

# NERVURE

## JOURNAL DE PSYCHIATRIE

www.nervure-psy.com

NOVEMBRE 2008 1  
RÉÉDITION FÉVRIER 2009

ISSN 0988-4068  
n° 8 - Tome XXI - 11/2008  
Tirage : 12 000 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

### EDITORIAL

G. Massé

## Un double anniversaire

Ce numéro du *Journal de Nervure* est particulier pour une double raison.

D'abord parce qu'il accompagne un numéro de la *Revue* qui regroupe les articles qui, depuis 20 ans que *Nervure* existe, ont marqué le Comité de rédaction.

Ensuite parce que nous le partageons pour une très grande part avec Janssen-Cilag qui fête ses 50 ans de recherche en psychiatrie.

La psychiatrie connaît depuis ces dernières années une évolution qui s'impose à elle et qui apparaît marquée par une explosion de la demande faisant parler de phénomène de masse, son passage vers la santé mentale avec le concept largement européen de souffrance psychique, la présence constante des usagers (malades et familles) au sein des débats comme facteur efficace de progrès des soins.

Ces progrès bousculent la formation initiale et continue des métiers de la psychiatrie, font appel à des demandes comme l'éducation à la santé, la réhabilitation étant facilitée par une meilleure compliance aux soins auxquels de nouveaux médicaments participent à l'évidence.

Les textes de ce numéro abordent ces thèmes qui traduisent une évolution générale, française et mondiale, et mettent en évidence des efforts qui méritent d'être salués. ■

## Hommage à Paul Janssen (1926-2003)

### La genèse d'une vocation - les années d'apprentissage

Paul Adriaan Janssen voit le jour le 12 septembre 1926 à Turnhout, en Campine, région d'élevage du nord de la Belgique. Son père, Constant Janssen, issu d'une lignée de paysans, a occupé la position enviée de médecin généraliste de cette petite ville des Flandres. Au moment de la naissance de Paul, il est en train de poser les bases de l'entreprise familiale, qui servira de point de départ à l'aventure Janssen, puisqu'il fonde une petite affaire d'importation de médicaments fabriqués à Budapest (tonifiants, stimulants, préparations vitaminées), qu'il distribue en Belgique, aux Pays-Bas ainsi qu'au Congo belge.

Son entreprise connaît un véritable succès, à tel point qu'à partir de 1938, le Docteur Constant Janssen renonce à ses activités de praticien pour

s'y consacrer à part entière ; il installe ses locaux sur le site d'une ancienne usine de Turnhout et c'est là que le jeune Paul installera son premier laboratoire de recherche, dès 1953.

A partir de 1945, les affaires se diversifient et la firme crée désormais ses propres produits : elle met sur le marché le Perdolan® (paracétamol), toujours commercialisé en Belgique aujourd'hui. Le jeune Paul Janssen suit rapidement les traces de son père : après des études secondaires chez les jésuites, il bénéficie d'une formation intensive en physique et en chimie à la faculté Notre-Dame-de-la-Paix de Namur, au cours de laquelle il acquiert la conviction de l'importance fondamentale de la chimie pour la médecine. Fin 1945, Paul Janssen étudie la médecine à la faculté catholique de Louvain, puis à l'université de Gand, où il achève son cursus en 1951. Dès ses années de formation, son but est clair :

(suite page 3 ➡)

## Paul Janssen, l'esprit de la recherche

### Entretien avec Paul Lewi

Paul Lewi est ingénieur en chimie nucléaire et a travaillé aux côtés de Paul Janssen pendant plus de 40 ans. Il nous fait partager aujourd'hui quelques anecdotes sur la grande aventure, humaine et scientifique qu'il a vécue aux côtés de Paul Janssen. Paul Lewi est rentré chez Janssen Pharmaceutica à Beerse en 1962 en tant qu'analyste mathématique jusqu'à occuper le poste de vice-président du centre de design moléculaire. Il a en son nom 15 brevets et une bibliographie de 300 articles scientifiques. Depuis sa retraite, il est consultant auprès de la R&D de Johnson & Johnson à Beerse (Belgique) et de Tibotec (Belgique).

