elle trouve ses déterminants chez tout adolescent, et ne préjuge pas forcément d'une pathologie mentale établie;
- elle révèle néanmoins un trouble pré-occupant de l'interaction du jeune avec son milieu, qui rend son autonomisation difficile, voire impossible, générateur d'une souffrance psychique importante, qu'il est important de prendre en compte et de traiter car il peut faire le lit de troubles psychiques ultérieurs. Quelle est sa signification sur le plan de la pathologie ?

Fugue et pathologie mentale

La fugue peut se retrouver dans toutes les pathologies mentales de l'adolescence. Elle peut les révéler, mais reste rarement isolée, plus souvent associée à un cortège de symptômes qui éclaireront alors le clinicien sur sa signification psychopathologique. On peut ainsi dénombrer :

- fugue et troubles de la conscience,
- fugue et psychose,
- fugue et dépression,
- fugue et trouble de personnalité.

Les deux premiers cas ne sont pas à proprement parler des fugues puisqu'il ne s'agit pas d'un départ vraiment volontaire du jeune, mais plutôt d'un

voyage pathologique. Ils ne sont cependant pas toujours manifestes et sont importants à repérer.

Fugue et troubles de la conscience

La fugue est alors sous-tendue par une confusion mentale passagère, dont l'origine peut être diverse. Notons la classique fugue épileptique qui survient lors de la confusion post-critique, et la fréquence de ce comportement lors des troubles de conscience induits par des toxiques^(1, 16).

Fugue et psychose

La fugue est sous-tendue par une activité délirante dont l'origine peut être diverse (organique, traumatique, toxique, thymique, schizophrénique...). Cette activité délirante est souvent manifeste, à thèmes variés (persécutif, messianique, syndrome d'influence, injonctions hallucinatoires...) mais peut parfois se cacher derrière une rationalisation morbide dans l'après-coup, surtout chez le patient schizophrène⁽¹⁶⁾.

Fugue et dépression

Nous l'avons vu, les données épidémiologiques pointent les symptômes dépressifs parmi les premiers facteurs de risque de fugue. Sur le plan clinique et psychopathologique les relations entre fugue et dépression sont plus complexes.

La fugue comme défense contre la dépressivité adolescente

L'adolescent est confronté à une série de deuils et de frustrations générant dépression et angoisse auxquelles il s'adapte plus ou moins bien et dont il se défend souvent par des passages à l'acte et des troubles des conduites. Cette défense agit contre la dépression peut exister chez tous les adolescents mais est particulièrement à l'œuvre chez les patients présentant un état limite, comme le souligne D. Marcelli au sujet de la dépression d'abandon : « Une attention toute particulière doit être portée chez un adolescent passant à l'acte, lorsque cette conduite est empêchée pour une raison quelconque. En effet, à ce moment, chez un certain nombre apparaît une dépression où les sentiments d'abandon, de vide et les

souvenirs de séparation traumatique sont évoqués »⁽¹⁰⁾.

La fugue dans les dépressions masquées

Ici, au contraire, la problématique dépressive est sous-jacente, facilement accessible à l'investigation clinique, même si elle n'est pas au premier plan. Ces dépressions masquées à l'adolescence peuvent s'exprimer par divers troubles: anorexie mentale, boulimie, conduite toxicomaniaques, conduites délinquantes, échec scolaire, phobie scolaire..., dont la fugue fait partie⁽⁸⁾.

La fugue associée à un syndrome dépressif patent et sous-tendue par une idéation dépressive prégnante

À l'adolescence, les dépressions caractérisées s'accompagnent d'un cortège de signes associés dont la fugue peut faire partie, au même titre que les troubles des conduites alimentaires et sociales déjà citées. En ce qui concerne les symptômes dépressifs stricto sensu, ceux qui apparaissent préférentiellement chez l'adolescent sont l'irritabilité, l'inhibition et le retrait⁽⁸⁾.

Il est intéressant de noter que la fugue répond au retrait. Comme lui, elle peut être sous-tendue par des idées d'auto-punition, de dévalorisation, d'indignité, qui touchent alors à la gravité mélancolique : « je suis partie parce que je suis un poids pour tout le monde ». Dans ce contexte, on peut aussi considérer la fugue comme une conduite suicidaire, la dangerosité de la situation étant banalisée, voire même recherchée par l'adolescent.

Fugue et trouble de personnalité

Les états limite

L'angoisse, la dépressivité et l'impulsivité adolescente sont particulièrement exacerbées chez l'adolescent à la personnalité limite, chez qui les capacités d'adaptation sont faibles et l'intégrité psychique fragile face aux difficultés de cette période. Ainsi, ces patients éprouvent de manière particulièrement douloureuse ces questions de distance et d'autonomisation, qui les confrontent à une terrible angoisse de séparation et d'abandon, ravivant souvent des souvenirs traumatiques de séparation enfouis ; ils ont du mal à se construire une identité comportant une estime

Séminaires d'Histoire de la Psychiatrie

Cordonné par le Pr J.D. Guelfi et le Dr F. Bing
Sous l'égide du Dr J. Postel

Ce séminaire aura lieu le premier mardi
de chaque mois à 20h

Petit Amphithéâtre de la CMME

Centre Hospitalier Sainte Anne, 100 rue de la Santé, 75014 Paris

7 octobre 2008 : *Histoire des pratiques psychiatriques (1850/1939)*, C. Fromentin

18 novembre 2008 : *Avenir ou fin des classifications ?*, J.D. Guelfi

2 décembre 2008 : *Histoire des addictions*, M. Valleur

6 janvier 2009 : *M. Foucault et « L'histoire de la folie »*, J.F. Braunstein

3 février 2009 : *Psychiatrie et prison*, J.F. Wirth

3 mars 2009 : *Introduction à l'histoire de la pédopsychiatrie*, T. Gineste

5 mai 2009 : *Histoire du magnétisme animal*, O. Husson

2 juin 2009 : *Hérédité et psychiatrie*, F. Bing

Renseignements : Dr F. Bing - Tél. : 01 40 13 06 15. Centre Hospitalier Sainte-Anne, Institut H. Ellenberger, Bibliothèque H. Ey, 1 rue Cabanis, 75674 Paris Cedex 14

de soi suffisante, confrontés à un sentiment de vide intérieur et d'infériorité. De même, ne pouvant vivre le conflit psychique que dans le clivage et dans l'agir, ils sont aussi particulièrement sujets aux passages à l'acte. Les troubles des conduites sont alors explosifs quantitativement et qualitativement, et l'auto-agressivité est au premier plan. Les fugues sont souvent répétées, et l'occasion de graves mises en dangers : toxicomanie, rapports sexuels à risque plus ou moins voulus, prostitution, rencontres patibulaires au mépris du danger, tentatives de suicide...

Personnalités psychopathiques

En toute rigueur, le diagnostic de personnalité psychopathique ne peut être posé avant 18 ans. Cependant, une série de signes avant-coureurs peuvent être répertoriés avant 15 ans et participent au diagnostic selon le DSM-IV. Les fugues répétées en font partie, au même titre que les actes de petite délinquance, les difficultés et la désobéissance scolaires, les conduites toxicomaniaques et la sexualité désordonnée. On peut noter, comme éléments pouvant expliquer les fugues multiples de ces patients⁽¹⁷⁾ :

- l'impulsivité au premier plan, ici aussi comme seul média de l'angoisse et des conflits psychiques ;
- l'intolérance à la frustration et la quête du plaisir, recherché comme un besoin urgent ;
- l'instabilité sur tous les plans : psychomoteur : besoin de bouger sans cesse; affectif : relations épisodiques qui ne peuvent s'inscrire dans le temps une fois passé le premier temps de la séduction; social : incapacité à s'intégrer durablement dans un groupe ;
- le plaisir, la valorisation du défi à la loi ;
- l'absence apparente de culpabilité en général et en particulier envers leurs responsables légaux, chez ces enfants dont l'histoire de vie n'est souvent qu'un patchwork décousu, difficilement reconstituable, d'errance entre des parents abandonnants ou défaillants (alcooliques, violents), des familles d'accueil multiples et des services sociaux épuisés.

Conclusion

La fugue est un acte fréquent, largement sous-déclaré, qui révèle toujours des adolescents en souffrance, tant sur le plan intrapsychique que familial, scolaire, éducatif, social et judiciaire. Répondant à la double problématique de distanciation et de passage à l'acte, c'est surtout une manière d'agir l'angoisse d'abandon et de rupture que tout adolescent ressent face à son auto-

nomisation. La fugue peut être le signe d'une pathologie mentale déjà installée (psychose, dépression, trouble de la personnalité) : elle est alors souvent associée à d'autres signes cliniques. Dans les autres cas, elle révèle, néanmoins, une souffrance liée au trouble de l'interaction du jeune avec son milieu, plus ou moins grave, mais qui peut faire le lit de troubles psychiques ultérieurs. Il est donc nécessaire de ne pas banaliser ce trouble du comportement, de lui donner un sens en fonction de l'histoire clinique de l'adolescent, afin de proposer une prise en charge cohérente et adaptée. ■

M. Bernard

Service du Dr Vacheron, Hôpital Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75014 Paris.

Bibliographie

- (1) P. MESSERSCHMIDT, *Les fugues de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, 1987.
- (2) AFP 11/04/ 2008, Publication du rapport de la Direction Centrale de la Sécurité Publique.
- (3) M. CHOQUET, M. ASKÉVIS, *Qui sont les adolescents fugueurs ?*, Adolescence, 2003, 21, 1, 141-147.
- (4) M. CHOQUET, S. LEDOUX, *Adolescents, enquête nationale*, éditions INSERM, 1994.
- (5) R. POLLEY SANCHEZ, M. W. WALLER, and J. M. GREENE, *Who runs? A Demographic Profile of Runaway Youth in the United States*, Journal of Adolescent Health 2006, 39, 778-781.
- (6) M. ASKÉVIS, *Profil du fugueur*, Adolescence, 1996, 14, 1, 175-177.
- (7) P. M. SULLIVAN, J. F. KNUTSON, *The prevalence of disability and maltreatment among runaway children*, Child Abuse & Neglect 2000, 24, 10, 1275-1288.
- (8) D.J. ARNOUX, *La dépression à l'adolescence*, In Press éditions, 1999.
- (9) P. GUTTON, *Le pubertaire*, PUF, 1991.
- (10) D. MARCELLI, *Adolescence et psychopathologie*, Masson, 1981, 2007.
- (11) J. BERGERET, *Psychologie pathologique*, Masson, 1972, 2000.
- (12) J. LAPLANCHE et J.B. PONTALIS, *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, 1967.
- (13) O. DOUVILLE, *De l'errance et de ses sites*, Adolescence, 1996, 14, 1, 113-125.
- (14) P. GUTTON, Editorial, Adolescence, 1996, 14, 1, 7-9.
- (15) M. PERROT, *Le chevalier errant comme figure valorisante de l'errance*, Adolescence, 1996, 14, 1, 19-35.
- (16) B. LAFONT, D. VALLET et M. PLOUZNIKOFF, *Sémiologie des conduites de fugues*, Encycl. Med. Chir. (Elsevier, Paris). Psychiatrie 1998, 37-113-A 10, 6p.
- (17) F. CAROLI, *Psychopathie : genèse et évolution clinique*, in *Prises en charge de la psychopathie*, Audition publique Haute Autorité de la Santé, 15 et 16/12/2005, p14-15.

LIVRES

Psychologie

18^{ème} édition

Richard Gerrig, Philip Zimbardo
Traduction française dirigée par Serge Nicolas
Pearson, 49 €

Ce manuel nous introduit à la science des comportements psychologiques en touchant tous les thèmes fondamentaux : la mémoire, les processus cognitifs, l'intelligence, les sensations et les perceptions, la personnalité, les troubles psychologiques, les thérapies, etc.

Chaque thème est approfondi par une présentation des auteurs à l'origine de chaque approche (Freud, Piaget, Lacan...) et par les courants théoriques qui s'y rattachent (psychanalyse, behaviorisme, cognitivisme...). Ces disciplines sont complétées par des expériences scientifiques des travaux les plus récents. Ainsi, de nouveaux thèmes liés aux phénomènes de la vie courante ou de l'actualité y sont développés, accompagnés d'illustrations efficaces et attractives, comme par exemple les processus sociaux autour du pouvoir, de l'obéissance à l'autorité, ou encore la psychologie du génocide, de la guerre et de la paix. A la fin de chaque chapitre il y a la possibilité de contrôler ses propres connaissances par des QCM et leurs corrigés.

Voici un manuel idéal pour les étudiants curieux d'apprendre les théories fondamentales de l'histoire de la psychologie et aussi de découvrir les dernières expérimentations. Manuel qui est tout aussi accessible aux lecteurs motivés par la découverte de la psychologie des comportements humains.

A. Guerra

Les phénomènes affectifs

Frédéric Paulhan

Introduction de Serge Nicolas
L'Harmattan, 21,50 €

Il s'agit de la reproduction en facsimilé de l'édition originale du livre de 1887 qui n'avait jamais été réédité jusqu'à aujourd'hui. Frédéric Paulhan (1856-1931) fut un proche collaborateur de Théodule Ribot (1839-1916). Ayant une connaissance solide des travaux contemporains, il s'intéresse dans ce livre aux phénomènes affectifs et aux lois de leur apparition. Il montre que les phénomènes affectifs sont le signe d'un trouble et d'un mauvais fonctionnement de l'organisme. Toute passion, toute émotion, tout sentiment, etc., est en effet le signe d'une imperfection de l'organisme.

L'auteur souligne que les phénomènes affectifs ont été moins étudiés par la psychologie que les faits intellectuels, alors qu'eux aussi sont soumis à des conditions et à des lois. Le premier chapitre porte sur les lois générales de production des phénomènes affectifs. Il souligne que le phénomène affectif est le dégagement d'une quantité considérable de force psychique qui ne peut se dépenser sous une forme systématique. Le second chapitre expose les conditions de production des différentes classes de phénomènes affectifs. Il recherche les variations que subissent les lois générales précédemment énoncées dans leurs applications aux divers phénomènes affectifs (passions, sentiments, sensations, émotions). Dans le dernier chapitre, l'auteur s'arrête sur les lois de production des phénomènes affectifs composés. De cette recherche, il ressort que les faits affectifs sont le signe d'un trouble violent de l'organisme, d'un mauvais état de la machine devenue incapable d'associer ou de dissocier les éléments dont elle a besoin pour former ou compléter une tendance.

Nouveau programme 2008-2009

Séminaire Babylone Psychanalyse, littérature et art

Direction et coordination : Pr M. Corcos et C. Dugré-Le Bigre

Amphithéâtre de l'Institut Mutualiste Montsouris

Inscription le soir même à 20h15 • Entrée 12 € - Tarif réduit étudiant 6 €

Lundi 20 octobre 2008 à 20h30 : LITTÉRATURE - Michel Sanchez-Cardenas
Les récits anti-dépressifs : à propos du Voyage au centre de la terre de Jules Verne. Discutant : Yoan Loisel.

Lundi 5 janvier 2009 à 20h30 : LITTÉRATURE - Yves Thoret
Othello de William Shakespeare, le baiser de la mort. Discutant : Didier Lippe.

Lundi 2 février 2009 à 20h30 : LITTÉRATURE - Vladimir Marinov
Les signifiants corporels chez Arthur Rimbaud. Discutant : Gérard Pirlot.

Lundi 2 mars 2009 à 20h30 : CARTOONS - Pierre Delion
Tex Avery, fin connaisseur des angoisses archaïques. Discutant : Maurice Corcos.

Lundi 6 avril 2009 à 20h30 : LITTÉRATURE - Naomi Segal
André Gide et les garçons perdus. Discutant : Anne-Marie Smith.

Lundi 4 mai 2009 à 20h30 : LITTÉRATURE - Nicole Guedeney
Tolkien et Le Seigneur des anneaux ou comment survivre au désespoir. Une lecture par la théorie de l'attachement. Discutant : Denis Bochereau.

Lundi 15 juin 2009 à 20h30 : ART - Anne-Marie Dubois
Rodin et Freud (titre provisoire). Discutant : Silke Schauder.

Institut Mutualiste Montsouris, Département de Psychiatrie de l'Adolescent, 42 boulevard Jourdan, 75014 Paris. Amphithéâtre de l'IMM, Hall d'accueil. Métro Porte d'Orléans. RER Cité Universitaire. Tél. : 01 56 61 69 19. E-mail : corinne.dugre-lebigre@imm.fr

LIVRES

Une histoire de l'humanitaire

Philippe Ryfman
Collection Repères, La Découverte

Trop de visions segmentées occultent la réalité complexe de l'humanitaire, facteur déterminant pourtant de la survie et du rétablissement de la dignité de millions de personnes et lieu de l'engagement de centaines de milliers d'autres. Pour la saisir, de même que ses enjeux et frontières, ce livre aborde d'abord sa généalogie. Puis il en montre les émergences successives, les transformations et mutations progressives et les dynamiques à travers ses acteurs non gouvernementaux ou publics, avec le recul de bientôt un siècle et demi d'existence.

En toute franchise
Brève chronique de l'hôpital
(mai 1981 - novembre 1998)

Francis Peigné
Editions ESKA

Après une formation à la CFE-CGC, l'activité syndicale de F. Peigné s'est surtout manifestée à partir de 1983 où il a pris la présidence de l'Inter-syndicale Nationale des Médecins Hospitaliers (INMH) qui est devenue ensuite l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH). Il a assumé ces fonctions jusqu'en novembre 1998 où il a cédé la place à Rachel Bocher.

Sa carrière professionnelle a été aussi marquée par son investissement dans la discipline psychiatrique et dans la lutte contre la toxicomanie. Il a fondé en 1989 l'Association francophone des urgences psychiatriques ou AFE-RUP.

Soucieux de réaliser une harmonisation entre les deux secteurs de l'hospitalisation publique et privée, il a été en 1996 un des membres fondateurs avec Louis Serfaty, président de la FIHEP, du Club Perspectives public-privé ou C3P.

Dans le cadre de la préparation de la loi hospitalière de 1991, il a été nommé chargé de mission, de 1989 à 1991, au cabinet de Claude Evin, Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité. Il a élaboré un rapport intitulé « Notre Système hospitalier et son Avenir » publié en avril 1991 aux Editions de l'ENSP et a été l'un des quatre membres de la mission de réforme hospitalière animée par Edouard Couty pour préparer la loi votée en juillet 1991.

Notes pour un roman sur la sexualité

suivi de
Parc Monceau

Pierre Drieu La Rochelle
Edition établie et présentée par Julien Hervier
Gallimard, 11 €

Ces Notes pour un roman sur la sexualité ne sont pas des « notes pour un roman sur la sexualité », mais une confession sans concessions où Drieu La Rochelle se met à nu, avec une sincérité brutale qui fait de lui, à ses moments d'extrême tension, un très grand écrivain.

Il ne s'agit pas de rassembler une documentation en puisant dans ses souvenirs, dans les anecdotes qu'on a pu lui raconter ou dans les écrits des sexologues ou des psychiatres en vue d'en nourrir une intrigue de roman, à la manière dont travaillaient, par exemple, les frères Goncourt. Drieu raconte sèchement, objectivement, les débuts de sa vie sexuelle, et ces débuts sont désespérants.

tempéraments opposés : Binet était un introverti casanier et Vaschide un extraverti qui, à Paris, avait pris goût à la vie mondaine. Des négligences dans le travail de Vaschide, pour qui rien n'allait jamais assez vite, furent sans doute le facteur déclenchant. Les articles de 1898, qui portaient sur l'individualité physique, comportaient de nombreux calculs de corrélations entre diverses variables physiques et physiologiques, calculs dont s'étaient chargés Vaschide. Or, comme le fit cruellement remarquer la *Psychological review*, ces calculs comportaient de nombreuses erreurs...