**Serge Tribolet :** *Quels ont été les grands principes qui ont guidé les recherches du docteur Paul Janssen, fondateur des laboratoires du même nom ?*  
**Paul LEWI :** Trois facteurs ont joué un rôle

majeur dans l'organisation de la recherche Janssen : le facteur humain, la primauté de la science et un certain bon sens (« farmer's sense » c'est

(suite page 4 ➡)

### AU SOMMAIRE

#### ÉDITORIAL

Un double anniversaire p.1

#### HOMMAGE À

Paul Janssen (1926-2003) p.3

#### ENTRETIEN AVEC

Paul Lewi.  
Paul Janssen, l'esprit de la recherche p.4

LES ATELIERS PSYCHOSES p.6

#### ENTRETIEN AVEC

Sabine Dandiguian.  
Janssen-Cilag, la pérennité d'une recherche innovante et l'exemplarité d'un partenariat avec le corps médical p.7

#### ENTRETIEN AVEC

François Mousson.  
Infirmier en psychiatrie : le grand métier p.8

#### L'HISTORIQUE DU

PROGRAMME PACT p.10

#### ENTRETIEN AVEC

Julien-Daniel Guelfi.  
Perspectives d'avenir dans le traitement des psychoses p.12

ANNONCES EN BREF p.16

## Les Ateliers Psychoses

### Printemps 1997 - Paris

Réunis au siège des laboratoires Janssen-Cilag nous constatons combien, au niveau mondial, l'intérêt pour les recherches théoriques concernant les schizophrénies ne cesse de croître. Les publications en ce domaine se multiplient et se complexifient. Il devient difficile si l'on n'est pas ou « très jeune » ou « très chercheur » de suivre l'évolution dans les divers domaines rattachés à cette pathologie. Prendre connaissance des publications originales demande un temps important de lecture (et les heures libres des praticiens sont limitées) et exige un anglais parfait. Au cours des années récentes, les projets officiels de FMC se sont succédés, la plupart ont échoué. La fréquentation des Congrès français ou internationaux permet l'acquisition de connaissances

mais ces apports restent souvent fragmentaires, partiels. Nous convenons qu'il existe au sujet de la compréhension des schizophrénies et de leur prise en charge un réel besoin de synthèse et de mise en perspective.

Nous posons pour hypothèse que de très nombreux collègues seraient demandeurs si une formule originale, adaptée à leurs questions, à leurs niveaux de savoir et à leurs emplois du temps était proposée.

### Juin 1998 - Versailles

Une cinquantaine de psychiatres sont réunis pour un week-end de formation. Ils ont été cooptés pour leur intérêt dans la prise en charge des patients atteints de schizophrénie, pour leur niveau déjà élevé de connaissances en ce

(suite page 6 ➡)

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

mais aussi  
à la *Revue*,  
c'est si simple

## LIVRES ET REVUES

## Applications en thérapies familiales systémiques

Karine Alberne, Thierry Alberne  
Collection Pratiques en Psychothérapie  
Elsevier Masson, 33 €

En complément du livre *Les thérapies familiales systémiques* paru chez le même éditeur, les auteurs proposent un manuel d'entraînement à des exercices concrets destinés à aider les psychothérapeutes systémiciens dans leur pratique quotidienne. Quelques études de cas illustrent des applications thérapeutiques de la pensée systémique. Trois grands niveaux d'interventions et d'applications de la théorie systémique sont explorés (tout en sachant que d'autres niveaux peuvent s'envisager) : d'abord le niveau individuel, puis le niveau du couple et enfin celui de la famille. Chacun de ces trois niveaux interagit avec les deux autres et s'y relie par des résonances transversales. Restera aux thérapeutes formés à la systémique à bien repérer ces résonances, à savoir les utiliser avec des objectifs thérapeutiques clairs, rigoureux, évaluable et obéissant à une éthique professionnelle sans reproche.

## Identité et subjectivité

Connexions 2008 n°89

Erès, 26 €

Ce numéro apporte une contribution théorique et appliquée et propose des

élaborations et des recherches internationales concourant à une meilleure compréhension des processus individuels et collectifs qui influencent la dynamique identitaire.

M. Uhl s'inspire de la phénoménologie. Dans une orientation comparable, E.M. Lipiansky prend une position critique face la conception structurelle et statique du cognitivisme à laquelle il oppose une conception processuelle et dynamique de l'identité, en soulignant la nature fondamentalement subjective et interactionnelle du soi.

Dominique Picard montre que les

contextes sociaux et relationnels où se fonde l'identité s'articulent à plusieurs niveaux : celui de la définition de la relation et des rapports de places ; celui des représentations sociales lié à la culture des protagonistes (culture ethnique ou familiale, groupes d'appartenance ou de référence...) ; celui de la protection de soi et des mécanismes de défense en lien avec l'histoire personnelle du sujet.

L'importance du contexte socio-historique, biographique, mais aussi des connexions affectives qui constituent un réseau de significations subjectives

s'ancrant dans les transactions entre le sujet, l'alter et la société est exploré selon une perspective ego-écologique par Marisa Zavalloni à partir d'une méthode qui tend à recueillir les mots identitaires. F. Gonzales-Rey propose de comprendre l'individuel selon une perspective historico-culturelle qui intègre, dans un même système, subjectivité individuelle et subjectivité sociale. Il montre que l'identité s'organise à partir de processus qui mettent en relation les représentations sociales et la représentation de soi. Un autre point de vue abordé, par A.-M. Costalat-Founeau, souligne

l'importance de l'action qui exerce une influence constructive sur l'identité à partir du sentiment de capacité.

Alfredo Guerrero-Tapia souligne que cette dynamique complexe des représentations subjectives s'exprime dans un projet social. Ce projet génère des processus identitaires qui délimitent le cadre de la subjectivité.

Des études de cas pris dans des contextes culturels différents comme la Grèce (AN. Rigas), le Pérou (J. Yamamoto) ou le Canada (H. Cardu) permettent d'illustrer cette problématique de l'identité subjective.