Vaschide quitte donc le laboratoire de Binet et, après un bref séjour auprès de Janet à la Salpêtrière, il rejoint l'asile de Villejuif où Edouard Toulouse (1865-1947) avait créé en 1897 un laboratoire de psychologie expérimentale (reconnu par l'EPHE en 1900) (1). Ce laboratoire était beaucoup plus attractif que celui de Binet : non seulement il était ouvert tous les jours mais on pouvait aussi le fréquenter la nuit car il disposait de l'électricité ! Les années à Villejuif furent exceptionnellement productives. Sous la direction de Toulouse, Vaschide publia de nombreux articles sur la mesure des sensations. Mais très vite il dirigea ses propres recherches avec la collaboration des autres chercheurs de Villejuif, Henri Piéron et J.-M. Lahy, et avec celle des internes de l'asile, notamment Claude Vurpas, Raymond Meunier et Pierre Rousseau. En 1901 il publie 47 articles, 48 en 1902 et trois ouvrages, 30 en 1903 et deux ouvrages (2)... Si l'activité scientifique de Vaschide est intense, sa vie mondaine l'est tout autant. Il fréquente les salons où il brille par son intelligence et où il bénéficie, comme l'écrit le romancier Binet-Valmer, « du prestige de ceux qui soignent les fous ». Cette vie mondaine est sans doute à l'origine du fléchissement de sa productivité scientifique et dès 1904 il publie beaucoup moins.

Quelques mois avant sa mort Vaschide quitte le laboratoire de Toulouse et devient directeur-adjoint du tout nouveau laboratoire de psychopathologie créé à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes pour Pierre Marie qui, dès son arrivée à Paris, lui avait témoigné une vive affection.

Comme tous les premiers psychologues, Vaschide ignore les spécialisations sous-disciplinaires. Il est expérimentaliste et clinicien. Il s'intéresse au normal et au pathologique. Les thèmes de ses recherches sont très divers : les sensations, le parallélisme psycho-physiologique, le délire et la logique morbide, les monstres, le sommeil, les rêves, la mort..., les grandes fonctions psychologiques (mémoire, abstraction, imagination, attention...). Il est aussi fasciné par l'occultisme et la métapsychologie. Bien que soucieux de généraliser le résultat des ses observations et de dépasser les simples constats et prenant manifestement plaisir aux discussions théoriques (à propos des rêves ou de l'attention par exemple), Vaschide n'a pas laissé de grandes théories. Il a ouvert des pistes de recherches dont certaines se sont révélées intéressantes (sur le rôle de l'attention ou sur la composante cognitive des émotions par exemple) et mis en évidence de nombreux faits (dans le domaine des sensations gustatives, dans celui du développement d'un individu privé d'hémisphères cérébraux, dans la psychologie des jumeaux siamois par exemple) et ses observations cliniques gardent leur pertinence. Mais ces faits et observations ont été depuis précisés et leur origine oubliée. Au début du 21^{ème} siècle si Vaschide intéresse ce n'est pas tant parce qu'il annoncerait l'avenir mais bien plus parce qu'il est particulièrement représentatif de la psychologie du début du 20^{ème} siècle. Comme l'a écrit au lendemain de sa mort, Raymond Meunier, un de ses collaborateurs, interne à l'asile de Vil-

Nicolae Vaschide (1874-1907)

lejuif, il est peut-être « la personnalité qui incarne le mieux les ambitions et les tendances de cette science (la psychologie) renouvelée grâce aux progrès de sa méthodologie » (3). Et nous ajouterions volontiers qu'il en incarne aussi les contradictions.

Le poids du passé :
associationnisme,
dégénérescence,
anthropologie physique

Directement inspiré de la philosophie empiriste anglaise l'associationnisme est la référence commune des premiers psychologues expérimentalistes. L'associationnisme repose sur trois principes : 1. toute connaissance provient de l'expérience sensorielle (empirisme) ; 2. toute connaissance provient de l'association d'images qui sont la trace d'expériences élémentaires, les sensations (réductionnisme) ; l'association, quelles que soient ses formes, est un processus automatique dirigé de l'extérieur (mécanisme). Vraisemblablement sous l'influence de Toulouse, Vaschide reste fidèle à ce paradigme alors que Binet a montré dès le début du siècle son insuffisance (4). Tout juste évoque-t-il dans un ouvrage posthume « la possibilité d'une pensée sans image ». Cette adhésion à l'associationnisme explique l'intérêt pour l'étude des processus élémentaires et plus particulièrement la mesure des sensations qui sont à la base de toute la vie psychique. De plus, les sensations présentent l'avantage de pouvoir être mesurées avec précision au moyen d'appareils, ce qui, pense-t-on, est un gage de scientificité. En 1904, Toulouse, Vaschide et Piéron présentent, dans un ouvrage intitulé assez improprement « Technique de psychologie expérimentale » une série de tests. La plupart de ces tests portent sur la mesure des sensations et sur la mémoire. Présentant ces tests en 1905, Vaschide affirme que « l'étude de la technique sensorielle était (...) certainement la plus importante car de l'examen rigoureux et précis des phénomènes sensoriels dépend la sûreté, la base de tous les autres résultats expérimentaux » (5). Lorsqu'il étudie la mémoire, c'est en termes d'associations, associations par ressemblance et par contiguïté, que Vaschide décrit les stratégies de rappel. Il va même jusqu'à proposer une nouvelle forme d'association dans laquelle on ne voit pas très bien en quoi consiste le processus associatif : « il y aurait une forme d'association intuitive (...) qui consisterait principalement dans la connaissance totale et subconsciente des déviations perçues (...) sans que le sujet ait eu le temps de faire appel à un processus quelconque... » (6). C'est encore aux associations que se réfère Vaschide lorsqu'il analyse les diverses formes de délire. Le délire est une absence de contrôle du processus associatif et ses formes correspondent à l'orientation des associations : délire par introspection mentale, par introspection somatique, par extrospection, délire métaphysique. La théorie de la dégénérescence de Bénédicte Augustin Morel, révisée par Valentin Magnan (1835-1912), a mis l'accent sur les causes héréditaires des troubles mentaux. Au début du 20^{ème} siècle cette théorie est très critiquée et elle sera définitivement abandonnée dans les années 1910. Dans ses écrits psychopathologiques, Vaschide ne se réfère jamais à la théorie de la dégénérescence mais il la prend manifestement au sérieux puisque, en 1903, en collaboration avec Vurpas, il consacre un long article aux signes physiques (les stigmates) de la dégénérescence. Ils en relèvent plus de 200, l'oreille à elle seule en fournit 22 !

L'Ecole française d'anthropologie, avec

à sa tête Paul Broca (1824-1880), se proposait de hiérarchiser les races humaines à partir de mesures du crâne et d'estimations du volume du cerveau. S'inspirant de ce courant des psychologues se demandèrent s'il n'y avait pas, au sein d'une même race et d'une même culture, une relation entre l'intelligence des individus et des mesures de leur crâne. Bien qu'il ait peu publié sur cette question (trois articles seulement), il semble bien qu'elle a constamment préoccupé Vaschide. En 1904 il déclarait avoir « mesuré quelques milliers d'élèves ». Dans ses travaux expérimentaux il croit avoir montré que les élèves les plus intelligents (désignés comme tels par les maîtres) ont une plus grosse tête (donc, dit-il, un plus gros cerveau). Binet, dans une tentative identique, jugeait ses résultats peu concluants.

Psychologie et physiologie

La psychologie qui apparaît à la fin du 19^{ème} siècle se veut scientifique et pour cela physiologique (le laboratoire de Binet était un laboratoire de « psychologie physiologique »). Une des préoccupations constantes de Vaschide est d'établir des correspondances entre le niveau physiologique et le niveau psychologique. S'il lui est arrivé de penser que la psychologie pouvait être absorbée par la physiologie il considère généralement qu'il y a bien deux niveaux distincts. Si la physiologie est la physico-chimie plus la vie, la psychologie est la physiologie plus la conscience.

Lors de sa collaboration avec Binet, Vaschide avait étudié les rapports entre divers processus psychologiques (le tra-

vail intellectuel notamment) et la pression sanguine. Par la suite il s'intéressera surtout aux corrélats physiologiques des émotions : le pouls, la respiration, la température, l'infection. Parmi les émotions, Vaschide étudie l'émotion musicale, qu'il rapproche (à partir de plusieurs études de cas) de l'émotion sexuelle, dans ses rapports avec la respiration et la circulation sanguine. Il va au-delà du simple constat d'une corrélation en montrant, par exemple, le rôle modérateur que peut avoir la perception sur les modifications respiratoires induites par une émotion.

Ces travaux sont le plus souvent menés avec des sujets atteints de troubles mentaux : des aliénés, des cas d'émotions pathologiques. Pour Vaschide, l'examen psycho-physique des malades mentaux n'est pas très commode : «... les sujets ne se prêtant qu'avec mauvaise grâce à des recherches méthodiques qui exigent des précautions dont ceux qui ont fait de pareilles études peuvent seulement se rendre compte » (7). Cet examen reste cependant une voie privilégiée pour l'étude de la « genèse psycho-physique des émotions ». C'est à partir d'observations réalisées sur des malades mentaux que Vaschide prend position contre la théorie des émotions de James et Lange (pour se rallier à celle de son maître François Franck) ; « un fait semble (...) bien établi, écrit-il avec Léon Marchand (8), les modifications respiratoires sont des résultantes de la nature et des modifications de l'activité mentale des sujets » (9).

L'étude des corrélats psychophysiologiques a conduit Vaschide à réaliser quelques travaux de physiologie : sur la topographie de la sensibilité gustative de la bouche, sur les sensibilités tactile et gustative, sur la peau. Elle a aussi

Société Psychanalytique de Paris	
<h2>Séminaire Jean Cornut d'introduction à la psychanalyse Le sexuel et l'infantile</h2>	
	
<p>Programme 2008-2009 (1ère année)</p> <p>Théorie et clinique en psychanalyse et en psychothérapie</p> <p>Cycle de deux ans ouvert aux Médecins, Psychiatres, Psychologues, étudiants en fin d'études.</p>	
Lundi 13 octobre 2008	La vie fantasmatique
Lundi 10 novembre 2008	L'excitation et la pulsion
Lundi 24 novembre 2008	L'étayage et les autoérotismes
Lundi 8 décembre 2008	Le scandale de la sexualité infantile
Lundi 12 janvier 2009	Le complexe d'Edipe
Lundi 26 janvier 2009	La bisexualité psychique
Lundi 9 février 2009	Les stades du développement libidinal
Lundi 9 mars 2009	Le destin des pulsions
Lundi 23 mars 2009	Le rêve, la représentation
Lundi 27 avril 2009	Les résistances au sexuel
Lundi 11 mai 2009	Le sexuel infantile dans la cure
Lundi 25 mai 2009	L'hystérie
Lundi 8 juin 2009	Le masochisme
<p>COMITÉ SCIENTIFIQUE : Jean-Michel Porte, président de la SPP, et Jean-Louis Baldacci, Elisabeth Birot, Gérard Bayle, Bernard Brusset, Dominique Cupa, Monique Cournot-Janin, Paul Denis, Vassilis Kapsambelis, Françoise Moggio, Gérard Szwec</p> <p>COMITÉ D'ORGANISATION : Bertrand Colin, Danielle Kaswin-Bonnefond, Cyrille Munier, Félicie Nayrou</p> <p>Avec la participation de : Liliane Abensour, Marilía Aisenstein, Dominique Cupa, Paul Denis, Gilbert Diatkine, Claire-Marine François-Poncet, Jean-François Guoin, Paul Israël, Denys Ribas, Claire Rueff-Esoubs, Jacqueline Schaeffer, Claude Smadja, Bernard Touati</p>	
<p>Deux lundis par mois 20h45 à la Schola Cantorum 269 rue Saint Jacques 75005 PARIS</p> <p>Le nombre de places limité à 100 participants. Cartes annuelles délivrées par le secrétariat après demande écrite. Dans la mesure des places disponibles, il sera possible de s'inscrire à l'unité auprès du secrétariat de la SPP une semaine à l'avance. Pas d'inscription sur place.</p> <p>La Société psychanalytique de Paris propose un séminaire de sensibilisation à la psychanalyse, ouvert aux médecins, psychiatres, psychologues, et aux étudiants en fin de cursus de Psychologie et de Psychiatrie.</p> <p>A chaque séance sont présentés un exposé théorique et une illustration de cas discutés par les participants. La place de la sexualité infantile sera examinée à partir de tableaux cliniques rencontrés en psychanalyse et en psychothérapie analytique.</p> <p>DROITS D'INSCRIPTION POUR L'ANNÉE : 130 € Formation continue : 260 € A l'unité : 15 €</p> <p>Chèque libellé à l'ordre de la SPP, à retourner à : LA SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS Merci de joindre à votre règlement vos coordonnées précises (nom, prénom, adresse, téléphone, profession et études en cours)</p> <p>UNE CARTE D'ENTRÉE VOUS SERA ADRESSÉE EN RETOUR</p> <p>Quelques inscriptions à l'unité pourront se faire une semaine à l'avance auprès du secrétariat de la SPP. Pas d'inscription sur place.</p> <p>Pour tous renseignements, s'adresser à : SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS 187 rue Saint-Jacques, 75005 Paris Tél. : 01 43 29 66 70 Fax : 01 44 07 07 44 E-mail : spp@spp.asso.fr Site Internet : www.spp.asso.fr</p> <p>Lundi-mercredi : de 9h à 13h Mardi-jeudi : de 13h à 17h</p>	

conduit à des travaux portant sur la mesure des paramètres physiologiques, notamment de la pression sanguine. Pour Vaschide, comme pour Binet et Toulouse, ces questions de méthodes de mesure sont centrales dans la mesure où des techniques d'observation approximatives conduisent souvent à des résultats erronés. « *Les faits expérimentaux valent ce que vaut la méthode qui a présidé aux expériences* » écrivent Toulouse et Vaschide. Vaschide et Piéron montrent que, contrairement aux idées reçues, il n'y a pas élévation de la température au cours du travail intellectuel. On a cru observer une telle augmentation car on utilisait des méthodes ne permettant pas de bien contrôler les effets de l'effort physique. Plus fondamentalement, Vaschide est convaincu que les progrès dans la connaissance sont déterminés pour une large part par les progrès des techniques expérimentales et d'observation.

Bien qu'elles se veulent psychologiques, les études sur la mort font une large part à la physiologie. Vaschide à longuement observé, enregistrements à l'appui, les derniers instants des aliénés de Villejuif. « *Nous avons suivi pas à pas, minute par minute, les malades dans leur agonie, nous avons soigneusement noté leurs spasmes, leurs moindres mouvements, leurs derniers gestes. Les battements du cœur, l'état du pouls, l'aspect de la respiration ont spécialement attiré notre attention* » (10). Vaschide note à l'approche de la mort la réapparition brusque d'un état mental lucide mais son intérêt principal porte sur les étapes de la mort telles que les indices physiologiques les révèlent : épouement de la conscience, agonie du bulbe, mort du cœur.

Vaschide a toujours été préoccupé par les rêves. Expérimentalement, il a étudié, avec Raymond et Paul Meunier la mémoire des rêves et la nature des images oniriques. Il se montre éclectique quant à la méthodologie et utilise à la fois la méthode introspective, ou subjective, qui consiste à analyser son état mental au moment de l'endormissement, à se faire réveiller et à noter alors le souvenir du rêve, et la méthode dite objective où l'on étudie les rêves des autres, éventuellement en les provoquant au moyen de diverses stimulations.

Mais, et c'est manifestement là une originalité, Vaschide accorde une grande importance aux indices comportementaux et physiologiques, c'est, dit-il, « *la meilleure méthode* » : « (...) de l'état du pouls, de la respiration, de la mimique, des mouvements du corps, de quelques paroles entrecoupées, on peut presque toujours se faire une conviction si l'animal ou l'individu rêve, et maintes fois on peut apercevoir dans les grandes lignes le contenu effectif du rêve en lui-même » (p. 202). Dans ses conditions on peut très bien étudier les rêves des sujets à leur insu : « *dans l'immense majorité des cas, écrit Vaschide, les sujets n'ont jamais été au courant de mes recherches* » (p. 210).

Notons que Vaschide et Piéron ont publié un ouvrage sur la valeur sémiologique du rêve et une série d'articles où ils examinent la croyance en la valeur prophétique des rêves dans diverses cultures.

Psychologie expérimentale et psychologie clinique

Vaschide affirme souvent, et de manière péremptoire, que l'expérimentation, accompagnée de la mesure est la seule voie de la connaissance. « *Ce n'est, écrit-il, (...) que par l'application des méthodes de la psychologie expérimentale à la psychiatrie que peut se constituer positivement la psychologie pathologique* » (p.14). Mais bien des thèmes qu'il aborde, le délire par exemple, ne sont pas accessibles au moyen de cette méthode, et pour en traiter Vaschide utilise la

L'inconscient freudien

Samedi 22 et dimanche 23 novembre 2008
Maison de la Mutualité - 24, rue Saint-Victor - 75005 Paris - Métro : Maubert-Mutualité



Présidence : Jean-Michel PORTE • Organisation générale : Gérard BAYLE, Elisabeth DAHAN-SOUSSY • Comité d'organisation : Clarisse BARUICH, César BOTELLA, Marthe CARTIER-BRESSON, Françoise FEDER, Jacques FORTINEAU, Nicolas GOUGOULIS, Danielle KASWIN-BONNEFOND, Félicie NAVROU
Intervenants : Marilisa AISENSTEIN, Jacques ANGELERGUÉS, Jean-Louis BALDACCII, Sara BOTELLA, Françoise COBLENCÉ, Françoise CRIBIER, Dominique CUPA, Laurent DANON-BOILEAU, Paul DENIS, Gilbert DIATKINE, Jean-Luc DONNET, André GREEN, Christine JEAN-STROCHLIC, Vassilis KAPSAMBELIS, Sabina LAMBERTUCCI-MANN, Claude LE GUEN, Albert LOUPPE, Marcello-Sesto PASSONE, Roger PERRON, René ROUSSILLON, Claire RUEFF-ESCOUBÉS, Gérard SZWEC, Heinz WISMANN.

Inscription : 120 € - Formation permanente : 240 €
Analystes en formation des instituts de psychanalyse de la SPP, APF, SPRF : 80 € - Étudiants : 20 €

Pour toute information complémentaire, merci de contacter la SPP - Colloque - 187, rue Saint-Jacques - 75005 Paris
Site Internet : www.spp.asso.fr • Mail : scientifique@spp.asso.fr • Tél : 01 43 29 66 70

méthode clinique : il décrit aussi précisément que possible des cas et fournit des interprétations à partir des concepts dont il dispose, en l'occurrence ceux que fournit la théorie associationniste, ce qui conduit à repérer des chaînes d'associations. Devant cette contradiction il adopte plusieurs attitudes. La première consiste à feindre, dans un abus de langage manifeste, que les méthodes cliniques sont expérimentales. C'est ainsi, par exemple, qu'il qualifie une de ses études de cas de « *presque* » expérimentale.

La seconde attitude consiste à considérer la méthode clinique comme un pis-aller, en repoussant dans un avenir indéterminé l'étude vraiment expérimentale des phénomènes en question. Pour Vaschide, la science, « *qui aspire à voir tous les phénomènes sous la forme la plus pure, la plus idéale qui est un rapport numérique, ou mieux encore algébrique* » (13) (p.176), ne peut se contenter de ces analyses qualitatives de la succession des phénomènes mentaux. Il en montre cependant tous les avantages : « *par cette méthode d'investigation, on arrive à une connaissance systématique des phénomènes de conscience saisis dans leurs conditions antécédentes immédiates qui sont déjà un commencement d'orientation dans un sens déterminé et d'explication véritable. Cette pénétration dans le mécanisme psychologique, dans le substratum d'une activité mentale qui aboutit à une construction tantôt floue, incohérente et indécise, tantôt précise, nette et systématique, nous semble supérieure à la photographie pure et simple de l'édifice, qu'ont coutume de reproduire les différents tableaux cliniques* » (ibid.). L'analyse vraiment scientifique est reportée à plus tard : « *En attendant que les progrès de la psychologie expérimentale nous permettent de pénétrer avec des mesures exactes et précises dans une conscience et d'établir des rapports plus abstraits, presque numériques entre les divers phénomènes mentaux, le psychologue et le psychiatre qui voudront étudier les processus de l'activité mentale trouveront dans ce mode de recherches une voie suffisamment précise qui leur permettra, espérons-le, de pénétrer dans la genèse et la structure de certaines conceptions de la vie psychologique (...)* » (ibid., p.177).

Enfin, une troisième attitude, et l'on peut penser que c'est vers elle que tend Vaschide, consiste à la fois à considérer que la méthode clinique appliquée aux cas pathologiques est source de connaissance, au même titre que la méthode expérimentale (il s'inspire alors de Théodule Ribot et de sa « *méthode pathologique* ») et à élargir cette dernière dont il raille parfois le caractère un peu étroit. La méthode clinique appliquée aux cas pathologiques permet d'observer la dissociation de facteurs qui sont simultanément présents chez le sujet normal. Une illustration de cette approche est fournie par un travail sur la perception de l'espace conduit avec Pierre Rouseau (14).

Ils analysent à partir d'un cas unique les effets des lésions du système nerveux sur l'orientation spatiale. Atteint de sclérose et aveugle, le sujet est examiné, quelques semaines avant sa mort, au moyen des diverses techniques de mesure des sensations mises au point avec Toulouse. Les images visuelles, dues à des souvenirs antérieurs ne jouent qu'un rôle restreint dans la perception de l'espace.

Deux modes de perception ont remplacé les perceptions visuelles : la perception tactile dynamique, alors que la perception tactile superficielle est abolie ; l'utilisation d'indices kinesthésiques et musculaires provenant des membres supérieurs (par exemple, pour sortir de la salle, le sujet s'appuie sur la barre de fer des lits placés à la file ; pour connaître l'endroit où il se trouve il ne compte pas les lits mais, connaissant par habitude l'écartement des lits, il s'oriente grâce à la conscience de l'effort musculaire accompli pour franchir ces espaces différents).

« *L'espace moteur peut devenir le principe d'un automatisme particulier, excluant - éliminant même par défaut d'usage - les systèmes plus anciens d'images mentales visuelles* » (p. 15).

S'inspirant de la théorie mathématique de l'espace de Poincaré, Vaschide généralise ce principe de vicariance : à la dissociation des sensations doivent correspondre de nouvelles images motrices différentes des images motrices ordinaires et donner lieu à une nouvelle dimension de l'espace.

LIVRES

Un siècle de psychométrie et de psychologie Etablissements d'applications psychotechniques

Denise Guyot et Robert Simonnet, Préface de Marcel Turbiaux
L'Harmattan, 38,50 €

Les établissements d'applications psychotechniques (E. A. P.) ont tenu, dès leur création, en 1927, un rôle moteur dans le développement de la psychologie appliquée, tant en France qu'à l'étranger, à la fois par la commercialisation de ces instruments, nécessaires et indispensables à la science psychologique, que sont les tests et en encourageant la recherche en vue de l'amélioration des techniques et l'élaboration et la mise au point de nouvelles méthodes. Ainsi, les E.A.P. furent, non seulement des témoins, mais encore des acteurs des progrès et de l'élargissement de la psychotechnique, étant à la fois, fabricants de matériels de psychométrie, de tests papier-crayon et éditeurs d'ouvrages et de revues de psychologie. L'expérimentation, en se modelant sur les sciences naturelles, a fait de la « *nouvelle psychologie* » une science et le laboratoire en devint le symbole. Les historiens de la psychologie ont longtemps négligé l'histoire des tests et des instruments de laboratoire. Ce livre montre le rôle qu'ils ont joué dans l'édification de la psychologie, dans sa théorie comme dans sa pratique.

Psisyphe

Travaux d'un psychiatre-psychanalyste

Jean Pierre Rumen

L'Harmattan, coll. *Psychanalyse et civilisations*

Voilà un ouvrage dont le sous-titre est au moins aussi important que le titre. Le fait qu'il s'agisse d'un recueil de textes n'épuise sans doute pas le sens de « *travaux* » : il éclaire la nécessité sans cesse à recommencer d'une mise en chantier de notre savoir clinique et thérapeutique. Celui-ci, nous rappelle Jean Pierre Rumen, ne peut se nourrir que de la confrontation (qui peut valoir confirmation ou au contraire infirmation) de notre savoir théorique (héritage de deux siècles de clinique psychiatrique et de son approfondissement par la psychanalyse) et de ce que nous disent nos malades. Ce n'est probablement pas un hasard si l'auteur a choisi d'accoler un tiret entre « *psychiatre* » et « *psychanalyste* » : « *pas l'une sans l'autre* » nous rappelle-t-il, comme s'il pouvait exister des sujets réservés aux uns ou aux autres. La psychanalyse n'est pas un supplément d'âme à une clinique déjà constituée *par ailleurs*, mais ce grâce à quoi la question que nous portons tous en nous (la première d'entre elles reste bien celle de Montaigne : *qui suis-je ?*) n'est pas obturée par une objectivation d'un symptôme - quel qu'il soit - dont la finalité serait de procéder à son effacement. L'auteur, citant Lacan, nous le fait particulièrement saisir : « *Quelle est la demande qui s'adresse au médecin ? Non pas celle de guérir, comme on le croit communément. Cette demande, c'est la mise à l'épreuve de sa capacité à faire sortir le patient de sa position de malade* » (p.115). Plusieurs points semblent à la fois pertinents et frappants, permettant de repérer quelques lignes de force.

Le premier concerne la dimension *politique* de l'exercice de psychiatre-psychanalyste : celle-ci peut certes s'exercer directement (comme en témoigne le remarquable texte que consacre l'auteur à cette troublante coïncidence que certains hauts responsables serbo-croates comme Raskovic ou Karadjic étaient psychiatres) mais surtout à des niveaux plus souterrains. Celui du *topos* en tout premier lieu, ce lieu tout à fait particulier qui unit d'où l'on vient et ce que l'on est : en d'autres termes, la subjectivité, cet « *abri sacré de la différence entre mon moi et le vôtre* » (Pierre-Henri Castel), n'est pas une monadologie pure (écueil dans lequel tombent le plus souvent les théories qui font du malade un être pur, cognitif ou biologique) mais inscrit dans une histoire qui le dépasse et l'englobe, celle de son affection socio-historique. Si nous sommes des « *corps affectés par le langage* », nous dit l'auteur citant Lacan, c'est parce que nous sommes des êtres historiques, au-delà de notre être de nature, pour reprendre une terminologie hégélienne. La dimension *politique* de l'exercice se situe précisément là et les leçons de la *Massenpsychologie* (texte dont l'importance aux yeux de l'auteur est aussi à mesurer au nombre de citations qu'il en tire) sont encore à méditer et à travailler.

Le deuxième point en découle : celui d'une posture qu'il faut bien qualifier d'éthique. A différencier d'une morale donc. La morale est à l'éthique ce que la réglementation est à la loi, c'est-à-dire ce que l'imaginaire est au symbolique. L'éthique appelle un engagement, la morale une obéissance. Jean Pierre Rumen (il s'en explique et nous lui laissons l'exclusivité de ses arguments) a préféré ne pas obéir : c'est ce que Max Weber appelle l'« *éthique de conviction* ».

Enfin, le troisième point fait l'un des grands mérites de ce livre : ce sont les extraordinaires « *cas cliniques* » qui constituent sans doute à dessein la dernière partie du livre. Car (et c'est là une position véritablement éthique), c'est d'abord pour eux (qu'on les appelle patients, malades, analysants, etc...) que l'on travaille, que l'on lit, que l'on réfléchit : notre époque est avare de publications cliniques (un symptôme de plus probablement...) et ce que l'auteur nous offre du déploiement d'outils théoriques au service de la cure est souvent brillant. Au total, l'impression dernière que l'on garde de la lecture de cet ouvrage est celle d'une honnêteté et d'une dignité d'un médecin resté fidèle au serment hippocratique. « *Il faut imaginer Sisyphe heureux* », disait Camus. Jean Pierre Rumen nous y invite.

P. Valente

Les fantasmes provoqués et leurs dangers Essais sur la « technique active » en psychanalyse

Sandor Ferenczi, Préface de Gisèle Harrus-Révidi
Petite Bibliothèque Payot, 8 €

Considérant que la psychanalyse n'était pas suffisamment efficace, Sandor Ferenczi inventa, en 1919, une technique, la « *technique active* », selon laquelle l'analyste ne se borne pas à interpréter, mais doit aussi intervenir par des injonctions et des interdictions - et qu'il va pousser jusque dans ses limites. Ferenczi pensait, notamment, que la plupart des problèmes de ses patients étaient liés à la période de l'apprentissage sphinctérien. Il était persuadé qu'actualiser les sensations éprouvées dans l'enfance permettait de retrouver des traces d'un passé traumatisant. De plus, afin de restaurer une identification à un parent qui avait manqué durant l'enfance, il pouvait aller jusqu'à permettre à un ou une patiente de l'embrasser. D'où des mises en garde de Freud qui, agacé, appelait cette méthode la « *technique du baiser* »...

LIVRES ET REVUES

Psychanalyse de Victor Hugo

Charles Baudouin
 Preface de Pierre Albouy
 Imago, 22 €

Les éditions Imago poursuivent la réédition de l'œuvre de Charles Baudouin, à la suite de *Psychanalyse du symbole religieux* (2006), *L'Âme et l'Action* (2006) et *De l'Instinct à l'Esprit* (2007).

En s'appuyant sur la psychanalyse - celle de Freud, Jung, Adler, notamment, Charles Baudouin a été le premier à ouvrir la voie à l'exploration de l'imaginaire hugolien, à discerner dans ce monument littéraire la force active des complexes et des traumatismes, et à les suivre jusqu'à leur élaboration mythologique et spirituelle. Ainsi du complexe de Caïn, issu de la rivalité fraternelle entre Victor et Eugène, ce frère aîné frappé de folie le jour des noces du poète avec Adèle Foucher. Ainsi du complexe d'Oedipe, manifesté lors de la séparation de ses parents et exacerbé par l'hostilité marquée envers le père. Ainsi, bien sûr, du traumatisme provoqué par la mort de sa fille, Léopoldine, devenue Ange Liberté.

Explorant l'œuvre poétique, dramatique et romanesque, Charles Baudouin propose une analyse pionnière des motifs obsessionnels qui hantent Victor Hugo tout au long de sa vie, et qui l'amèneront à retracer, de façon magistrale, l'odyssée de la conscience humaine.

Vers l'anthropopsychiatrie un parcours rencontrer, relier, dialoguer, partager

Jacques Schotte
 Hermann Editeurs, 38,50 €

Né en Belgique à Gand en 1928 et décédé en 2007, Jacques Schotte relate son cheminement de psychiatre conformément à sa vocation d'aborder la psychiatrie entre médecine et philosophie et d'engager la discipline vers une « anthropopsychiatrie » qu'il a développée à travers l'analyse du destin. Ce choix ne l'a jamais quitté. Il raconte, dans cet entretien avec Jean-Marc Poellaer, son enseignement et ses recherches enrichies par les nombreuses rencontres qui ont jalonné son parcours dans un engagement inlassable à la vision clinique de Freud.

Husserl, Heidegger, Binswanger, Maldiney, Van Breda, Kuhn, Tellenbach, De Waelhens, Chapelle, Deese, Ortigues, Foucault, Lacan, Ricœur, Dolto, Pankow, Tosquelles, Oury... sont autant de noms que de visages que l'on retrouve ici avec de nombreux poètes et amis autour de la figure majeure de Léopold Szondi, dont Jacques Schotte a repensé le système dans sa propre élaboration anthropopsychiatrique.

Faire autorité dans la France du XIX^e siècle

Le Mouvement social n°224
 La Découverte, 16 €

Ce numéro aborde les modalités par lesquelles s'exerce la relation sociale d'autorité dans la France du XIX^e siècle, entre continuité et invention, imposition et négociation. Cette dynamique affecte, en premier lieu, les rapports entre les serviteurs de l'Etat - gendarmes, instituteurs, militaires, maires dans une certaine mesure - et le reste de la population, mais constitue également un enjeu dans d'autres configurations : dans la famille, l'entreprise, les tribunaux de commerce, au village, ou encore dans l'entre-deux incertain qu'opère le romancier entre littérature et politique.

Le prix Pierre Mâle

Le prix Pierre Mâle 2008 a été attribué (ex æquo) à Isée Bernateau pour ses articles « *Sylvie ou comment se séparer des morts ?* » *Adolescence* (Psychothérapie III), 2006, 24, 2, 453-426, ainsi que « *Le temps arrêté* » *Adolescence* (Temporalité), 2004, 22, 4, 845-855 et à Nathalie Zilkha pour ses articles « *Honte(s)* » *Adolescence* (Attaques du corps), 2004, 22, 2, 245-256 ainsi que « *Qui échappe à l'exception ?* » *Libres Cahiers pour la psychanalyse*, 2006, 13, 87-94.

Les travaux cliniques en psychopathologie permettent aussi, par contraste ou par similitude, une meilleure appréhension de la vie mentale normale. « *Une fois que l'on pourra établir des observations précises sur la structure de la vie mentale des troubles psychopathiques, la vie mentale normale pour être examinée plus rigoureusement et on se rendra mieux compte des éléments qui caractérisent et différencient ces deux vies qui se touchent sur bien des points* » (15) (p. 3).

Un des aspects de l'élargissement de la méthode expérimentale est l'adaptation de la méthode aux sujets. Dans un de ses derniers travaux publiés, sur la mémoire chez les aphasiques, il écrit : « *Il faut d'abord vivre avec les malades, il faut vivre de leur vie, et c'est seulement alors que l'on arrivera à saisir le mécanisme de leurs souvenirs. Ce que nous avons fait. Nous avons largement vécu leur vie ; nous les avons suivis au café, dans leur promenade, pendant les courses où nous étions à côté d'eux, au dortoir, et, tout en faisant semblant d'être occupés ailleurs, nous ne les perdions pas de vue. Il faut ajouter encore que connaissant les malades nous imaginions les expériences selon leur type après avoir essayé des expériences méthodiques et systématiques qui donnerent des résultats très difficiles à interpréter* » (16).

Occultisme et métapsychie

Comme tous les psychologues du début du XX^e siècle, Vaschide s'est préoccupé des phénomènes paranormaux avec la volonté de rechercher ce qu'il pouvait y avoir d'avéré dans les témoignages rapportés par les partisans des sciences occultes. L'occultisme a toujours fasciné Vaschide. Il déclare avoir beaucoup fréquenté « *les charmantes diseuses de bonne aventure : tireuses de cartes, devineresses par le marc de café, prophétesses du tarot, chiromanciennes, graphologues, physiognomistes, j'ai frappé à toutes les portes !* » écrit-il. « *A différentes époques et sous des noms différents (...) je les ai consultées sur mes peines imaginaires ou réelles et sur mon avenir. Je n'ai visité aucun pays, aucune ville sans recourir à l'augure, à la somnambule du lieu. J'ai noté judicieusement tous les avis et toutes les prophéties et, depuis dix ans, j'ai réuni une collection de tout premier ordre. Pour me renseigner sur les méthodes de mes devins, et plus spécialement sur la valeur de leurs méthodes, je leur ai conduit des malades, des personnes que je connaissais intimement ; je répétais l'expérience indéfiniment, me déguisant souvent...* » (17) (p. 433).

En 1900, la plupart des psychologues pensent que la télépathie est une réalité. Une grande enquête conduite en Angleterre, aux Etats-Unis et en France par Gurney, Myers et Podmore, et dont le compte-rendu est publié en français en 1899 sous le titre *Les hallucinations télépathiques*, semble l'avoir prouvé. Tout en rendant compte avec beaucoup de déférence de ce travail, Vaschide considère que les auteurs ont accordé une importance bien trop grande aux témoignages recueillis sans les sou-

mettre à un examen critique. Il déplore aussi que l'on n'ait pas tenu compte des coïncidences et des circonstances. A partir de l'analyse de plusieurs cas il montre que les cas de télépathie qui ne relèvent pas du hasard, au demeurant assez rares, peuvent s'expliquer par des processus psychologiques sans faire appel à des forces mystérieuses, suprasensibles. La grande majorité d'entre eux « *s'expliquent facilement par une sorte d'harmonie intellectuelle préétablie donc psychologiquement* » (18) (p.95) (relations intimes, souvenirs partagés, amour, sympathie émotionnelle profonde). Il montre également que c'est à l'approche de la mort, dans les moments de grande souffrance et de grande détresse, que les hallucinations télépathiques se manifestent le plus nettement. On peut imaginer que sous l'effet d'une émotion le nombre des images mentales se réduit et que naît, par un mécanisme à élucider, une hallucination télépathique correspondant, du fait de l'harmonisation intellectuelle préétablie, à l'état mental d'un autre sujet. Vaschide et Piéron ont, également, cherché à montrer expérimentalement, sans succès, qu'un esprit pouvait agir sur un autre. Vaschide ne nie pas qu'il est sans doute des phénomènes actuellement inexplicables : « *Tout est probable et le meilleur esprit scientifique conseille d'avouer notre ignorance des faits, avant de les nier. Il recommande surtout de les exclure, ou plutôt de n'en abandonner l'étude, que lorsqu'ils sont tout à fait incompatibles avec le matériel des connaissances solidement acquises* » (ibid., p.8). Mais si rien n'est impossible dans le domaine biologique, il faut d'abord, avant de faire appel à des phénomènes miraculeux, approfondir la connaissance de notre vie mentale : « *Avant d'admettre que notre pensée franchit l'enveloppe crânienne de notre cerveau, et vole dans l'espace sous la forme d'une vibration télépathique, s'acheminant ainsi vers son but lointain, étudions sans trêve ce monde : « nous »...* » (ibid., p. 97).

Lorsqu'il est décédé, Vaschide avait quasiment terminé un volumineux ouvrage sur *La psychologie de la main*. Dans cet ouvrage érudit la main est considérée selon des points de vue très divers. On y trouve, non seulement, des chapitres sur la chiromancie et sur l'anatomie et la physiologie de la main, mais aussi des développements sur les empreintes digitales, sur la poignée de main, sur la crampe des écrivains, sur la main d'un point de vue anthropologique, sur la main dans les œuvres d'art... Vaschide y expose aussi ses recherches sur le caractère prédictif de la chiromancie. Nombreuses, celles-ci

sont exposées assez sommairement. Elles sont toutes conduites sur le même principe : mise en présence des mains la chiromancienne doit procéder à une prédiction qui est confrontée à un critère externe. Pour Vaschide, il est clair que les chiromanciennes n'utilisent pas seulement, pour leurs prédictions, l'observation de la main, mais qu'elles sont aussi très habiles à tirer des informations de la physionomie, du langage et de tout ce que peut leur apprendre, à son insu, leur client. Mais il est clair aussi pour lui, et il pense l'avoir montré, que la main en elle-même est une source d'informations fiables sur la mentalité du sujet, sa mentalité présente, son caractère, son passé clinique, ses caractéristiques et troubles intellectuels. Les correspondances entre les caractères de la main et des caractères psychologiques sont « *logiques* » : « *Il y a une adaptation motrice de toutes nos secousses psychiques, de toute notre rumination mentale, et il reste, il doit s'imprimer nécessairement des traces dans tous les tissus aponévrotiques, articulaires, tendineux et musculaires, tissus sensibles et riches en vaisseaux sanguins et en filets sensitivo-sensoriels* » (p.483). Pour ce qui concerne la prévision de l'avenir, Vaschide est beaucoup plus sceptique car les prédictions de ses chiromanciennes ne sont pas fameuses. Mais il n'exclut pas la possibilité de prévoir l'avenir « *qui se trouve nécessairement en nous, dans nos réactions psychologiques, dans notre manière d'agir, de sentir, dans notre sensibilité* » (p.486). Finalement, Vaschide, malgré ses éloges de l'esprit scientifique qui serait la seule source de vérité, se montre plutôt respectueux des sciences occultes : « *On a tort de mépriser en bloc les sciences occultes : on trouve dans les travaux de leurs adeptes des documents d'une valeur réelle, et toutes contiennent quelques données déformées, amplifiées, mais réellement vraies (...). Avant de critiquer ces sciences, qu'on songe qu'elles synthétisent d'innombrables expériences, expériences de milliers d'années, dont la vie humaine est empreinte consciemment et surtout subconsciemment. Il s'agit d'une expérience en somme ancestrale* » (p.31).