## Traitement symptomatique de la Maladie d'Alzheimer dans ses formes légères à modérément sévères

# Libération Programmée

**REMINYL LP gélules à libération prolongée (galantamine). FORMES ET PRÉSENTATIONS** : REMINYL LP 8 mg, 16 mg et 24 mg, gélule à libération prolongée. **COMPOSITION** : 8 mg, 16 mg ou 24 mg de galantamine (DCI) sous forme de bromhydrate de galantamine ; saccharose (59 mg dans les gélules à libération prolongée de 8 mg ; 117 mg dans les gélules à libération prolongée de 16 mg ; 176 mg dans les gélules à libération prolongée de 24 mg), excipients qs. **INDICATION** : REMINYL LP est indiqué dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer dans ses formes légères à modérément sévères. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** : **Adulte/sujet âgé** : Administration : REMINYL LP gélule à libération prolongée doit être administré une fois par jour, le matin, de préférence avec de la nourriture. Les gélules doivent être avalées en entier avec une boisson. Les gélules ne doivent pas être mâchées ni écrasées. Un apport liquide adéquat est nécessaire pendant le traitement (cf. Effets indésirables). **Avant instauration du traitement** : Le diagnostic de démence de type Alzheimer probable doit être adéquatement confirmé conformément aux critères cliniques en vigueur (cf. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi). **Posologie initiale** : La posologie initiale recommandée est de 8 mg/jour pendant 4 semaines (CI : 2, 10 Q). **Posologie d'entretien** : La tolérance et la posologie de la galantamine doivent être ré-évaluées à intervalles réguliers, de préférence dans les 3 mois suivant le début du traitement. Ensuite, le bénéfice clinique de la galantamine et la tolérance du patient au traitement doivent être ré-évalués à intervalles réguliers selon les critères cliniques en vigueur. Le traitement d'entretien peut être poursuivi aussi longtemps que le bénéfice thérapeutique est favorable et que le patient tolère le traitement par la galantamine. L'arrêt du traitement doit être envisagé lorsqu'il n'y a plus de preuve de l'effet thérapeutique ou si le patient ne tolère pas le traitement. La posologie d'entretien initiale est de 16 mg/jour et les patients doivent être maintenus à cette posologie pendant au moins 4 semaines (CI : 2, 7, 2). Une augmentation jusqu'à la posologie d'entretien de 24 mg/jour (CI : 3, 22 Q) sera envisagée sur une base individuelle après un bilan approprié incluant une évaluation du bénéfice clinique et de la tolérance. Chez les patients ne montrant pas d'augmentation de la réponse clinique à la posologie de 24 mg/jour ou ressentant des signes d'intolérance à 24 mg/jour, une réduction de la posologie à 16 mg/jour devra être envisagée. Il n'y a pas d'effet rebond à l'arrêt brusque du traitement (par exemple, en vue d'une intervention chirurgicale). **Passage d'un traitement par REMINYL LP comprimé ou REMINYL LP solution buvable à un traitement par REMINYL LP gélule à libération prolongée** : Il est recommandé que la même posologie journalière de galantamine soit administrée aux patients. Les patients passant au traitement en 1 prise par jour doivent prendre la dernière prise de REMINYL LP comprimé ou solution buvable le soir et commencer REMINYL LP gélule à libération prolongée, 1 prise par jour le lendemain matin. **Enfant** : L'utilisation de la galantamine n'est pas recommandée chez l'enfant. **Insuffisance hépatique et rénale** : Les concentrations plasmatiques de galantamine peuvent augmenter en cas d'insuffisance hépatique modérée à sévère ou d'insuffisance rénale. Chez les patients présentant une insuffisance hépatique modérée, sur la base d'un modèle pharmacocinétique, il est recommandé d'instaurer le traitement à la posologie d'une gélule à libération prolongée de 8 mg une fois tous les deux jours, de préférence le matin, pendant une semaine. Les patients doivent ensuite prendre 8 mg une fois par jour pendant 4 semaines. Chez ces patients, la posologie ne devra pas excéder 16 mg par jour. En cas d'insuffisance hépatique sévère (Score de Child-Pugh > 9), l'utilisation de la galantamine est contre-indiquée (cf. Contre-indications). Aucune adaptation posologique n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère. Aucune adaptation posologique n'est nécessaire chez les patients présentant une clairance de la créatinine supérieure à 9 ml/min. L'utilisation de la galantamine est contre-indiquée (cf. Contre-indications) en cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 9 ml/min). **Traitement associé** : Chez les patients traités par des inhibiteurs puissants du CYP2D6 ou CYP3A4, une réduction de la posologie peut être envisagée (cf. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions). **CONTRE-INDICATIONS** : Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. En l'absence de données sur l'utilisation de la galantamine dans l'insuffisance hépatique sévère (Score de Child-Pugh > 9) et dans l'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 9 ml/min), la galantamine est contre-indiquée chez les patients présentant à la fois une insuffisance hépatique et une insuffisance rénale significatives. **MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI** : REMINYL LP est indiqué dans le traitement des patients atteints de formes légères à modérément sévères de démence de type Alzheimer. Le bénéfice de la galantamine n'a pas été démontré chez les patients présentant d'autres types de démences ou d'autres types de troubles cognitifs. Dans deux études cliniques d'une durée de 2 ans réalisées chez des patients présentant des troubles cognitifs légers (troubles légers de la mémoire ne remplissant pas les critères d'une maladie d'Alzheimer), la galantamine n'a pas démontré de bénéfice dans le ralentissement du déclin cognitif ou dans la diminution du taux de conversion vers la démence. Le taux de mortalité a été statistiquement plus élevé que celui du groupe placebo, 14/1026 patients (1,4%) traités par la galantamine et 3/1022 (0,3%) patients traités par le placebo. Les décès ont été dus à des causes diverses. Environ la moitié des décès du groupe galantamine semble résulter de causes cardiovasculaires diverses (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral et mort subite). La pertinence clinique de ces observations pour le traitement des patients présentant une maladie d'Alzheimer n'est pas connue. Dans la maladie d'Alzheimer, des études contrôlées versus placebo d'une durée de seulement 6 mois ont été réalisées. Dans ces études, aucune augmentation de la mortalité n'est apparue dans les groupes galantamine. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer doit être établi selon les critères en vigueur par un médecin ayant l'expérience de cette maladie. Le traitement par la galantamine doit être supervisé par un médecin et ne doit être instauré que si un proche peut s'assurer régulièrement de la prise du médicament par le patient. Les patients présentant une maladie d'Alzheimer perdent du poids. Les traitements par les inhibiteurs de la cholinérase, y compris la galantamine, ont été associés à une perte de poids chez ces patients. Au cours du traitement, le poids du patient doit être surveillé. Comme avec les autres cholinomimétiques, la galantamine sera administrée avec précaution dans les cas suivants : **Troubles cardiaques-Troubles gastro-intestinaux-Troubles du système nerveux-Troubles respiratoires, thoraciques et du médiastin-Troubles rénaux et urinaires-Intervention chirurgicale et médicale** - Cf. Vidal. **Autre** - Les gélules à libération prolongée de REMINYL LP contiennent du saccharose. Les patients présentant des problèmes héréditaires rares d'intolérance au fructose, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en sucrase-isomaltase ne doivent pas prendre ce médicament. **INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS** : Cf. Vidal. **GROSSESSE ET ALLAITEMENT** : Cf. Vidal. **EFFETS SUR L'ATTITUDE À CONDUIRE DES VEHICULES ET À UTILISER DES MACHINES** : Cf. Vidal. **EFFETS INDESIRABLES** : Les effets indésirables les plus fréquents observés au cours des essais cliniques (incidence  $\geq 5\%$  et 2 fois la fréquence sous placebo) ont été : nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, dyspepsie, anorexie, fatigue, sensation de vertiges, céphalée, somnolence et perte de poids. Une susceptibilité plus importante aux nausées, aux vomissements et à l'anorexie a été observée plus fréquemment chez les femmes. Les autres effets indésirables fréquents observés au cours des essais cliniques (incidence  $\geq 5\%$  et  $\geq 2$  fois la fréquence sous placebo) ont été : confusion, dépression, chute, blessure, insomnie, rhinite et infection urinaire. La majorité des effets indésirables sont survenus pendant la période d'adaptation posologique. Les nausées et vomissements, effets indésirables les plus fréquents, ont, dans la plupart des cas, duré moins d'une semaine et la majorité des patients n'ont présenté qu'un épisode. La prescription d'antémétiques et un apport liquide adéquat peuvent être utiles dans ces cas. **Événements indésirables observés au cours des essais cliniques et après commercialisation** : Cf. Vidal. **SURDOSAGE** : Cf. Vidal. **PROPRIÉTÉS PHARMACODYNAMIQUES** : **Groupe Pharmacothérapeutique** : Médicaments Anti-démence ; code ATC : N06DA04. **Essais cliniques** : La galantamine a été développée à l'origine sous forme de comprimés à libération immédiate administrés 2 fois par jour. Dans les essais cliniques, contrôlés versus placebo, d'une durée de 5 à 6 mois, l'efficacité clinique de la galantamine a été démontrée pour des posologies de 16 ou 24 mg par jour pendant 6 mois. REMINYL LP comprimés à libération immédiate (GAL-L) a été ajouté comme groupe contrôle positif. L'efficacité a été évaluée en utilisant les scores ADAS-Cog/11 et CIBIC-Plus comme co-critères primaires d'efficacité et les scores ADCS/DAL et NPI comme critères secondaires. REMINYL LP gélules à libération prolongée (GAL-LP) a démontré une amélioration statistiquement significative sur le score ADAS-Cog/11 comparé au placebo, mais pas de différence significative par rapport au placebo sur le score ADCS/DAL. Les résultats sur le score ADCS/DAL sont statistiquement significativement supérieurs comparativement au placebo à la semaine 26. Analyse du score composite de réponse à la semaine 26 basée sur une amélioration d'au moins 4 points par rapport aux valeurs initiales sur l'échelle ADAS-Cog/11, le score total ADL inchangé ou amélioré ( $\geq 0$ ) et l'absence de détérioration du score CIBIC-Plus (1-4) : Cf. Vidal. Les résultats d'une étude de 26 semaines de double-aveugle contrôlée versus placebo réalisée chez des patients avec une démence vasculaire et chez des patients avec une maladie d'Alzheimer et des lésions cérébro-vasculaires concomitantes (« démence mixte ») indiquent que l'effet symptomatique de la galantamine se maintient chez des patients atteints d'une maladie d'Alzheimer et d'une pathologie cérébro-vasculaire concomitante (cf. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi, Troubles du système nerveux). Une analyse post-hoc de sous-groupes, montre qu'aucun effet statistiquement significatif n'a été observé dans le sous-groupe de patients atteints de démence vasculaire. Dans une deuxième étude de 26 semaines contrôlée versus placebo chez des patients avec une démence vasculaire probable, aucun bénéfice clinique du traitement par galantamine n'a été démontré. **PROPRIÉTÉS PHARMACOCINÉTIQUES** : Cf. Vidal. **DONNÉES DE SÉCURITÉ PRÉCLINIQUES** : Cf. Vidal. **DURÉE DE CONSERVATION** : 2 ans. **PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION** : Conserver à une température ne dépassant pas +30°C. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE LIVRAISON** : LISTE I. Surveillance particulière nécessaire pendant le traitement. Prescription initiale annuelle réservée aux médecins spécialistes en neurologie, en psychiatrie, aux médecins spécialistes titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie et aux médecins spécialistes ou qualifiés en médecine générale titulaires de la capacité de gérontologie. **A.M.M.** : 367 593-9 : gélules de 8 mg sous plaquette thermoformée (PVC-PE-PVDC/Aluminium) (boîte de 28) ; 367 595-1 : gélules de 16 mg sous plaquette thermoformée (PVC-PE-PVDC/Aluminium) (boîte de 28) ; 367 596-8 : gélules de 24 mg sous plaquette thermoformée (PVC-PE-PVDC/Aluminium) (boîte de 28). **PRIX** : 58,71 € : 28 gélules à libération prolongée de 8 mg ; 76,11 € : 28 gélules à libération prolongée de 16 mg ; 90,24 € : 28 gélules à libération prolongée de 24 mg. Remb. Séc. Soc à 65 % - Agréé coll. **TITULAIRE DE L'AMM** : JANSSEN-CILAG - 1 rue Camille Desmoulins - TSA 91003 - 92787 LESY LES MOULINEAUX CEDEX 9 - Information Médicale et Pharmacovigilance. Tél.(n° vert) : 0800 25 50 75. Email : medecourse@jinfran.com

\* Pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal.



JANSSEN-CILAG

## 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.

Bobol 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),

Repert 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

Édité par Maxmed

S.A. au capital de 40 000 €

54, bd Latour-Maubourg,

75007 Paris

Maquette : Maéval.

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.

il souhaite, très vite, fonder son propre laboratoire de recherche indépendant.

Précurseur, visionnaire, il se passionne, très jeune, pour la structure moléculaire, convaincu que c'est d'elle que découle l'activité pharmacodynamique. Pour mener à bien ses projets, Paul Janssen s'intéresse à l'état des recherches à l'étranger : il voyage aux Etats-Unis, où il visite les laboratoires Searle et Upjohn, et en Allemagne, où, au cours de son service militaire, il a l'opportunité de travailler en tant qu'assistant dans un laboratoire de pharmacologie qui dépend de l'université de Cologne.

Les années qui suivent l'achèvement de ses études sont très actives : le jeune médecin, frais émoulu de l'université, accomplit des voyages à Paris, Oxford et de nouveau aux Etats-Unis ; il collabore aux travaux du professeur Heymans, prix Nobel de médecine 1938, et devient, en 1958, agrégé de l'enseignement supérieur de pharmacologie chimique suite à sa thèse.

### La passion de la recherche

Paul Janssen affirmait : « *Je suis un chercheur et je resterai toujours un chercheur. Ce n'est pas un choix, c'est une vocation* ».

Le « Docteur Paul », grand pionnier de la pharmacologie et homme d'affaires avisé, aimait à faire partager sa passion. Définissant la recherche scientifique comme « *ce que fait l'être humain pour satisfaire sa curiosité* », il aimait à apostropher ses collaborateurs en leur demandant, tout à trac : « *Alors, as-tu découvert quelque chose de nouveau aujourd'hui ?* ».

Effectivement, alors qu'une carrière prometteuse d'universitaire s'offre à lui, au lendemain de son agrégation, Paul Janssen reste fidèle à l'objectif qu'il s'est fixé lors de ses années d'études : monter son propre laboratoire de recherche indépendant et à même de s'autofinancer puis de se développer. Le risque est important, mais le jeune chercheur obtient le soutien de ses parents. Il s'installe à Turnhout, dans l'entreprise familiale, entouré d'un petit groupe de collaborateurs, pour l'essentiel autodidactes.