Conclusion

Le 13 octobre 1907, deux mois avant ses 33 ans, Vaschide, constamment surmené, meurt d'une pneumonie contractée quelques semaines plus tôt. L'œuvre réalisée, en une dizaine d'années, est impressionnante par son volume et sa diversité. De toute évidence, elle est inachevée. Les nombreuses idées originales de Vaschide n'ont pas été développées, organisées, systéma-

tisées. Ses projets de vastes synthèses n'ont évidemment pu être réalisés. Bien que ce soit tentant nous ne spéculerons pas sur ce qu'aurait fait Vaschide et sur ce qu'il serait devenu s'il avait vécu quelques décennies de plus. Bornons-nous à citer les propos de deux personnes qui l'ont bien connu et qui ont été frappées par la difficulté à concilier une vie mondaine intense et une activité scientifique exigeante, Henri Piéron et Binet-Valmer. Pour Piéron, la vie mondaine de Vaschide avait déjà détruit sa créativité scientifique, mais « *peut-être eût-il acquis comme médecin, une véritable renommée et l'on eût parlé de lui dans les salons comme d'un nouveau Charcot* » (19). Pour Binet-Valmer, Vaschide (Costake Batchano dans son roman) « *a une des plus admirables intelligences qui soit. Ses travaux de psychologie expérimentale sont célèbres dans le monde entier : c'est un grand homme* ». Mais « *il se détruit la santé pour pouvoir tenir son double rôle de savant et d'homme du monde... il se ressaisira, je n'en doute pas... quand je songe aux dangers que lui-même court, j'en suis épouvanté* » (20). ■

Michel Huteau

Bibliographie

- (1) Pour l'action et l'œuvre d'Edouard Toulouse cf. Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République*, Paris, L'Harmattan, 2002.
- (2) Pour la liste des publications de Vaschide cf. Michel HUTEAU, *Un météore de la psychologie française : Nicolae Vaschide (1874-1907)*, Bulletin de psychologie, 2008, 61, 2, 173-199.
- (3) Meunier RAYMOND, *La psychologie et la philosophie de Nicolae Vaschide*, Montlignon (Orne), Imprimerie de Montlignon, 1907.
- (4) Michel HUTEAU, *L'étude de l'intelligence : nouveauté et portée de l'œuvre d'Alfred Binet*, Bulletin de psychologie, 2007, 60, 4, 357-370.
- (5) Nicolae VASCHIDE, *La mesure de l'intelligence*, Buletinul societatii de scintie, 1905, 14, p.116.
- (6) Nicolae VASCHIDE, Claude VURPAS, *Recherches expérimentales sur la psychologie des souvenirs*, Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale, 1903, 7, p.70.
- (7) Nicolae VASCHIDE, Léon MARCHAND, *Des troubles respiratoires en rapport avec les différents degrés d'une émotion pathologique*, Revue de médecine, 1900, 21, 733-744.
- (8) Léon Marchand était le responsable du laboratoire d'anatomie pathologique que Toulouse avait créé lors de son arrivée à l'asile de Villejuif.
- (9) Ibidem, p. 742.
- (10) Nicolae VASCHIDE, Claude VURPAS, *Contribution expérimentale à la physiologie de la mort*, Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, 1903, 136, 933-934.
- (11) Nicolae VASCHIDE, *Le sommeil et les rêves*, Paris, Flammarion, 1911.
- (12) Nicolae VASCHIDE, Raymond MEUNIER, *La pathologie de l'attention*, Paris, Bloud, 1908.
- (13) Nicolae VASCHIDE, Claude VURPAS, *Psychologie du délire dans les troubles psychopathiques*, Paris, Masson, 1902.
- (14) Nicolae VASCHIDE, Pierre ROUSSEAU, *Contribution expérimentale à la psychologie de la perception de l'espace*, Bulletin de l'Institut général psychologique, 1903, 3, 517-534.
- (15) Nicolae VASCHIDE, Claude VURPAS, *La logique morbide, I. L'analyse mentale*, Paris, Rudeval, 1902.
- (16) Nicolae VASCHIDE, *Psychologie des aphasiques, I. Le souvenir chez les aphasiques*, Revue neurologique, 1907, 15, 543-549.
- (17) Nicolae VASCHIDE, *Essai sur la psychologie de la main*, Paris, Rivière, 1909.
- (18) Nicolae VASCHIDE, *Les hallucinations télépathiques*, Paris, Bloud, 1908.
- (19) Henri PIÉRON, N. VASCHIDE, *Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale*, 1907, 11, 481-484.
- (20) BINET-VAMER, *Les mêtèques*, Paris, Fayard, 1905, p.36.

Psychiatres et partenaires 2008-2009

Particularités des prises en charge en fonction des spécificités transculturelles

Mardi 7 octobre 2008 : *Psychiatrie de secteur et consultation transculturelle : quels besoins ?*, Dr M.N. Vacheron et Dr A. Viala

Mardi 2 décembre 2008 : *La clinique transculturelle au regard d'une perspective structurale psychanalytique*, M.A. Squverer

Mardi 6 janvier 2009 : *L'apport de l'anthropologie médicale clinique dans la prise en charge des migrants et des réfugiés*, M.C. Paris

Mardi 3 février 2009 : *Actualité en psychiatrie transculturelle*, Pr M. Moro

Mardi 3 mars 2009 : *Traitements hospitaliers des Japonais en France*, Pr R. Dardennes et Dr H. Ota

Mardi 7 avril 2009 : *Lecture clinique du don d'enfant dans les sociétés traditionnelles*, Dr M.O. Perouse de Montclos

Mardi 5 mai 2009 : *Précarités et cultures*, Dr A. Mercuel

Centre Hospitalier Sainte-Anne, Pavillon Piéra Aulagnier, Salle Polyvalente 2ème étage, de 8h30 à 10h.

Renseignements au secrétariat du Dr Vacheron : 04 45 65 83 09

conception moderne de l'ego, d'un monde où la subjectivité n'est pas envisagée à l'aune du *cogito*. Aujourd'hui ce rapport entre l'homme grec et son monde serait difficile à concevoir, à entendre où à visualiser sans mettre de côté les catégories de la psychologie moderne, sans revenir à une subjectivité déglacée du *cogito* cartésien, sans revenir à une autre subjectivité qui ferait appel à un autre sujet – un sujet non psychologique. C'est là tout l'enjeu de ce rapprochement entre Plotin et la théorie de l'inconscient. J'ai abordé ce rapprochement en termes de « extériorité d'un savoir ». Un savoir extérieur à notre conscience. L'expression « extériorité du penser » est formulée par Plotin. Son système philosophique constitue une métaphysique de l'extériorité car il se fonde sur l'autonomie de la pensée par rapport à la conscience.

GM : *Ce n'est pas le sujet qui pense ?*
ST : Non, la pensée est extérieure au sujet qui pense ! Cette conception plotinienne de la pensée est étrangère aux conceptions modernes, psychologiques ou phénoménologiques, qui répondent au schéma d'une intériorité dont la clef de voûte est le Moi. En posant l'existence d'une pensée hors de toute conscience et en faisant de la conscience un épiphénomène de la pensée, le système plotinien se distingue d'une part d'un matérialisme, lequel conçoit la conscience comme un épiphénomène de la matière et non un épiphénomène de la pensée, d'autre part de la théorie freudienne, laquelle n'est pas construite dans une perspective métaphysique. Freud puis Lacan ont suffisamment insisté sur le fait que la psychanalyse n'a ni les mêmes buts, ni les mêmes logiques que celles d'un système philosophique.

GM : *Le lien entre Plotin et Lacan n'avait jamais été étudié auparavant ?*
ST : Au-delà du rapprochement théorique entre le sujet chez Plotin et le sujet chez Lacan, il m'a semblé que nous pouvions aussi mettre en évidence un certain nombre de similitudes entre les deux œuvres et leurs auteurs. Par exemple, chacun a mené son élaboration théorique en référence à un texte, celui de Platon pour l'un et celui de Freud pour l'autre ; cette référence principale ne prive pas leur réflexion de nombreuses autres sources philosophiques et littéraires. Si l'enseignement de Plotin correspond à une dénonciation de l'interprétation gnostique de Platon, d'une façon analogue le « retour à Freud », qui oriente toute l'œuvre de Lacan, correspond à la dénonciation d'une dérive « psychologisante » de la psychanalyse. L'œuvre de Plotin et celle de Lacan nous sont transmises sous la forme de transcription d'un enseignement oral. Le corpus lacanien est constitué pour une part principale par la publication de son séminaire ; quant aux traités de Plotin, ils sont constitués par ses cours dispensés depuis 244 – année de son arrivée à Rome – mais dont il commence la rédaction dix ans après. Probablement en raison du caractère de transcription d'un cours oral, les nombreuses références (citations, allusions, évocations) ne sont que très rarement jointes à leurs sources, aussi bien dans le texte de Plotin que dans celui de Lacan. Le style particulier des deux auteurs peut rendre la lecture difficile : dans *La vie de Plotin*, Porphyre évoque le style habituel de son maître, style qui peut donner l'impression d'être fautif. Concernant Lacan, le reproche d'un style hermétique a été souvent formulé. Lui-même motive à plusieurs reprises dans son enseignement la nécessité d'un tel style. Une autre caractéristique rapproche les deux œuvres, elles se fondent sur une pratique : avec Plotin, les exercices qui doivent conduire à la contemplation de l'Un, l'expérience extatique ; avec Lacan, la pratique psychanalytique.

Plotin et Lacan

Entretien avec Serge Tribolet, auteur de Plotin et Lacan, la question du sujet paru chez Beauchesne Editeur

par Gérard Massé

Pour la psychanalyse, l'Inconscient est un savoir. Pour Plotin l'expression « *là-bas* » désigne le lieu d'un savoir qui ne s'acquiert pas par les raisonnements, un savoir qui échappe à toute compréhension, un savoir intemporel, un savoir qui ne se désagrège pas en souvenirs.

GM : *Le livre est écrit suivant l'impératif d'un « retour aux Grecs ». Pourquoi ?*

ST : Le retour aux Grecs signifie le retour à une pensée qui non seulement fonde la nôtre mais aussi une pensée qui tient en elle notre devenir. Cette pensée de l'origine, celle qui pose les grandes questions philosophiques, est la pensée grecque. A la manière des vestiges de l'architecture grecque qui gardent éternellement un aspect juvénile, la pensée grecque est une pensée éternellement originelle. Elle constitue une source inépuisable de réflexion et de découvertes sur l'être, notre être. Elle questionne sur l'essence même de l'être. Qu'est-ce que être ? Qu'est-ce que être homme ? Qui sommes-nous, nous autres humains ? Je tiens comme axiome fondamental, cette remarque de Gilbert Romeyer Dherbey auteur de *La parole archaïque*, professeur émérite à la Sorbonne qui m'a fait l'honneur de diriger ma thèse de philosophie en 2007 : « *si nous ne connaissons pas les langues anciennes, notre inconscient, lui, les connaît* » (1). La parole grecque est dite archaïque « *dans le sens où elle est parole de l'archè, du commencement fondateur qui, bien que parfois latent dans les ténèbres de l'oubli, ne cesse de nous parler et de penser en nous, même si nous n'y pensons pas* ». C'est en rompant les attaches avec la pensée grecque, c'est-à-dire avec sa langue, que notre monde entre dans son déclin. Dans le champ de la psychiatrie, je dis qu'une certaine défaite de cette discipline comme celle de la psychologie contemporaine est liée à cette même cause, d'avoir rompu les liens avec la pensée grecque. La lecture de Freud et celle de Lacan nous incite à ce nécessaire retour aux Grecs.

GM : *Quel lien entre la philosophie grecque et la réflexion psychiatrique ?*

ST : Ma pratique psychiatrique et ma recherche sur la folie m'ont conduit à soutenir la thèse d'une extériorité de la pensée. L'expression « extériorité de la pensée » désigne un au-delà de la pensée inaccessible à la pensée elle-même. La psychiatrie nous offre une véritable clinique de l'extériorité. Cette dernière peut se manifester par de nombreux symptômes en particulier dans le registre psychotique. Dans l'expérience de la folie – l'expérience psychotique – la pensée est véritablement perçue comme extérieure. Cette thèse de l'extériorité de la pensée trouve son fondement philosophique à partir d'une lecture critique de Descartes. La pensée pour les Grecs n'est en rien comparable à une « conscience » au sens de la psychologie moderne c'est-à-dire une intériorité dont les rapports avec le monde extérieur sont dépendants du Je. Si avec Descartes tout ce que nous pouvons connaître, nous le connaissons par le moyen de la pensée consciente, avec les Grecs la pensée n'est pas cette certitude à partir de laquelle les choses m'apparaissent dans un rapport de sujet pensant à objet pensé. L'homme grec fait corps avec le monde, il s'inscrit entièrement dans l'objectivité du monde. Sa subjectivité n'est pas fondée sur la dualité

sujet/objet. L'intériorité de l'homme grec n'a de sens que dans son rapport à l'extérieur, elle n'est pas un repli sur soi mais une condition d'ouverture sur le monde.

GM : *Est-ce que pour Plotin le langage tient une place aussi importante que dans la théorie lacanienne ?*

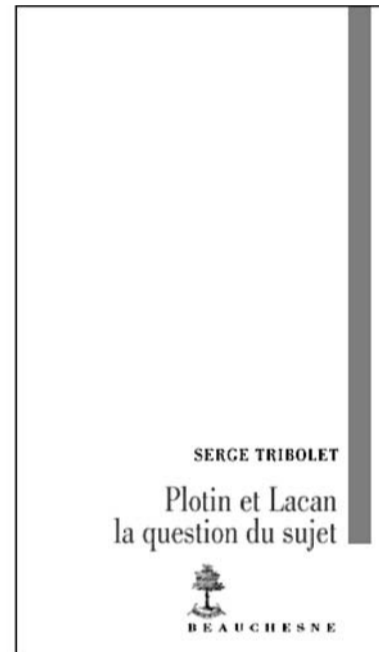
ST : Pour Plotin la conscience est présentée comme un affaiblissement de la pensée. Pour expliquer cet affaiblissement de la pensée Plotin fait intervenir la fonction langagière qu'il décrit comme une fonction de réceptacle de la pensée. La réflexion n'est possible que par le rôle de « mise en images » de la pensée par le langage. Le langage introduit ainsi une division entre la pensée indicible et la perception de la pensée. Par cette division le langage nous sépare de la pensée, nous laissant le champ de la conscience dans lequel notre âme peut se complaire.

GM : *Quel est l'enjeu du rapprochement Plotin-Lacan ?*

ST : On voit dans la philosophie de Plotin une division au cœur même de l'individu. Dès lors, l'individu n'est plus indivis, son moi divisé ne peut plus être rattaché à une conscience. C'est précisément là que se situe l'enjeu ! C'est là que se joue un enjeu éthique. L'enjeu éthique auquel répond le concept de sujet chez Plotin, comme chez Lacan, consiste à rejeter toute accusation de déterminisme. Il serait injuste de dire

que la théorie de l'inconscient implique une impossibilité de choisir sa propre destinée en prétextant que le savoir qui nous constitue ne nous est pas accessible. Il serait aussi injuste de dire que la philosophie plotinienne donne à l'individu un rôle passif en prétextant que le principe de l'antériorité de l'Un implique que tout dérive de lui et que chaque chose n'est que le produit de l'émanation. Dans les deux cas, ce serait faire fi du sujet. Pour la psychanalyse, le savoir constitutif de l'inconscient est un savoir hors de notre connaissance, inaccessible à notre conscience réflexive, il agit à notre insu, mais son acte appartient au sujet. Position éthique par excellence : le sujet est impliqué dans son destin. « *De notre position de sujet, dit Lacan, nous sommes toujours responsables* ». ■

(1) Gilbert ROMEYER DHERBEY, *La parole archaïque*, Puf, Questions, Paris, 1999.



LIVRES

Freud, Lacan, Dolto enfin expliqués !

Serge Tribolet
L'Esprit du Temps, 18 €

Cet ouvrage donne un accès facile et original à l'œuvre de Freud et peut se lire soit comme une introduction à la psychanalyse, soit comme une redécouverte de faits historiques et de concepts qui fondent la théorie de l'inconscient. L'exercice des citations commentées trouve ici sa pleine justification pour rendre vivante une parole qui dépasse le champ de la psychanalyse, pour donner accès aux étapes d'une pensée en mouvement. Il existe plusieurs traductions de l'œuvre de Freud publiées chez différents éditeurs, la collection de la petite bibliothèque Payot, les éditions Gallimard, l'édition de l'œuvre complète en vingt et un tomes aux Presses Universitaires de France. Serge Tribolet a choisi les traductions en fonction de la clarté du texte et a, parfois, utilisé deux traductions d'un même livre en fonction du passage concerné. Ces traductions donnent parfois lieu à des titres d'ouvrages différents (exemple : *Malaise dans la culture* ou *Malaise dans la civilisation* ; *Trois essais sur la théorie de la sexualité* ou *Trois essais sur la théorie sexuelle*). Pour cette raison, il a semblé indispensable pour chaque citation de donner la référence exacte de la traduction choisie.

Quant à Jacques Lacan et à Françoise Dolto, c'est avant tout leur voix, encore présente, est transcrite à partir des séminaires de l'un et des conférences ou des interventions radiophoniques de l'autre. Dès lors l'enseignement de Lacan et celui de Dolto sont l'affaire d'un style, d'une parole vivante qui doit être entendue à travers ses formules, ses récits, ses hésitations, ses agacements.

Avancées de la psychanalyse

Sous la direction de Paul Denis avec Bernard Chervet
 Sylvie Dreyfus-Asseo
 PUF, 30 €

Ce volume réunit les communications présentées lors d'un colloque récent organisé par la Société Psychanalytique de Paris à l'occasion du cent cinquantième de la naissance de Freud et du 80^{ème} anniversaire de la fondation de la SPP, en 1926. L'ouvrage s'ouvre sur « *la naissance difficile* » de la SPP, puis sur l'histoire de l'école psychosomatique de Paris. André Green évoque « *un épisode des rapports entre la SPP et les lacaniens* ». Il reconnaît avoir été « *fasciné* » par Lacan pendant 7 ans, jusqu'à ce qu'il mesure, « *en tant qu'analyste les limites de son enseignement* ». « *La survie du mouvement lacanien*, écrit-il, est essentiellement due aux relations de Jacques Lacan avec les milieux intellectuels... (qui) saluent avec bonheur la naissance d'un inconscient non pulsionnel ». Plusieurs auteurs développent les rapports actuels de la psychanalyse et de la psychiatrie. La valeur irremplaçable de la cure psychanalytique est soulignée par de très nombreux intervenants. La théorie psychanalytique est également interrogée sur sa capacité à éclairer la société de notre époque, en particulier dans le domaine du culte porté au corps et dans celui des changements dans les conceptions actuelles de la maternité.