Paul Janssen sait précisément ce qu'il cherche : il s'agit de synthétiser au plus vite une substance brevetable qui sera mise sur le marché. En

## Hommage à Paul Janssen (1926-2003)

avril 1955, un antispasmodique (ambucétamide) est lancé par les équipes de Paul Janssen sous le nom de Néoméritine®. Rapidement, les découvertes s'enchaînent, les brevets se succèdent et le succès est au rendez-vous.

Paul Janssen est en effet doté d'un véritable génie dans la conception des médicaments, qui fait très vite de lui un précurseur des méthodes anglo-saxonnes actuelles du « *drug design* », la création de molécules actives, en partant de la connaissance de la biologie structurale de la cible à atteindre.

Comme souvent, chez les grands découvreurs, Paul Janssen met son intuition géniale au service de sa connaissance approfondie de la chimie organique structurale dans le but d'établir des relations structure/activité des médicaments, et de développer ainsi des molécules innovantes. Exemple éloquent, dans la vaste pharmacothèque du docteur Paul Janssen, l'identification des deux pharmacophores de la morphine à partir desquels, en les modifiant, il synthétise des analogues structuraux plus puissants. Le premier pharmacophore permet la synthèse de la péthidine, de la phénopéridine et du fentanyl. Le second pharmacophore est à l'origine du dextromoramide. Le fentanyl et le dextromoramide demeurent tous deux des analgésiques centraux de référence.

Autre exemple célèbre : la description, qui fait aujourd'hui école, du pharmacophore de l'activité neuroleptique de l'halopéridol, initialement présenté comme analgésique central et qui, grâce à l'intuition de Paul Janssen, est à l'origine des butyrophénones (Haldol®) puis des diphénylbutylpipéridines (Orap®). Suivra, dans le domaine de la psychiatrie, l'invention de la rispéridone (Risperdal®) qui renvoie au pharmacophore fondamental antidopaminergique et à un pharmacophore anti-5HT<sub>2</sub>.

Il convient de rappeler ici que le développement de l'Haldol®, en 1958, a révolutionné le traitement des psychoses, et que le Risperdal®, lancé en 1993 aux Etats-Unis, est aujourd'hui l'antipsychotique atypique le plus prescrit à travers le monde (Source interne Janssen-Cilag). Ces deux médicaments ont ainsi contribué à construire la psychiatrie contemporaine.

Les recherches de Paul Janssen s'étendent en outre bien au-delà du champ de la psychiatrie, et lui ont permis de découvrir plus de 80 nouveaux médicaments dans divers domaines tels que l'allergologie, la parasitologie, l'oncologie ou encore la gastro-entérologie. Il a reçu plus de 80 prix médicaux, 22 doctorats honoris causa dans le monde entier et 5 professorats honorifiques ; il a déposé plus de 100 brevets sur différents médicaments. Scientifique complet, il était toujours, au moment de sa mort survenue à l'âge de 77 ans, activement impliqué dans la recherche de nouveaux médicaments et se rendait quotidiennement dans le laboratoire qu'il avait fait installer dans sa maison de Turnhout où il continuait d'animer une équipe d'une vingtaine de collaborateurs.

### Un capitaine d'industrie au service de l'humanité

« *Je ne suis pas un génie mais un homme qui a eu beaucoup de chance dans sa vie. J'ai fondé une entreprise et je me suis érigé en chef d'orchestre. C'est mon seul mérite* » (Paul Janssen).

Si le Docteur Paul Janssen était bien un chercheur d'une envergure exceptionnelle, ses succès sont indissociables de ses talents de manager et d'homme d'affaires avisé. Entre 1953, date à laquelle il fonde la SA Laboratoria Pharmaceu-

tica Dr C. Janssen, et son décès qui survient 50 ans plus tard, en 2003, son entreprise est devenue un des laboratoires les plus innovants et les plus productifs de ce monde extrêmement concurrentiel de l'industrie pharmaceutique.