M. Goutal

avec les contributions de Robert Asseo, Nicolas-Bancel, Gérard Bayle, Bernard Chervet, Dominique Cupa, Laurent Danon-Boileau, Paul Denis, Gilbert Diatkine, Jean-Luc Donnet, Sylvie Dreyfus-Asseo, Jean-Marc Gayman, André Green, Claude Janin, Augustin Jeanneau, Vassilis Kapsambelis, Julia Kristeva, Chantal Lechartier-Atlan, Albert Louppe, Alain de Mijolla, Roger Mises, Michel de M'Uzan, Michel Ody, Rémi Puyuelo, Denys Ribas, René Roussillon, Victor Souffir.

SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS
 Institut de psychanalyse de Paris

ORGANISÉES PAR LES PSYCHIATRES-PSYCHANALYSTES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE DE PARIS

Conférences de Ste-Anne

Clinique Psychiatrique et Psychanalyse

Programme 2008-2009

- 20 octobre 2008**
Le travail de psychanalyse dans l'après-coup de la relation avec l'équipe d'une institution pour adolescents
 Bernard VOIZOT
- 24 novembre 2008**
Constructions dans l'analyse
 Guy LAVAL
- 15 décembre 2008**
L'abord de l'agressivité et de la violence dans les groupes d'adolescents et de post-adolescents
 Jacques SCHIAVINATO
- 26 janvier 2009**
Chimiothérapie et Psychothérapie
 Gilbert DIATKINE
- 23 mars 2009**
Perspectives psychosomatiques actuelles
 Gérard SZWEC
- 27 avril 2009**
La mère gelée, ou quand les manifestations de souffrance du bébé ouvrent l'accès au traitement psychothérapeutique de la mère traumatisée
 Marie-Pierre BLONDEL
- 25 mai 2009**
Cure ou répétition du trauma
 Rachel ROSENBLUM
- 22 juin 2009**
Transfert latéral et traumatisme : un élan passionnel qui voile-dévoile le conflit ambivalent avec l'objet maternel primaire
 Christian DELOURMEL

CES CONFÉRENCES ONT LIEU, SAUF EXCEPTION, LE 4^e LUNDI DU MOIS À 21H00 - AMPHITHÉÂTRE PIERRE DENIKER, SERVICE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE - REZ-DE-CHAUSSÉE PAR LE JARDIN - 1 RUE CABANIS, 75014 PARIS

RENSEIGNEMENTS : Société Psychanalytique de Paris, 187 rue Saint-Jacques, 75005 Paris.
 TÉLÉPHONE : 01 43 29 66 70 du lundi au jeudi E-MAIL : spp@spp.asso.fr SITE INTERNET : www.spp.asso.fr INSCRIPTIONS : pas d'inscription au préalable.

Contexte :
Légitimité d'un nouveau regard sur les traitements injectables d'action prolongée à visée antipsychotique

Les enquêtes auprès des patients deviennent un outil essentiel pour avoir un retour sur leur perception de l'efficacité des traitements qui leur sont proposés.

Une enquête a été menée en 2004/2005 auprès de patients souffrant de troubles schizophréniques. Elle avait pour objectif d'évaluer l'impact de la maladie sur les aspects de la vie quotidienne (1).

On avait eu à l'époque, la surprise de constater la bonne opinion que les patients portaient sur leur traitement : ils décrivaient un effet apaisant et efficace, qui les aidait à se sentir mieux.

Une nouvelle enquête a été réalisée entre mai et juillet 2007 auprès de patients atteints de schizophrénie et recevant un traitement injectable à action prolongée à visée antipsychotique afin d'obtenir des informations sur la perception de ces malades vis-à-vis de ce type de traitement.

En effet, ces 20 dernières années, les seules formes injectables à action prolongée disponibles étaient les Neuroleptiques à Action Prolongée (NAP). Ils ont été essentiellement utilisés pour s'assurer de la prise des médicaments. Ils ont certes eu une grande utilité, mais avaient comme inconvénient d'être considérés, compte tenu des effets secondaires des produits injectés (tremblements, prise de poids...) comme coercitifs, de sorte que de nombreux psychiatres ont été amenés à s'en détourner au profit de produits antipsychotiques oraux de nouvelle génération ne présentant pas ces inconvénients. Un amalgame s'est alors fait entre :

- réticence de la part du patient vis-à-vis d'une injection douloureuse (solution huileuse),
- et méfiance en raison des effets secondaires.

Les antipsychotiques à action prolongée de nouvelle génération sont mieux tolérés et leur injection est non douloureuse (solution aqueuse).

Dés lors, le cœur de cette enquête était de savoir quel était dorénavant le ressenti des patients eux-mêmes sur les traitements injectables à action prolongée.

Une nouvelle série d'entretiens a donc été réalisée sur la base d'un questionnaire organisé en 3 parties :

- perception et information des patients vis-à-vis de la maladie ;
- les différentes formes de traitement suivi ;
- le traitement injectable lui-même.

Méthodologie

Le comité scientifique constitué des docteurs F. Caroli (Psychiatre, Sainte-Anne, Paris) et P. Raymondet (Psychiatre, CMP Toulon) et de I. Izard, (cadre infirmier, Suresnes) a eu pour mission :

- d'élaborer les questions posées aux patients, lesquelles ont ensuite été validées par deux associations reconnues dans le champ de la santé mentale : l'UNAFAM et la FNAPSY ;
- de donner son avis sur le profil des patients interrogés et les établissements participants.

Deux cent six patients ont été sélectionnés. Ils étaient suivis en ambulatoire et prenaient un traitement injectable à action prolongée à visée antipsychotique (Neuroleptique d'Action Prolongée, désigné par les initiales NAP, ou Antipsychotique Atypique d'Action Prolongée, désigné par les initiales APAP) depuis une période d'au moins 3 mois.

Les patients atteints de schizophrénie préfèrent-ils les traitements injectables ?

Le tableau 1 présente le profil des patients interrogés.

Les données ont été recueillies à partir d'entretiens avec les patients :

- réalisés sur l'ensemble du territoire français entre le 1^{er} mai 2007 et le 31 juillet 2007 ;
- effectués, en face/face, par des enquêteurs, indépendants des prescripteurs, appartenant à la société BVA et spécialisés dans le domaine de la santé ;
- menés sur le site hospitalier où les

L'annonce de la maladie

L'analyse portant sur l'annonce de la maladie comprend deux aspects :

- l'ancienneté du premier contact avec la psychiatrie, qui remonte ici à 12 ans en moyenne, soulignant ainsi la dimension chronique de cette pathologie ;
- la ou les personne(s) par qui ils ont appris qu'ils étaient malades (plusieurs réponses possibles) : un psychiatre dans 59% des cas, un médecin généraliste dans 23% des cas et les parents dans 20% des cas.

La perception de l'information reçue

Comme l'illustre la figure 1, la perception de l'information reçue est positive puisqu'à une très grande majorité, les patients considèrent que le personnel médical est à l'écoute (89%) et répond à leurs questions (81%). Quant aux informations, elles sont jugées claires par 69% des patients et suffisantes par 64% d'entre eux. Mais, on peut également retenir que 26% des patients ne jugent pas l'information claire et 31% pas suffisante.

Synthèse

Le niveau de perception et de connaissance des patients sur leur pathologie peut paraître surprenant. En effet, 4 patients sur 10 ne se sentent pas malades ; seulement 3 patients sur 10 (28%) se disent schizophrènes, 37% disent ne pas connaître le nom de leur maladie et 35% pensent souffrir d'autre chose (dépression, troubles psychologiques, troubles bipolaires, ou autres). Les patients reçoivent pourtant bien les informations sur leur pathologie, en majorité (85%) de la part des médecins, mais également des infirmières (29%). Trente-deux pour cent des patients déclarent ne pas avoir eu d'information ou d'explication sur la maladie ou le traitement lors de l'annonce du diagnostic, mais, paradoxalement, les patients considèrent que le personnel médical est à l'écoute (89%) et répond à leurs questions (81%).

Les différentes formes de traitements suivis

Les traitements suivis

Avec en moyenne 12 ans de recul

dans la prise en charge de leur maladie, 95% des patients de cette enquête ont reçu des traitements sous différentes formes galéniques (en moyenne 3) selon la répartition suivante :

- des injections dans 100% des cas (critère d'inclusion) ;
- des comprimés à prendre avec de l'eau dans 94% des cas ;
- des solutions buvables et gouttes dans 52% des cas ;
- des comprimés qui fondent dans la bouche dans 28% des cas.

Les formes de traitement préférées

Les patients ayant pris au moins 2 formes différentes de traitement déclarent préférer :

- les injections dans 47% des cas ;
- des comprimés à prendre avec de l'eau dans 34% des cas ;
- des solutions buvables et gouttes dans 7% des cas ;
- des comprimés qui fondent dans la bouche dans 1% des cas ;
- 10% ne savent pas.

Les injections comme forme préférée de traitement

Les raisons de cette préférence exprimées par les 47% de patients préférant la forme injectable sont exprimées dans la figure 2.

On retiendra en particulier que les patients préfèrent ce type de traitement car ils le jugent :

- commode : les prises sont espacées dans le temps, peu ou pas de risque d'oubli, le fait de ne pas avoir de prise quotidienne...
- efficace : disparition des symptômes.

Les comprimés comme forme préférée de traitement

Pour les 35% de patients préférant les comprimés, les raisons évoquées sont les suivantes :

- la peur des piqûres, pour 32% d'entre eux ;
- le fait qu'ils n'aient pas besoin de se déplacer, pour 29% d'entre eux ;
- le caractère non douloureux de la méthode, pour 29% d'entre eux ;

Sexe	65% d'hommes / 35% de femmes
Age	29% ont moins de 35 ans / 48% ont entre 35 et 49 ans / 23% ont 50 ans ou plus
Situation familiale	43% vivent seuls / 38% en famille / 10% en couple / 8% en structure d'accueil
Activité	13% exercent actuellement une activité professionnelle, scolaire ou bénévole
Activités de loisirs	51% ont actuellement des activités de loisirs dont 16% dans un club ou un groupe d'entraide

patients étaient habituellement suivis ;

- effectués sans la présence de professionnel de santé.

Les établissements participants étaient répartis sur le territoire national.

Résultats

Perception et information des patients vis-à-vis de la maladie

La perception de la maladie

L'analyse des questions relatives à la perception de la maladie montre que :

- les sujets, dans une proportion comparable, ne se sentent pas malades (39%), ou se sentent malades (38%) ;
- 94% savent cependant pourquoi ils sont suivis : deux tiers (69%) d'entre eux déclarant savoir tout à fait pourquoi ils le sont et un quart (25%) disant le savoir plus ou moins.

Cette distinction entre « ne pas se sentir malade » et « savoir pourquoi on est suivi » s'avère importante car elle témoigne d'une acceptation des soins sans grande réticence vis-à-vis des raisons qui les motivent.

La connaissance du nom de la maladie

L'analyse de la connaissance du nom de la maladie montre que seulement 28% des patients peuvent indiquer qu'ils souffrent de schizophrénie, les autres se distribuant à part à peu près égale entre ceux (35%) qui décrivent des symptômes (par ordre décroissant d'importance : dépression, troubles psychologiques, troubles bipolaires et autres), et ceux (37%) qui ne connaissent absolument pas leur maladie.

L'analyse de la perception de la maladie et de la connaissance du nom de la maladie met donc en évidence que si 2/3 des patients déclarent savoir tout à fait pourquoi ils sont suivis, seulement 28% peuvent mettre un nom sur leur affection : la schizophrénie. Ce chiffre illustre sans doute l'aspect encore péjoratif que revêt le terme schizophrénie auprès de la population y compris auprès de certains psychiatres.

Ainsi, majoritairement, l'annonce de la maladie reste sous l'égide médicale et rejoint ainsi la tradition médicale française.

À ce titre, ces patients ne diffèrent donc pas de ceux d'autre discipline, et ce, malgré la grande diversité des prises en charge en psychiatrie.

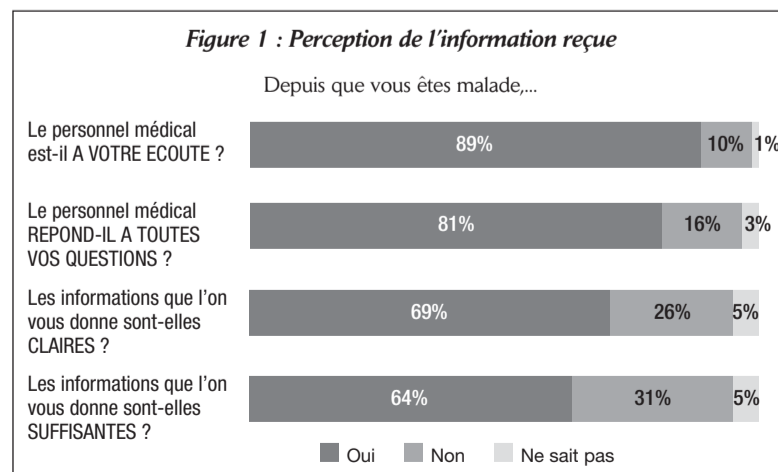
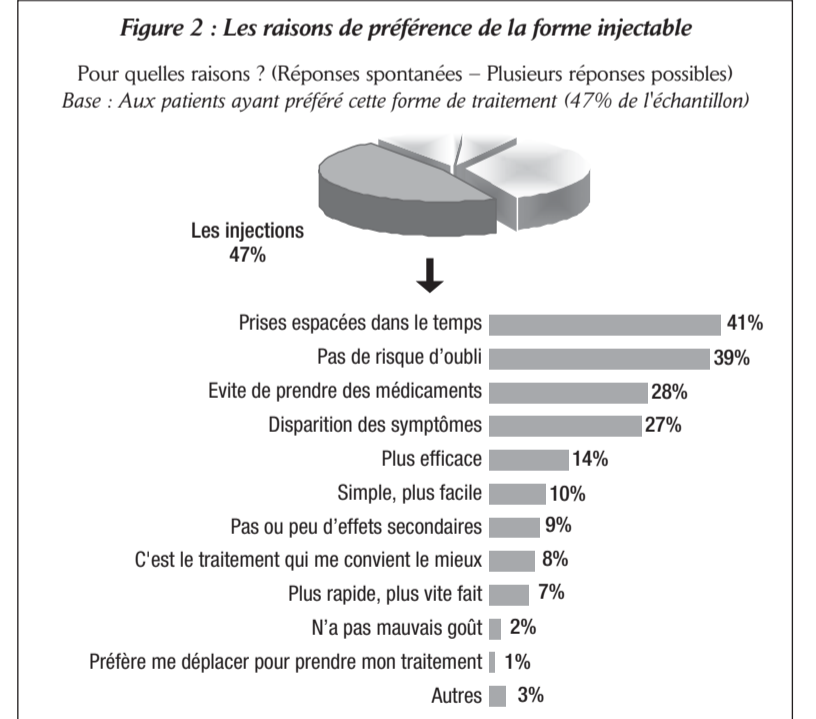
Les principales sources d'informations sur la maladie

Du fait que, par définition, cet échantillon de patients fréquente des structures de soins, 91% d'entre eux ont reçu des informations sur leur maladie par des professionnels de la spécialité : un psychiatre, dans 85% des cas et une infirmière, dans 29% des cas. Dans 8% des cas, l'information était délivrée par un médecin généraliste.

Les informations reçues lors de l'annonce de la maladie

On distingue 2 groupes opposés de patients sur cette question :

- ceux, les plus nombreux (43%), qui déclarent avoir reçu des informations et/ou explications sur leur maladie et leur traitement. Dans ce groupe, on retrouve majoritairement des patients jeunes et acceptant la maladie ;
- ceux, en plus petit nombre (32%), qui estiment ne pas avoir eu accès à des informations, ni sur le traitement, ni sur la maladie. Dans ce groupe, on retrouve, par opposition au premier, des patients plus âgés et ne se sentant pas malades.



- l'absence ou la modicité des effets secondaires, pour 15% d'entre eux ;
- la plus grande simplicité et la plus grande facilité de cette méthode, pour 12% d'entre eux ;
- le fait que cela n'a pas mauvais goût, pour 10% d'entre eux.

Synthèse

Dans cette enquête, la quasi-totalité des patients actuellement sous traitement injectable se souviennent avoir pris plusieurs formes de traitement depuis le début de leur maladie (95%). Le traitement injectable est la forme préférée des patients (environ 1 patient sur 2) qui soulignent 2 avantages principaux : commodité et efficacité.

On s'aperçoit donc dans cette enquête que les raisons de préférence des patients sont différentes des raisons de prescription de la plupart des psychiatres pour cette forme galénique, choisie pour renforcer l'observance.

Les autres formes de traitement, quand elles sont préférées, le sont plutôt par défaut à cause de la peur des injections.

Le traitement injectable

Les raisons de prescription du traitement injectable

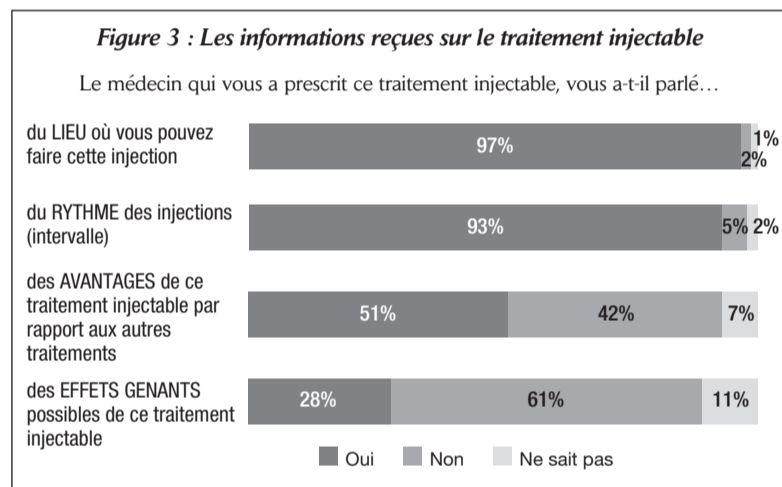
Lorsque l'on demande aux patients s'ils savent pourquoi un traitement injectable leur a été prescrit, les 2 principales réponses évoquées spontanément sont les contraintes du traitement précédent, pour 40% d'entre eux et l'inefficacité du traitement précédent, pour 39% d'entre eux.

Seize pour cent des patients évoquent d'autres raisons et 26% ne savent pas.

Les informations reçues sur le traitement injectable

La figure 3 reprend les réponses des patients sur les informations reçues concernant :

- le lieu et le rythme des injections d'une part,
- les avantages et effets gênants d'un traitement injectable d'autre part.



Au regard de cette réponse, on note le décalage entre le très bon niveau d'informations reçues concernant les aspects pratiques du traitement (lieu et rythme) et le faible niveau d'informations sur les caractéristiques du traitement (avantages et effets gênants).

De même, à la question : « Le médecin qui vous a prescrit ce traitement injectable, vous a-t-il parlé des AVANTAGES de ce traitement injectable par rapport aux autres traitements et/ou des EFFETS GENANTS possibles de ce traitement injectable ? » les patients sont 37% à répondre qu'ils n'ont pas bénéficié d'informations concernant les avantages et les effets indésirables du traitement injectable. Il s'agit, dans ce cas, principalement de patients :

- ayant plus de 50 ans (51%) ;
- ne connaissant pas les raisons de leur suivi (47%) ;
- ne connaissant pas les raisons de prescription de leur traitement injectable (66%).

L'efficacité et la tolérance du traitement injectable

Le traitement injectable est jugé plus efficace sur la maladie et les symptômes que les comprimés (ou solution buvable) par 51% des patients.

Une meilleure tolérance des traitements injectables par rapport aux comprimés ou à une solution buvable, apparaît plus secondaire. En effet, 30% des patients partagent cette opinion tandis que 30% sont d'un avis contraire.

L'intérêt des patients pour les formes injectables par rapport à une notion d'efficacité est également soulignée dans les réponses à la question suivante du questionnaire puisqu'à 67% des patients disent se sentir mieux qu'avant et ce, suite à la prise du traitement injectable (cf. figure 4).

Les avantages du traitement injectable

Lorsqu'on demande aux patients se sentant mieux qu'avant suite à la prise du traitement injectable (soit 67% de l'échantillon), de citer spontanément les avantages de ce type de traitement, les réponses sont les suivantes (plusieurs réponses étaient possibles) :

- sont moins angoissés et plus calmes, dans 67% des cas ;
- se sentent moins déprimés, dans 30% des cas ;
- présentent plus de tonus et d'énergie, dans 24% des cas ;
- ont moins d'hallucinations, visuelles et auditives, dans 15% des cas ;
- s'avèrent plus sociables, fréquentent des amis, dans 11% des cas.

L'observance

A la question de savoir s'ils ont déjà volontairement manqué une injection sans en parler avant à leur médecin : 88% des patients répondent que non. 11% des patients (soit 27 patients) déclarent avoir volontairement manqué une injection : 6 patients parce qu'ils se sentaient bien ; 4 patients parce qu'ils avaient oublié ; 3 patients parce qu'ils ressentaient le traitement comme inutile et qu'ils ne se sentaient pas malades ; enfin, 13 patients évoquent d'autres raisons et 1 ne sait pas.

L'accompagnement

Dans cette enquête, 74% des injections étaient réalisées en CMP, 20% à l'hôpital et 10% ailleurs.

Pour 70% des patients interrogés, ils se sentent mieux accompagnés dans leur maladie grâce à ce rendez-vous d'injection avec une infirmière ou un médecin.

Les projets

La figure 5 détaille les réponses spontanées des patients relatives à leurs projets. Le fait que la réponse « guérir » n'arrive qu'en 5^{ème} position est un signe très encourageant. Il y a maintenant une prise de conscience que s'ils ne guérissent pas complètement, les patients peuvent malgré tout faire des projets et se réinsérer.

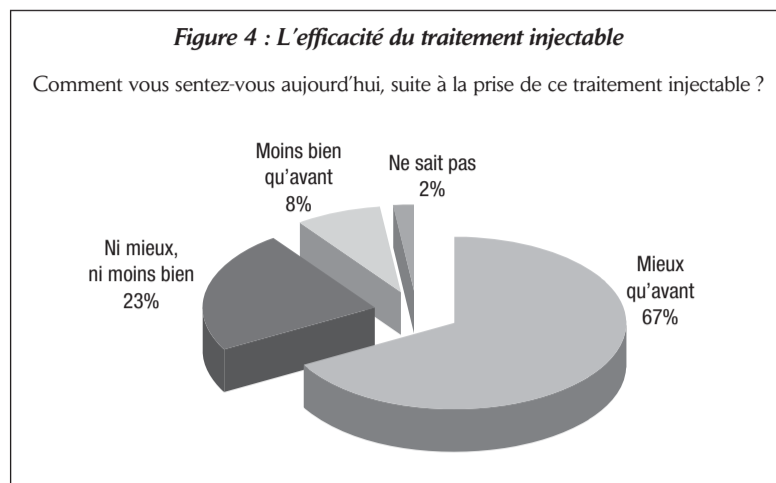
Ce changement est la preuve de l'avancée thérapeutique et de l'amélioration de la prise en charge qui a décentré le problème. Il est naturel que les patients aient désormais les mêmes ambitions, les mêmes objectifs de vie que tout un chacun : avoir une activité, avoir un compagnon ou une compagne...

Synthèse

Une part très importante de patients (67%) déclare se sentir mieux qu'avant la mise en place du traitement injectable.

Au-delà du gain d'efficacité, la majorité des patients (70%) a déclaré se sentir mieux accompagné dans sa maladie du fait du contact régulier avec l'infirmière ou le médecin.

Lorsque l'on interroge les patients sur les projets qu'ils formulent pour l'avenir, leur préoccupation principale n'est plus la guérison, mais de retrouver une activité professionnelle (49%), ainsi qu'une vie sociale et familiale (22%).



Conclusions

L'information sur la maladie apparaît bien comme un atout essentiel dans l'acceptabilité et le maintien du traitement ; ce qui est fondamental quand on rappelle la nécessité absolue d'un traitement dans ce type de pathologie. Dans cette enquête, les patients estiment que les professionnels de santé représentent leur principale source d'information. De plus, ils jugent ces derniers de manière très positive. Cela traduit le lien fort qui se noue entre les patients et les équipes de soins ; ce tra-

vail d'information se poursuivant bien au-delà de l'annonce du diagnostic. Cependant, la situation reste complexe, car si les patients affirment pour une large part connaître leur source d'information, une partie d'entre eux demandent toujours plus d'informations. Enfin, et c'est là une des confirmations les plus importantes de ce travail, la transparence des informations entre le patient et son médecin génère une plus grande acceptabilité du traitement de la part du patient ; la compliance est donc favorisée et c'est un des facteurs de la rémission.

LIVRES

Un enfant heureux

Margot Sunderland, Pearson Editions

Cet ouvrage constitue une sorte de guide pratique pour comprendre le développement de son enfant et l'épanouir pour la vie. Margot Sunderland, directrice d'éducation et de formation à Londres s'appuie sur les recherches du Professeur Jaak Panksepp, qui étudie le cerveau émotionnel aux USA depuis plus de 30 ans, pour montrer à quel point les relations parents enfants au quotidien ont un impact décisif sur le développement du cerveau de l'enfant. Jaak Panksepp est associé à la chaire de science du bien être animal à l'Université de Washington. Il est Directeur de recherche en neuroscience affective. Ses études montrent que le système neuronal est à la base des émotions chez les animaux. Il est permis ainsi de mieux appréhender le caractère social et émotionnel des pulsions qui naissent dans le cerveau des enfants. Il affirme que les trois premières années durant lesquelles l'enfant s'ouvre au monde extérieur sont cruciales pour son futur épanouissement.

La première partie du livre est consacrée à la description de la structure du cerveau de l'enfant et de son évolution en fonction de l'action environnementale et parentale. Puis sont examinés en détail toutes sortes de comportements enfantins toujours sous l'angle du cerveau : les pleurs et séparations, le sommeil et le coucher, les colères et les caprices, l'alchimie de l'amour, la sociabilité... Il s'agit d'un éclairage neuroscientifique du développement psychoaffectif de l'enfant qui montre, de manière pertinente, comment s'inscrit l'impact psychologique de l'environnement sur le fonctionnement neurofonctionnel de l'individu. Cet ouvrage sorte de « Laurence Per-noud » moderne comporte certaines originalités qu'il convient de souligner : son orientation se veut spécifiquement scientifique, il prend appui sur des schémas anatomiques et des preuves d'imagerie neurofonctionnelle venant questionner une guidance parentale qui, jusqu'à présent, faisait recette. Pour ne donner qu'un exemple qui risque de remettre en cause certaines convictions, l'auteur avance que le fait de dormir avec son bébé ne doit plus être proscrit. Au contraire, il procure au nourrisson un florilège de sensations grâce aux mouvements, au contact, aux odeurs et aux soins. On s'est aperçu qu'un contact « peau à peau » pendant la nuit régule les sys-

tèmes cérébraux et corporels d'un bébé et peut jouer un rôle fondamental pour son bien-être mental et physique à long terme. Mieux, on a constaté que dans certaines sociétés, notamment du sud-est asiatique, les morts subites du nourrisson sont très rares, là précisément où les bébés dorment avec leurs parents. Il n'existe d'ailleurs pas, dans cette partie du globe, de terme approprié pour désigner cet accident. Bien d'autres sujets sont traités comme l'art de consoler, comment calmer son bébé, absences et séparations, faire garder son enfant... toujours sous cet angle novateur. Un livre à conseiller aux parents et futurs parents de même qu'aux spécialistes de la petite enfance et de l'enfance. De plus la présentation et l'iconographie sont particulièrement attrayantes.

Y. Contejean

Les pathologies de la liberté Une réactualisation de la philosophie du droit de Hegel

Axel Honneth, Traduit de l'allemand par Franck Fischbach, Présentation de Franck Fischbach
La Découverte, 12 €

Dans ce livre, Axel Honneth propose une interprétation des *Principes de la philosophie du droit*, principale œuvre de philosophie écrite par Hegel. Cette réactualisation permet de déterminer le rôle et de délimiter la place du droit dans le fonctionnement social. Mais surtout, dans un contexte d'individualisation croissante des sociétés contemporaines, elle permet de reconnaître le principe de l'individualisme moderne mais aussi d'en identifier et d'en corriger les dérives pathologiques.

Analyse et gestion financière des établissements soumis à l'EPRD

Jacques Grolier, Editions EHESP, 69 €

En 2006, les établissements de santé, financés auparavant pas dotation globale, ont vu l'entrée en vigueur d'une nouvelle réforme budgétaire et comptable, qui se caractérise par l'instauration d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) en remplacement du budget. Construit selon une démarche pédagogique progressive associant textes officiels et exemples concrets, ce livre propose les outils les plus récents en matière d'analyse financière (évaluation), pour connaître la situation de l'établissement et son évolution et de gestion financière (pilote), pour adapter les évolutions à venir au diagnostic financier.

Le fait que 67% des patients déclarent se sentir mieux accompagnés grâce au traitement injectable souligne le travail remarquable des infirmiers réalisés lors des rendez-vous d'injection qui deviennent des moments de soins privilégiés et l'occasion de bâtir une relation de confiance soigné-soignant.

Les patients se sentent aussi mieux, car ce traitement représente moins de contrainte. Prendre un comprimé, c'est à chaque fois prendre une décision, celle d'accepter ou non son traitement. De plus, ce n'est pas la même chose de prendre une décision seul chez soi que de la prendre avec un soignant à l'occasion de l'injection. ■

Dr Bernard LACHAUX

Psychiatre des Hôpitaux – Responsable de pôle, EPS Paul Guiraud, 54 avenue de la République, 94806 Villejuif cedex.

Source : http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_sondage/642/sondage_fichier/fichier/etudesauprasdespatientschizophrenes-2007_fb082.pdf

(1) Journal de Nervure, Tome XIX, n°4, mai 2006, *Etude auprès de patients souffrant de pathologies schizoéphréniques.*

Liste des établissements ayant participé à cette enquête :

EPS Charcot, 78370 Plaisir ;
CMP, 11 rue Tisserand, 75015 Paris ;
CMP Mathurin Régnier, 75015 Paris ;
CMP La Faïencerie, 54350 Mont-Saint-Martin ;
CHS, 38521 Saint-Egrève ;
EPS Erasme, 92161 Antony ;
CMP, 3 rue Ridder, 75014 Paris ;
CMP Sainte-Anne, 75014 Paris ;
CMP Chalucet, 83000 Toulon ;
Clinique, 31140 Montberon ;
CH G. Marchant, 31057 Toulouse ;
CMP, 57038 Jury ;
CMP, 99 rue de Crimée, 75019 Paris ;
CHS Paul Guiraud, 94806 Villejuif ;
CMP Albert Chenevier, 94000 Créteil ;
CMP du Parc, 13015 Marseille ;
Hôpital Simone Veil, 95600 Eaubonne ;
CMP Michelet, 13008 Marseille ;
Dr Palazzolo, 06000 Nice.

LIVRES

Refonder les internats spécialisés

Pratiques innovantes en protection de l'enfance

Sous la direction de Francis Batifoulier et Noël Touya
Dunod, 26 €

La réforme de la protection de l'enfance intervient à un moment où les internats spécialisés sont en question sur leur devenir. Les maisons d'enfants à caractère social (MECS) sont soumises à une injonction paradoxale : contenir, cadrer, faire vivre ensemble et, dans le même temps, personnaliser les parcours, flexibiliser l'organisation, diversifier les prestations en réalisant du sur mesure.

Après avoir identifié les pré-requis juridiques, politiques et théoriques d'une démarche de refondation, l'ouvrage en décline les principaux axes : mettre en œuvre une clinique de l'institution ; affirmer la professionnalité des éducateurs de l'internat ; penser à nouveaux frais le nouage de l'individuel et du collectif ; soutenir la question du soin par une pratique à plusieurs ; caractériser les modalités d'aide et de soutien à la parentalité dans une démarche de co-éducation.

L'évaluation des politiques publiques

Bernard Perret
Collection Repères
La Découverte

Cet ouvrage se présente, à la fois, comme un court traité méthodologique et une enquête sur les pratiques d'évaluation en France et ailleurs, et une introduction aux débats épistémologiques et politiques qui animent le monde de l'évaluation. Diverse par ses objets, finalités et contextes, l'évaluation l'est aussi par les conceptions de la gestion publique et des sciences sociales qui la sous-tendent. Activité hybride, à la fois discipline, profession et pratique institutionnalisée, elle demeure en devenir, vaste champ d'expérimentations et de controverses. Ce livre en fait part sans donner aux débats théoriques plus d'importance qu'ils n'en méritent et sans perdre de vue le caractère essentiellement pratique des problèmes qui se posent aux évaluateurs.

Entre deux rives
Exil et transmission

Sous la direction de Patrick Chemla
Erès, 16 €

La Shoah mais aussi les totalitarismes et les guerres coloniales ont laissé des traces profondes. Même si les témoignages se font jour, la transmission s'avère difficile, se heurtant à des déformations ou des silences de l'Histoire officielle. Ce qui n'a pu être reconnu et symbolisé revient alors dans la souffrance et le symptôme, voire dans des productions délirantes qui témoignent, bien souvent, de morceaux d'histoires pour toutes les générations.

Dans cet ouvrage, les enjeux de l'exil et de la transmission sont précisés à partir de développements théoriques, d'apports érudits mais aussi de témoignages. S'exiler de l'origine, tout en gardant le contact avec elle, figurerait le double mouvement de toute transmission vivante à partir de laquelle la catastrophe peut aussi être source d'une créativité.

Avec la participation de : Jalil Bennani, Fethi Benslama, Henri Cohen Solal, Sarah Collin, Thierry Delcourt, Myriem El Alami, Annie Guérineau, Pascale Hassoun, Nadir Marouf, Jean Oury, Thérèse Zampaglione.

ANNONCES EN BREF

11 et 12 octobre 2008. Congrès annuel du Collège de Psychanalyse groupale et familiale sur le thème : *Les formes de l'amour en famille et l'incestualité*. Inscriptions : Collège de Psychanalyse groupale et familiale, 14 rue Sainte Croix de Bretonnerie, 75004 Paris. Tél. : 01 46 72 21 55. E-mail : contact@psychafamille.com. Site : www.psychafamille.com

16 octobre 2008. Paris. Soirée de réflexion sur le thème : *Psychiatrie et travail*, organisée par l'Hôpital de jour Tour d'Auvergne, 6ème secteur de psychiatrie de Paris, service du Dr Pierre Baillet, avec le soutien de l'Association Echange. Renseignements : Tél. 01 42 81 20 44. Fax : 01 42 81 59 10.

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. Paris. Colloque organisé par Fil Santé Jeunes, un dispositif de l'Ecole de Parents et des Educateurs IDF sur le thème : *Adolescents, se raconter sur Internet : à qui ?* Renseignements et inscriptions : Tél. 01 44 93 44 64. E-mail : colloque@epe-idf.com - Site : www.epe-edf.com

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

17 et 18 octobre 2008. Marseille. XXII^{èmes} Journées de psychothérapie institutionnelle sur le thème : *Souffrances croisées dans les lieux de soins en psychiatrie*. Renseignements et inscriptions : AMPI/Bibliothèque du CH Edouard Toulouse, 118 Chemin de Mimet, 13917 Marseille Cedex 15. Tél. secrétariat secteur 13 : 04 91 96 97 43 / 04 91 96 99 93. Fax : 04 91 96 97 58.

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-spfafp@wanadoo.fr

18 octobre 2008. Paris. Colloque organisé par le Collège International de l'Adolescence (CILA), le Laboratoire de Psychologie Clinique et de Psychopathologie (Université Paris Descartes), l'ERA (CEPP, Université Paris Diderot), la revue *Adolescence* sur le thème : *L'adolescence dans tous ses états*. Renseignements et inscriptions : Valérie Discour. E-mail : valeriediscour@orange.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

24 et 25 octobre 2008. Aire-sur-l'Adour. Carrefour Adolescence 2008, organisé par la Clinique Médicale et Pédagogique Jean Sarrailh, en partenariat avec la Mairie de l'Aire-sur-l'Adour, sur le thème : *Déroute adolescente ou menace schizophrénique ? Soigner, enseigner, éduquer l'adolescence en péril*. Renseignements et inscriptions : Clinique Médicale et Pédagogique Jean Sarrailh, 2 rue de Prat, 40800 Aire-sur-l'Adour. Tél. : 05 58 71 65 08. Fax : 05 58 71 89 52. E-mail : j.sarrailh@sfef.net

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 avenue 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

15 novembre 2008. Paris. Colloque ETAP sur le thème : *Survivre*. Renseignements et inscriptions : Mme Lecordonnier ou Mme Rey, 31 rue de Liège, 75008 Paris. Tél. : 01 43 87 60 51. Fax : 01 42 93 04 45.

15 et 16 novembre 2008. Paris. Journées d'études d'Espace analytique sur le thème : *Comment s'écrit l'inconscient ?*

Renseignements : Espace analytique, Centre Octave et Maud Mannoni, 12 rue de Bourgogne, 75007 Paris. Tél. : 01 47 05 23 09. Fax : 01 47 05 23 26. E-mail : espce.analytique@wanadoo.fr. Site : www.espace-analytique.org

20 et 21 novembre 2008. Brest. Journées sur le thème : « *Regards croisés sur l'autisme à l'âge adulte* » de Eric Willaye et Christian Schaal. Inscriptions : Martine Bescond, Secrétariat du Pr Lazartigues, Hôpital de Bohars, 29820 Bohars. E-mail : alain.lazartigues@chu-brest.fr

21 novembre 2008. Paris. Journée sur le thème : *Nos futurs... quel avenir pour les institutions de l'enfance ?* Renseignements et inscriptions : colloques@enfancesetpsy.net - 09 71 57 99 94 (boîte vocale).

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@jdppsychologues.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

1er et 2 décembre 2008. Colloque de la Ligue Française pour la Santé Mentale sur le thème : *Souffrance psychique... et résilience. Aimer, éduquer, travailler ?* Renseignements : Lyndia Kozak. Tél. : 01 42 66 20 70. Fax : 01 42 66 44 89. E-mail : lfsm@orange.fr

tales : l'amour en soi. Inscriptions : Corinne Dugré-Le Bigre, Institut Mutualiste Montsouris, Département de Psychiatrie, 42 bd Jourdan, 75374 Paris Cédex 14. E-mail : corinne.dugre-lebigre@imm.fr

8 au 10 décembre 2008. Paris. 9^{ème} Rencontre Nationale des CATTP 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

8 au 11 décembre 2008. Paris. Formation sur le thème : *Comment aider les enfants à haut potentiel en difficulté ? Mieux repérer et comprendre, mieux évaluer et prendre en charge*. Inscriptions : Mme Muriel Menguy, Secrétariat du Pr Sylvie Tordjman, CMP, 154 rue de Châtillon, 35200 Rennes. Tél. : 02 99 32 91 75.

10 décembre 2008. Paris. 3^{ème} Journée Nationale Douleur et Santé Mentale sur le thème : *Les mots, les maux et la douleur*. Inscriptions, renseignements congrès : http://www.anp3sm.com/prochain_congres.html. COMM santé. Tél. : 05 57 97 19 15. E-mail : info@comm-sante.com

12 et 13 décembre 2008. Paris. 36^{èmes} Journées Nationales Scientifiques de Thérapie Comportementale et Cognitive. Renseignements et inscriptions : AFTCC, 100 rue de la Santé, 75674 Paris Cédex 14. Tél. : 01 45 88 35 28. E-mail : aftcc@wanadoo.fr - Site : www.aftcc.org

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.

12 au 14 décembre 2008. Paris. Journées du centenaire *Françoise Dolto, actualité d'une pensée : 1908-2008* organisées par l'UNESCO et l'Association des archives F. Dolto. Renseignements : Tél. : 01 46 34 29 35. E-mail : dolto@wanadoo.fr

18 et 19 décembre 2008. Brest. Journées sur le thème : « *Regards croisés sur les NTIC, développement psychosexuel et psychopathologique de l'adolescence* » de Serge Tisseron et Jean-Yves Hayez. Inscriptions : Martine Bescond, Secrétariat du Pr Lazartigues, Hôpital de Bohars, 29820 Bohars. E-mail : alain.lazartigues@chu-brest.fr

24 et 25 janvier 2009. Neuilly-sur-Seine. Journées Scientifiques de l'Institut Edouard Claparède sur le thème : *La violence infantile : contours et détours*. Renseignements et inscriptions : Institut Edouard Claparède, Annie Bernard, 5 rue du Général Cordonnier, 92200 Neuilly-sur-Seine. Tél. : 09 65 34 96 54, du lundi au vendredi de 9h30 à 12h (sauf le mardi). E-mail : ufe.claparede@orange.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 **donnant droit à 4 points FMC par an.**



L'ASSOCIATION JEUNESSE ET AVENIR

(La Baule – 44)

recrute UN MEDECIN PEDOPSYCHIATRE (H/F)

Poste à pourvoir le 01/02/09
CDI à temps plein – CCNT 1966

Responsable du pôle thérapeutique de l'association, en lien avec le directeur général et les directeurs d'établissements et services médico-sociaux, accueillant des personnes qui présentent une déficience intellectuelle et/ou des troubles du comportement.

Pour l'IME, l'ITEP et le SESSAD, en qualité d'expert en psychopathologie :

- assure des responsabilités en matière d'admissions et d'orientations des usagers
 - établit les diagnostics, prescrit les traitements et rééducations et en contrôle l'exécution
 - participe aux travaux de l'équipe pluridisciplinaire et contribue à en garantir les orientations théoriques
 - assure le suivi spécifique de certains usagers
 - participe au conseil de direction.
- Expérience souhaitée dans le secteur du handicap.

Adresser lettre de motivation et CV à :

M. le Directeur Général de
l'Association Jeunesse et Avenir
21, avenue de Lattre de Tassigny
44500 LA BAULE
Tél. : 02 40 60 53 61
direction.generale@ass-jeunesse-et-avenir.fr

Candidature à envoyer avant le
30/11/08

CENTRE PSYCHOTHERAPIE PRIVÉ PARIS-ÉTOILE

LOUE BUREAUX CONSULTATION

Renseignements :

Dr Victor SIMON
Tél : 06 09 17 76 77

Mail :
changements@wanadoo.fr

L'Association Hospitalière de Bretagne
Côtes d'Armor (22)
Gérant le Centre Hospitalier de PLOUGUERNEVEL (22)
Etablissement Privé Participant au Service Public Hospitalier

Recherche 2 PSYCHIATRES TEMPS PLEIN

Pour fonctions à
L'UNITÉ POUR MALADES DIFFICILES
du Centre Hospitalier de PLOUGUERNEVEL (22110)
(deux unités de 20 lits)

Etablissement sous convention C.C.N.51 renouvelée
Possibilité P.H. détaché Fonction Publique
Logement de fonction (maison individuelle en dehors du centre hospitalier)



Association Hospitalière
DE BRETAGNE

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



Groupement leader dans
la gestion hospitalière,
nous apportons une couverture
de qualité dans le domaine
psychiatrique sur le quart
Sud-Est de la France.

Centre Hospitalier privé à but non lucratif,
nous disposons de 443 lits ainsi que
d'une prise en charge en appartements relais

Nous recherchons pour notre établissement de Nice
1 PEDOPSYCHIATRE ou PSYCHIATRE
intéressé par structure spécialisée pour
adolescents difficiles (SIPAD)

et **PSYCHIATRES**
pour autres pôles de psychiatrie

Salaire selon Convention Collective FEHAP 51
Temps plein • Poste à pourvoir rapidement

Merci de bien vouloir adresser votre candidature
(CV + lettre de motivation) à : CH Sainte-Marie
Service Ressources Humaines - Responsable Recrutement
87 avenue Joseph Raybaud - BP 1519 - 06009 Nice cedex 1
Tél. 04 93 13 57 15
E-mail : service-rh@nice-groupe-sainte-marie.com



LE CENTRE HOSPITALIER DE LA COTE BASQUE
Avenue de l'Interne Jacques Lob - 64109 BAYONNE
(Etablissement public de santé de 1160 lits et places
desservant un territoire sanitaire de 320 000 habitants)

RECRUTE 1 PSYCHIATRE TEMPS PLEIN

pour le secteur psychiatrique n°6
(Saint-Jean-de-Luz/Cambo-les-Bains/Saint-Jean-Pied-de-Port).

Poste vacant à pourvoir au sein d'une équipe de
4 praticiens hospitaliers en psychiatrie.

Pour tous renseignements, s'adresser auprès de :

- Mme le Dr Cécile LAFITTE - Médecin psychiatrie - tél. 05 59 44 42 61
e-mail : clafitte@chicb.com
- M. POIRIER, Directeur Adjoint - tél. 05 59 44 39 84
e-mail : phpoirier@chicb.com

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

PERPIGNAN Clinique 102 lits - conventionnée certifiée V2
Contrat 15 lits – équipe de 7 psychiatres libéraux

CAUSE RETRAITE **RECHERCHONS**
PSYCHIATRES POUR INTÉGRATION

Contacteur :
Docteur Robert GAUBERT, Président CME • Tél : 06 23 45 72 30

CHS DE MONTÉLÉGER 26 (6 km de Valence)
recherche pour compléter ses équipes médicales

PSYCHIATRES CONTRACTUELS

temps partiel ou temps plein
en services adultes ou enfants



Adresser candidature et CV à M. le Directeur
CHS le Valmont - BP 16 - 26760 Montéléger
Tél. : 04-75-75-60-01



LE CENTRE HOSPITALIER DE LA COTE BASQUE
Avenue de l'Interne Jacques Lob - 64109 BAYONNE

(Etablissement public de santé de 1160 lits et places
desservant un territoire sanitaire de 320 000 habitants)

RECRUTE 2 PSYCHIATRES TEMPS PLEIN

- au sein d'un établissement de soins généraux auquel sont rattachés 3 secteurs de psychiatrie générale et un secteur de psychiatrie infantile couvrant le Pays Basque dans le département des Pyrénées-Atlantiques (64).
 - rattachés à l'unité intersectorielle de psychiatrie d'urgence et de liaison située à proximité du service de médecine d'urgence.
- Ces deux postes actuellement vacants s'intègrent dans une équipe médicale de 3 praticiens qui assurent la prise en charge :
- d'une équipe d'urgences psychiatriques et de psychiatrie de liaison,
 - d'une unité d'accueil des états de crise suicidaire (8 lits),
 - d'une équipe mobile d'accès aux soins pour personnes en situation de précarité.

Pour tous renseignements, s'adresser auprès de :

- Mme le Dr PIQUEMAL - Médecin psychiatrie - tél. 05 59 44 42 23
e-mail : epiquemal@chicb.com
- M. POIRIER, Directeur Adjoint - tél. 05 59 44 39 84
e-mail : phpoirier@chicb.com



L'Association ARI (33) recrute
un **MEDECIN PSYCHIATRE** pour
l'ITEP Millefleurs

qui accueille des enfants de 6 à 12 ans présentant des troubles du caractère et du comportement. Sa fonction s'exercera dans le cadre d'un travail d'équipe pluridisciplinaire ; une expérience psychanalytique est vivement souhaitée.

Le poste est à pourvoir en octobre 2008 à 1/3 temps
en CDI - CCN 66.

Envoyer CV et lettre de motivation à : Mr le Directeur
de l'ITEP MILLEFLEURS, 305 rue Millefleurs - 33140 CADAUJAC

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter :
M. Pierre LEGLISE au 05 57 96 03 33 ou 06 08 62 44 50
e-mail : itep.millefleurs@ari-accompagnement.fr

LIVRES ET REVUES

L'homme est-il un animal sympathique ?

Le « *Contr'Hobbes* »

Revue du M.A.U.S.S. 2008 n°31

La Découverte, 22 €

En prenant pour titre « *L'homme est-il un animal sympathique? Le contr'Hobbes* », ce numéro de *La Revue du MAUSS* propose de retracer le débat entre propositions de type hobbesien et utilitariste, et tout ce qui s'est cherché pour s'y opposer, dans la tradition philosophique et sociologique. La question de départ est simple : à travers le concept de sympathie, ou en s'appuyant sur un concept équivalent, trouve-t-on des ressources théoriques suffisantes pour rompre avec l'axiomatique de l'intérêt et l'utilitarisme, ou bien cette sympathie à travers laquelle se manifeste un intérêt pour autrui n'est-elle pas, en dernière instance, qu'une simple modalité de l'intérêt pour soi ? Débat évidemment crucial pour l'anti-utilitarisme. On a oublié la force du courant qui s'y est constamment opposé : le « *contr'Hobbes* ». Son concept le plus fécond est celui de sympathie, qui a structuré les Lumières écossaises, de Shaftesbury à Hume et à Smith. La sympathie, cette capacité de l'homme à se réjouir comme ses semblables de leurs joies ou à souffrir avec eux de leurs peines. Dans le prolongement de cette découverte philosophique la sociologie, la psychologie, mais aussi l'économie, la biologie et l'éthologie n'ont cessé d'approfondir cette question. Ce numéro montre l'ancienneté et l'étonnante actualité de cette tradition « *sympathique* », mais aussi ses ambivalences, voire son étrangeté.

Les trente ans de la Société de Neuropsychologie de Langue Française

Coordination Francis Eustache

Revue Neurologique 2008, tome 164, supplément 3

Elsevier Masson

Ce numéro spécial de la *Revue Neurologique* est issu de la journée anniversaire organisée au Collège de France le 7 décembre 2007. Est placé, en exergue, l'article rédigé par l'équipe toulousaine de neuropsychologie (X. de Boissezon et coll.).

L'aphasie est la thématique fondatrice et « *reine* » de la neuropsychologie. Certains auraient pu craindre que le développement des techniques de neuro-imagerie ne fit ombre à la neuropsychologie comportementale et cognitive. Bien au contraire, les recherches décrites dans cet article montrent le partenariat entre les deux approches, au bénéfice de la prise en charge des patients, l'utilisation de l'imagerie guidant la rééducation.

Bernard Lechevalier et Fausto Viader décrivent le paysage scientifique de ces cinquante dernières années, en particulier dans le cadre des Ecoles de la Salpêtrière et de Sainte Anne, et comment celles-ci ont irrigué différentes équipes françaises. Dans ce contexte, Alain Agniel et Francis Eustache relatent la fondation de la SNLF, il y a trente ans, et les principales actions qu'elle a menées pendant cette période.

Ce même thème est développé dans un article en forme de manifeste (F. Eustache et coll.), qui souligne l'évolution de la neuropsychologie sur le plan scientifique, des pratiques cliniques et de l'enseignement. Les auteurs militent pour sa nécessaire évolution institutionnelle qui va de pair avec sa pleine reconnaissance et son rayonnement.

L'histoire qui est racontée d'abord par François Michel, prend sa source dans la neuropsychologie associationniste de la fin du XIX^e siècle. Elle s'étend et se prolonge dans la recherche actuelle agrémentée d'investigations nouvelles, d'un cadre théorique étoffé où s'intègrent les dimensions développementales, évolutionnistes, culturelles, et de nouveaux espoirs thérapeutiques (S. Valdois et coll.). Communication, langage et cerveau : l'ouverture du champ n'est pas restreinte aux concepts, mais s'élargit aussi au temps puisque Yves Joannette, Jean-Luc Nespoulous et coll. proposent de nous projeter dans la neuropsychologie... à l'horizon 2037 !

Deux textes analysent respectivement, sur le plan cognitif, les modifications de la mémoire épisodique au cours du vieillissement normal (M. Isingrini et L. Taconnat) et les perturbations de ce même système de mémoire aux premiers stades de la maladie d'Alzheimer (A.M. Ergis et E. Eusop-Roussel). Complémentaire, un troisième article, qui s'appuie sur les données récentes de l'imagerie cérébrale, tire un trait que l'on espère définitif sur l'amalgame entre vieillissement et maladie d'Alzheimer (B. Desgranges et coll.).

La neuropsychologie de l'enfant prend un essor remarquable. Tous les domaines sont concernés avec des conséquences thérapeutiques, sociales et théoriques (C. Billard et I. Jambaqué). L'observation décrite par Bernard Laurent et ses coll. (C. Lebrun-Givois et coll.) en est une illustration. L'amnésie développementale, et les remaniements théoriques qu'elle a entraînés, comptent parmi les faits neuropsychologiques majeurs de ces dernières années.

« *La neuropsychologie est la discipline qui traite des fonctions mentales supérieures dans leurs rapports avec les structures cérébrales* », cette définition, de Henri Hécaen, n'a atteint sa plénitude que récemment, tant en recherche qu'en clinique. En effet, les fonctions mentales supérieures, char-

gées du contrôle du comportement, ont été longtemps mal intégrées aux autres aspects du fonctionnement cognitif. Ce domaine est actuellement en plein développement (O. Godefroy et coll., C. Thomas -Antérion).

Trente ans de recherches, de découvertes, d'espoirs et (surtout) de questions est le titre de l'article consacré à la négligence spatiale unilatérale (S. Chokron et coll.), mais il pourrait tout autant s'appliquer aux dissociations perceptives et mnésiques (M. Ceccaldi et coll.) et à la problématique de la spécialisation hémisphérique (C. Belin et coll.). Des questions, mais aussi des réponses, proviennent de la rééducation cognitive. Ce progrès au bénéfice des patients, explicité par Xavier Seron, Yves Rossetti, Philippe Azouvi et coll., est un autre fait marquant, et non des moindres, de ces trente dernières années.

Affect et affectivité dans la philosophie moderne et la phénoménologie

Sous la direction de Eliane Escoubas et László

Tengelyi

L'Harmattan, 37 €

Les travaux rassemblés dans ce livre résultent d'une collaboration franco-allemande, sous l'égide d'un Programme PROCOPE qui, pendant deux années (2005 et 2006), réunit des chercheurs français et allemands.

Le projet de ce travail commun est issu du constat que la nouvelle phénoménologie, en France comme en Allemagne, manifeste un intérêt croissant pour le phénomène de l'affect et de l'affectivité. La collaboration entre des phénoménologues et des historiens de la philosophie moderne des XVII^e et XVIII^e siècles, ainsi que de la philosophie grecque, est apparue particulièrement nécessaire.

Le logement accompagné

L'exemple des maisons relais et des résidences accueilli

Anne Véber

Pluriels 2008 n°73

La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

Sur le terrain, la question de l'hébergement et plus encore du logement des personnes avec troubles psychiques a souvent été posée de façon pragmatique par des secteurs psychiatriques soucieux de faciliter la sortie des structures hospitalières pour les malades et de leur apporter des réponses adaptées. Les assistantes de service social ont largement contribué à organiser la sortie de patients dits chroniques depuis les années 80 en les adressant aux établissements médico-sociaux pour adultes handicapés, aux maisons de retraite, mais aussi en participant à la création de toute une gamme d'appartements associatifs et en tissant des liens avec les partenaires du social et du logement. Des associations ont parfois été créées pour développer ces alternatives. Néanmoins, ces initiatives ont fréquemment été mises en place de façon isolée, souvent limitées à un secteur et sans démarche d'ensemble au sein des établissements.

Au niveau national, ces besoins n'ont, jusqu'à récemment, pas ou peu été pris en compte en tant que tels par les politiques publiques, tandis que les structures médico-sociales restaient, elles, en nombre insuffisant. De ce point de vue, il convient de se réjouir que le plan psychiatrie-santé mentale témoigne pour la première fois de la reconnaissance de l'importance du logement et y consacre des actions spécifiques. De même, il faut noter qu'au niveau régional, cette problématique émerge de façon croissante : certaines commissions régionales de concertation en santé mentale ont décidé d'y consacrer un groupe de travail spécifique. C'est le cas, par exemple, du Nord/Pas-de-Calais et de l'Île-de-France. Au niveau des agglomérations, cette dimension est également de plus en plus présente (cf. Le Havre, Nantes, Lyon, Lille...) et les guides annuels se multiplient. Enfin, les tables rondes consacrées au logement ont enregistré, dans le cadre des journées interrégionales santé mentale/précarité organisées en 2007 à Rennes et Amiens, une certaine affluence qui témoigne d'une attention à cette problématique mais aussi d'interrogations et d'attentes fortes.

La diversité des situations de handicaps psychiques et de leurs manifestations appelle une souplesse dans les réponses et la mise en place d'une palette de solutions (cf. *Pluriels* n°65). Si certaines personnes relèvent, en effet, exclusivement d'institutions spécialisées, pour d'autres, ces structures constituent un cadre trop lourd qui ne leur permet pas d'évoluer favorablement. Nombreux souhaitent vivre en logement autonome et sont aptes à le faire, bien qu'ayant des parcours de vie chaotiques, pour peu qu'on prenne en compte l'impact et la spécificité de leurs troubles, voire de leur handicap sur leur vie quotidienne. Il s'agit, en effet, non seulement de répondre dans des conditions décentes à leur besoin de logement, mais aussi d'y garantir leur maintien, maintien qui passe par un accès effectif aux soins mais aussi parfois par un accompagnement au quotidien.

La MNASM a choisi, dans ce numéro, de s'arrêter sur deux de ces « *formules* » de logement accompagné : les maisons relais et leur déclinaison, les résidences accueilli.

Vous pouvez trouver tous les numéros de *Pluriels* sur le site : www.mnasm.com

RisperdalCONSTA[®] L.P., poudre et solvant pour suspension injectable à libération prolongée en seringue préremplie (rispéridone). FORMES ET

PRESENTATIONS* : RISPERDALCONSTA[®] L.P. 25 mg/2 ml, 37,5 mg/2 ml et 50 mg/2 ml, poudre et solvant pour suspension injectable à libération prolongée en seringue préremplie. **COMPOSITION*** : Rispéridone (DCI) : 25 mg, 37,5 mg ou 50 mg pour un flacon. **INDICATION** : Traitement des psychoses, en particulier des psychoses schizoïdiques, en relais d'un traitement antipsychotique par rispéridone par voie orale. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** : Réservé à l'adulte. RISPERDALCONSTA[®] L.P. n'a pas été étudié chez l'enfant de moins de 15 ans. RISPERDALCONSTA[®] L.P. sera utilisé uniquement en relais d'un traitement antipsychotique par rispéridone par voie orale. Compte tenu de l'existence d'une période de latence de 3 semaines pour l'effet clinique après la première injection de RISPERDALCONSTA[®] L.P. (cf. Propriétés pharmacocinétiques), l'administration de la rispéridone par voie orale doit être poursuivie pendant les 3 à 4 premières semaines de traitement par RISPERDALCONSTA[®] L.P. à la posologie efficace utilisée avant l'initiation de RISPERDALCONSTA[®] L.P. RISPERDALCONSTA[®] L.P. doit être administré toutes les 2 semaines par injection intramusculaire profonde dans le muscle fessier à l'aide de l'aiguille sécurisée (aiguille NEEDLE-PRO[®]) fournie dans le conditionnement. Les injections se feront alternativement dans chaque muscle fessier. Ne pas administrer par voie intraveineuse (cf. Instructions pour la manipulation). Pour établir la posologie initiale, se référer au tableau d'équivalence posologique entre la rispéridone par voie orale et la forme à libération prolongée ci-dessous. La posologie habituelle est de 25 mg par voie intramusculaire toutes les 2 semaines (CTJ : 8,69 €). En fonction de la dose orale de rispéridone reçue avant initiation du traitement, certains patients peuvent bénéficier de doses plus élevées de 37,5 mg ou 50 mg. (cf. Tableau d'équivalence posologique). La posologie maximale ne doit pas dépasser 50 mg toutes les 2 semaines (CTJ : 13,63 €).

Tableau d'équivalence posologique entre la rispéridone par voie orale et le RISPERDALCONSTA[®] L.P.

Traitement en cours par la rispéridone orale, posologie journalière	Dose de RISPERDALCONSTA [®] L.P. (injection IM profonde) en mg tous les 14 jours	CTJ
≤ 2 mg/jour	25 mg *	8,69 €
Entre > 2 et < 4 mg/jour	25 à 37,5 mg *	8,69 € à 11,18 €
Entre ≥ 4 et 6 mg/jour	50 mg *	13,63 €

* En poursuivant le traitement par la rispéridone orale en cours pendant les 3 à 4 premières semaines à la posologie utilisée au moment de l'initiation de RISPERDALCONSTA[®] L.P.

Le passage au RISPERDALCONSTA[®] L.P. n'est pas recommandé pour les patients sous rispéridone voie orale à des posologies supérieures à 6 mg en raison de données insuffisantes pour ce groupe de patients dans les études cliniques. La posologie initiale de RISPERDALCONSTA[®] L.P. sera réévaluée après 4 semaines de traitement effectif et éventuellement augmentée. Il existe un délai de 3 semaines entre la modification posologique et l'effet clinique. En cas de réponse clinique insuffisante, 4 semaines après cette modification, la posologie pourra être augmentée une nouvelle fois. La posologie maximale de RISPERDALCONSTA[®] L.P. est de 50 mg toutes les 2 semaines. **Après les 3 à 4 premières semaines de traitement par RISPERDALCONSTA[®] L.P., le traitement par la rispéridone orale sera arrêté.** En l'absence de données suffisantes de sécurité d'emploi, chez le sujet âgé, le sujet atteint d'insuffisance hépatique ou rénale, cette forme à libération prolongée de la rispéridone n'est pas recommandée. **CONTRE-INDICATIONS** : Ce médicament NE DOIT JAMAIS ÊTRE UTILISÉ dans les situations suivantes : - Patients présentant une hypersensibilité au produit ou à l'un de ses composants, - Femmes allaitant, en raison des résultats précliniques montrant une excrétion du produit dans le lait maternel, - En association aux dopaminergiques non antiparkinsoniens (cabergoline, quinafolide) (cf. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions). **MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES D'EMPLOI** : Compte tenu du délai de 3 semaines entre l'instauration du traitement par RISPERDALCONSTA[®] L.P. et l'effet clinique, une surveillance accrue est recommandée pendant les 3 à 4 premières semaines de traitement en raison du risque éventuel de décompensation de la maladie au moment de la transition à RISPERDALCONSTA[®] L.P. Chez les patients n'ayant jamais été traités par la rispéridone, il est recommandé d'établir la tolérance à ce produit en administrant de la rispéridone par voie orale avant d'initier le traitement par RISPERDALCONSTA[®] L.P. **Mises en garde** : Des cas d'allongement de l'intervalle QT ont été rapportés dans le cadre de surdosages. En cas de surdosage, la surveillance cardiovasculaire doit commencer immédiatement et inclure une surveillance ECG en continu jusqu'au rétablissement du patient afin de détecter l'apparition de troubles du rythme cardiaque (cf. Surdosage). En raison de ses propriétés anticholinergiques, la rispéridone peut induire un potentiel de dyskinésie tardive, dont la survenue devra faire envisager l'arrêt de tout traitement par les neuroleptiques. Comme avec tous les antipsychotiques, la survenue éventuelle d'un syndrome malin des neuroleptiques (hyperthermie, rigidité musculaire, troubles neurovégétatifs, altération de la conscience, augmentation des créatinines phosphokinases sériques (CPK) n'est pas à exclure avec la rispéridone. Ce syndrome peut également comporter d'autres signes de rhabdomyolyse comme par exemple une myoglobulinurie ou une insuffisance rénale. En cas d'apparition de ce syndrome, il est nécessaire d'interrompre le traitement antipsychotique. Les concentrations plasmatiques de rispéridone sont détectables pendant au moins 6 semaines suivant la dernière injection de RISPERDALCONSTA[®] L.P. De très rares cas d'hyperglycémie ou d'exacerbation d'un diabète préexistant ont été rapportés lors d'un traitement par la rispéridone. Un suivi clinique approprié est conseillé chez les patients diabétiques et chez les patients présentant des facteurs de risque de diabète insulino-dépendant (cf. Effets indésirables). La prise concomitante de ce médicament avec de l'alcool, de la levodopa ou un antiparkinsonien dopaminergique (amantadine, apomorphine, bromocriptine, entacapone, lisuride, pergolide, pramipexole, ropinirole, sélégiline et pramipexole) est déconseillée (cf. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions). **Mises en garde spéciales chez le patient âgé dément** : RISPERDALCONSTA[®] L.P. n'est pas indiqué dans le traitement de la démence accompagnée de troubles psychotiques et/ou de troubles du comportement et son utilisation chez ce groupe spécifique de patients est déconseillée du fait d'une augmentation du risque de mortalité et d'accidents vasculaires cérébraux. Dans des essais contrôlés versus placebo réalisés avec RISPERDAL[®] oral chez des patients âgés (>65 ans) déments, l'incidence de la mortalité a été plus élevée dans le groupe rispéridone que dans le groupe placebo. **Effets indésirables cardiovasculaires** : Dans des essais contrôlés versus placebo réalisés chez des patients âgés déments, une incidence statistiquement plus élevée des événements indésirables cardiovasculaires (accidents vasculaires cérébraux et des accidents ischémiques transitoires), dont des décès, a été observée chez les patients (moyenne d'âge 85 ans ; extrêmes 73-97 ans) traités par la rispéridone comparativement aux patients recevant du placebo. L'analyse des données pooled de six essais contrôlés versus placebo menés principalement chez des patients âgés (>65 ans) déments suggère un risque de survenue d'accident vasculaire-cérébral dans le groupe rispéridone trois fois supérieur à celui observé dans le groupe placebo. Le mécanisme susceptible d'expliquer cet effet est inconnu. **Précautions d'emploi** : Chez les patients présentant une maladie de Parkinson ou des symptômes extrapyramidaux, le risque d'aggravation des symptômes de type parkinsonien ou de survenue d'un syndrome malin des neuroleptiques peut être augmenté. Une sensibilité aux traitements antipsychotiques peut également se développer chez ces patients, pouvant se manifester par une confusion aggravée, une somnolence, une majoisation des troubles de la motricité telle qu'une instabilité posturale avec des chutes fréquentes, un syndrome extrapyramidal. Les neuroleptiques classiques sont connus pour diminuer le seuil épileptogène. Bien que les études cliniques n'aient pas mis en évidence un tel risque avec la rispéridone, la prudence est recommandée chez les patients épileptiques. En raison des propriétés alpha-bloquantes de la rispéridone, une hypotension orthostatique peut survenir, principalement durant la période d'instauration progressive du traitement. Une attention particulière est nécessaire en cas de déshydratation, d'hypovolémie ou de maladie cardiovasculaire. En cas de survenue d'une hypotension, une réduction de la posologie doit être envisagée (cf. Posologie et Mode d'administration). La rispéridone pouvant induire une tachycardie, elle doit être utilisée avec précaution chez les patients présentant un risque cardiovasculaire connu (en particulier : insuffisance cardiaque, ischémie coronarienne). La rispéridone peut favoriser une prise de poids. Il sera conseillé aux patients de modérer leur consommation alimentaire, pour prévenir cet inconvénient. Pour les recommandations posologiques spécifiques au sujet âgé et au patient insuffisant rénal ou hépatique, se reporter à la rubrique Posologie et Mode d'administration. **INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS*** : **Médicaments sédatifs. Association contre-indiquée** (cf. Contre-indications) : Dopaminergiques non antiparkinsonien (cabergoline, quinafolide). **Associations déconseillées** (cf. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi) : alcool, levodopa, antiparkinsoniens dopaminergiques (amantadine, apomorphine, bromocriptine, entacapone, lisuride, pergolide, pramipexole, ropinirole, sélégiline et pramipexole). **Association faisant l'objet de précautions d'emploi** : carbamazépine, fluoxétine et paroxétine. **Associations à prendre en compte** : antihypertenseurs ; bêta-bloquants dans l'insuffisance cardiaque (bisoprolol, carvedilol, métoprolol nébivolol) ; bêta-bloquants (sauf esmolol et sotalol). **Autres** : ropinirole, valproate. **GROSSESSE ET ALLAITEMENT*** : **Grossesse** : Chez le nouveau-né, la rispéridone peut parfois être responsable si elle est poursuivie en fin de grossesse, en particulier à fortes doses, de signes extrapyramidaux (hypertonie, trémulations) et de sédation. En conséquence, et en raison du bénéfice maternel attendu, l'utilisation de la rispéridone est envisageable quel que soit le terme de la grossesse. La surveillance du nouveau-né tiendra compte des effets précédemment décrits. **Allaitement** : L'excrétion de la rispéridone dans le lait maternel n'étant pas documentée dans l'étude humaine, les femmes recevant de la rispéridone ne doivent pas allaiter. **CONDUITE ET UTILISATION DE MACHINES** : cf. Vidal. **EFFETS INDÉSIRABLES** : Au cours des essais cliniques, les effets indésirables associés à des doses thérapeutiques de RISPERDALCONSTA[®] L.P. sont les suivants : *Communs (> 1/100)* : Prise de poids (2,7 kg en un an), dépression, fatigue et symptômes extrapyramidaux. Chez les patients traités par RISPERDALCONSTA[®] L.P. à des doses allant jusqu'à 50 mg, l'incidence des symptômes extrapyramidaux est comparable à celle du groupe placebo. *Moins communs (< 0,1/100)* : Perte de poids, nervosité, troubles du sommeil, apathie, difficultés de concentration, troubles de la vision, hypotension, syncopé, rash, prurit, œdème périphérique, réaction au site d'injection. Symptômes liés à une hyperprolactinémie tels que lactation non puérpérale, aménorrhée, troubles sexuels, troubles de l'éjaculation, diminution de la libido et impuissance. Les effets indésirables suivants ont été rapportés occasionnellement : dyskinésie tardive, syndrome malin des neuroleptiques et convulsions. Des modifications hématologiques telles qu'une diminution de la lignée blanche ont été observées. Chez certains patients, une augmentation des enzymes hépatiques a été rapportée. De plus, les effets indésirables suivants ont été rapportés avec la rispéridone orale : constipation, douleurs abdominales, rhinite, incontinence urinaire, œdème angio-neurotique, prurigo, somnolence, sensations de vertige, insomnie, agitation, anxiété, céphalée, dyspepsie, nausée/vomissements, troubles de la thermorégulation, intoxication à l'eau due soit à une polydipsie ou à un syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique (SIHAD). Des événements cérébro-vasculaires, incluant des accidents vasculaires cérébraux et des accidents ischémiques transitoires, ont été rapportés au cours de traitements par la rispéridone (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi). De très rares cas d'hyperglycémie ou d'exacerbation d'un diabète préexistant ont été observés (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi). Des cas d'adénomes hypophysaires bénins ont été rapportés après commercialisation chez des patients traités par la rispéridone. **SURDOSAGE** : cf. Vidal. **PHARMACODYNAMIE*** : ANTI-PSYCHOTIQUE. (N : système nerveux central). Code AIC : N05A08. La rispéridone est un antipsychotique neuroleptique appartenant à la classe chimique des dérivés benzisoxazoles. **PHARMACOCINETIQUE** : cf. Vidal. **DONNÉES DE SÉCURITÉ PRÉCLINIQUES** : cf. Vidal. **DONNÉES PHARMACOCINETIQUES*** : Excipients : cf. Vidal. **INCOMPATIBILITÉS** : RISPERDALCONSTA[®] L.P. ne doit pas être mélangé ou dilué à d'autres médicaments ou solutions que le solvant pour administration fourni avec RISPERDALCONSTA[®] L.P. **DURÉE DE CONSERVATION*** : 3 ans. **PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION** : cf. Vidal. **NATURE ET CONTENU DE L'EMBALLAGE EXTERIEUR** : cf. Vidal. **INSTRUCTIONS POUR LA MANIPULATION** : cf. Vidal. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE** : LISTE I. A.M.M. : 362 491-3 : poudre en flacon (verre) + 2 ml de solvant en seringue préremplie (verre), boîte de 1 ; 362 493-6 : poudre en flacon (verre) + 2 ml de solvant en seringue préremplie (verre), boîte de 1 ; 362 494-2 : poudre en flacon (verre) + 2 ml de solvant en seringue préremplie (verre), boîte de 1. **PRIX** : RISPERDALCONSTA[®] L.P. 25 mg/2 ml : 121,63 € ; RISPERDALCONSTA[®] L.P. 37,5 mg/2 ml : 156,54 € ; RISPERDALCONSTA[®] L.P. 50 mg/2 ml : 190,88 €. Remb. Sec. Soc. à 65 % - Agréé coll. **TITULAIRE DE L'A.M.M.** : JANSSEN-CILAG, 1 rue Camille Desmoulins, TSA 91003, 92787 ISSY-LES-MOULINEAUX CEDEX 9. Information Médicale et Pharmacovigilance. Tél. (n° vert) : 0800 25 50 75. Email : medisource@jnjfr.jnj.com

* Pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal.



Risperdal **CONSTA**® LP

risperidone SUSPENSION INJECTABLE A LIBERATION PROLONGEE

***un nouveau
souffle
antipsychotique***



La vie devant

www.actis-innovations.com NR/08/04/RISC/APR/MLR RISONSTA 10/07 B. Photo : Getty Images.



JANSSEN-CILAG

LIVRES

L'intégration sociale du sujet déficient auditif
Enjeux éducatifs et balises cliniques

 Grégory Goasmat
 L'Harmattan, 25 €

L'auteur prend comme point de départ l'Histoire des pratiques éducatives auprès des enfants déficients auditifs. Il met en tension la notion de handicap, les enjeux de la construction de la langue orale avec la militance et l'identification à une cause « sourde », rendant difficile la reconnaissance des besoins et des potentialités de tout enfant. Les retentissements de la déficience auditive sur la famille sont examinés aux fins de dégager les balises d'une clinique de l'accompagnement excédant les seules premières années de vie de l'enfant.

Le propos se lie à distance, à la fois d'une conception réductrice du « sourd » à son déficit auditif, et d'une vision romantique de la subjectivité empreinte de fascination pour la langue des signes. L'auteur articule des repères utiles pour aborder la complexité des rapports entre la question du désir, la rationalité linguistique et les enjeux constitutifs du vivre ensemble dans le contexte du soin aux enfants déficients auditifs.

Histoire et réhabilitation des sanatoriums en Europe

 Sous la direction de Bernard Toulhier et Jean-Bernard Cremonitzer
 Docomomo International*, 20 €

L'histoire de sanatoriums peut apparaître comme désuète ou littéraire. Cet ouvrage propose la reconstruction d'une facette de l'histoire de l'architecture du XX^e siècle, encore peu explorée, peut-être parce qu'elle souffre encore de l'image négative véhiculée par la maladie.

L'introduction de Bernard Toulhier décrit les phases de construction des sanato-

riums en Europe, au XIX^e et XX^e siècles, ainsi que les différents modes thérapeutiques. Il souligne comment, grâce au développement des antibiotiques, les sanatoriums ont perdu progressivement leur raison d'être après la Seconde Guerre mondiale. L'obsolescence de leur fonction originelle est devenue un motif de préoccupation pour les architectes qui devaient leur trouver une nouvelle fonction économiquement valide.

Cinq textes historiques analysent quelques situations géographiques ou temporelles. Anne-Marie Châtelet décrit, au cours des dernières quarante années

du XIX^e siècle, le développement du type architectonique du sanatorium à partir des premières expériences en Allemagne et en Angleterre. Le texte s'arrête au début du XX^e siècle quand, avec la création d'un comité international contre la tuberculose, la lutte contre ce fléau est devenue mondiale. Pierre-Louis Lacet s'intéresse à l'histoire des hôpitaux marins. Suivent trois textes de Jean-Bernard Cremonitzer, Dave Lüthi et Danilo Udovicki-Selb qui analysent, avec une grande précision, l'évolution de la construction des sanatoriums en France, en Suisse et en URSS stalinienne. Ces trois épisodes de l'histoire

sociale ont trait aux coutumes, aux pratiques quotidiennes, à l'assistantat public.

Le chapitre consacré aux projets de restauration présente le pavillon d'entrée du Zonnestraal de Duiker et le sanatorium de Aalto à Paimio. Dans les deux cas, les restaurations ont été respectueuses des caractères constructifs et matériels, et ont développé une cohérence avec les nouvelles fonctions des bâtiments.

*Cité de l'architecture et du patrimoine, Palais de Chaillot, 1 place du Trocadéro, 75016 Paris. Tél. 01 58 51 52 65. docomomo@citechallot.org

Société Internationale d'Histoire de la Psychiatrie et de la Psychanalyse
 Avec la collaboration du *Carnetpsy* et du SIUEERPP

Psychiatrie, psychanalyse, psychothérapies.
Quel avenir pour les traitements de l'âme ?
HOMMAGE À EDOUARD ZARIFIAN



Samedi 21 février 2009, de 9h à 18h
 Hôpital Sainte-Anne, CMME, 100 rue de la Santé, 75014 Paris.

	<i>Matinée</i>	<i>Après-midi</i>
9h	Allocution d'ouverture : Jean-Luc Chassaniol	Président de séance : Alain Vanier Roland Gori <i>La psychiatrie : un fait de civilisation ?</i>
9h30	Président de séance : François Caroli	15h Claude Finkelstein <i>Patient-usager-être humain en souffrance, quelle est notre place ?</i>
10h15	Introduction : Elisabeth Roudinesco Pascal Henri Keller <i>Du corporel au psychique</i>	15h 45
11h	Pause	Président de séance : Daniel Lemler
11h15	Président de séance : Laurent Degos Didier Tabuteau <i>L'expert et les politiques de santé publique</i>	16h30 Discussion 17h15 Discours de clôture : Pierre Delion
12h	Discussion	Comité d'organisation : François Bing, Roland Gori, Pascal Henri Keller, Henri Roudier, Françoise Zarifian.
12h45	Déjeuner (sur place et sur inscription)	

BULLETIN D'INSCRIPTION

SIHPP. Quel avenir pour les traitements de l'âme ? Hommage à Edouard Zarifian
 21 février 2009, CMME, CHS Sainte-Anne, 100 rue de la Santé, 75014 Paris, de 9h à 18h
 À retourner accompagné d'un chèque à l'ordre de la SIHPP à l'adresse suivante :
 François Bing, Bibliothèque médicale Henri Ey, CHS Sainte-Anne, 1 rue Cabanis, 75674 Paris cedex France
 Renseignements : F. Bing : 06 60 60 41 94. sihpp.ey@wanadoo.fr

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 Profession : _____
 E-mail : _____

Inscription : 50€ (repas compris) ; inscription simple : 20€ ; étudiants : 15€

NERVURE
 JOURNAL
 DE PSYCHIATRIE

 Directeur de la rédaction :
 Gérard Massé

Rédacteur en chef : François Caroli

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

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

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

Publicité

SUPPORTER
 promotion

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

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

 Directeur de la Publication :
 G. Massé

www.nervure-psy.com

Les articles de *Nervure Journal de Psychiatrie*
 sont publiés sous la responsabilité de leurs
 auteurs. Toute reproduction, même partielle,
 sans le consentement de l'auteur et du Journal,
 est illicite et constituerait une contrefaçon
 sanctionnée par les articles 425 et suivants du
 Code pénal.