Si le chercheur Paul Janssen a des intuitions géniales en matière de structure moléculaire, il sait également mettre ses intuitions au service de son projet industriel. C'est ainsi qu'il excelle à s'entourer de collaborateurs de confiance, aux savoirs complémentaires, autour desquels il construira la recherche (et non l'inverse). Il anime ses équipes d'une main de maître, définissant lui-même les axes de recherches, mais laissant à ses collaborateurs une grande liberté dans l'organisation de leurs travaux. Toujours respectueux de leurs qualités intrinsèques, il les pousse à se dépasser et à obtenir des résultats qu'ils n'auraient pas espérés.

De même, il recherche et fidélise les gestionnaires susceptibles d'accompagner la croissance de l'entreprise Janssen : Bob Southuysen, qui entre chez Janssen en 1957 en tant que directeur du personnel, deviendra, en 1991, président du conseil d'administration (CA) ; de même, Frans Van den Bergh, président du CA entre 1961 et 1980 et qui mènera, en collaboration avec Paul Janssen, les négociations d'achat de l'entreprise belge par le groupe américain Johnson & Johnson qui se concrétisent en 1961. Grâce à cette fusion avec Johnson & Johnson, Paul Janssen a pu donner à sa société la pérennité qu'il recherchait. En effet, en contrepartie de l'intérêt que portaient les américains sur ses capacités de chercheur, Paul Janssen a obtenu la promesse que son entreprise conserve son indépendance. Ainsi, Janssen Pharmaceuticals SA (nouvelle raison sociale adoptée en 1964) devient un acteur mondial de premier plan, et connaît une croissance accélérée : elle multiplie les brevets et les nouveaux médicaments, et, alors qu'elle comptait environ 350 collaborateurs en 1960, la firme en compte 4 234 sur le seul territoire de la Belgique en 2002. C'est également un employeur très attractif, qui attire de nombreux chercheurs et spécialistes. La société s'appuie sur une structure de R & D extrêmement novatrice, et sur un marketing performant, qui permet aux médicaments développés par Janssen d'occuper, partout dans le monde, une place de choix. Le rachat par Johnson & Johnson a autorisé l'accélération de ce processus de croissance rapide, ainsi que le développement de nombreuses filiales à l'étranger. Ainsi, en 1973, Janssen Pharmaceuticals ouvre sa première filiale aux Etats-Unis. A la mort de Paul Janssen, trente ans plus tard, son entreprise est implantée dans 45 pays, et emploie 20 000 personnes dans le monde. Parmi les médicaments mis au point par Janssen (plus de 80), 4 font partie de la liste des médicaments essentiels établie par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui en compte 300 : l'halopéridol (Haldol®) synthétisé en 1958, la lévamisole (Ergamisole®) synthétisé en 1966, le miconazole (Daktarin®) synthétisé en 1967 et le mébendazole synthétisé en 1968 (Vermox®). D'autres molécules sont également connues de tous comme le loperamide (Imodium® : 1969) et la dompéridone (Motilium® : 1978).

C'est ainsi que Paul Janssen a posé les bases de la recherche en pharmacologie sur lesquelles travaillent, aujourd'hui encore, de très nombreux chercheurs, animés par son fameux credo : « *Nombre de maladies sont encore sans remède, à nous de développer les bons médicaments* ». ■

**Dr Christophe Paradis**

Psychiatre, CMP, EPS Erasme, Antony.

### LIVRES ET REVUES

#### Episodes dépressifs : des situations multiples

Thomas Morin

*Etudes et Résultats* 2008 n°661

DREES

Selon l'enquête Santé mentale en population générale réalisée entre 1999 et 2003, une personne sur dix souffre d'un épisode dépressif au cours des deux dernières semaines précédant l'interrogation.

Les troubles anxieux sont très souvent associés à la dépression, mais aussi aux comportements d'addiction (alcool, drogue), ainsi qu'aux troubles psychotiques.

L'intensité de l'épisode dépressif augmente quand d'autres troubles coexistent, en particulier pour ceux qui souffrent d'agoraphobie ou de phobie sociale.

Les personnes dépressives qui souffrent conjointement d'autres troubles paniques ont le plus souvent l'impression d'être malade. En revanche quasiment tous considèrent qu'un dépressif « *peut guérir* ».

La prise en charge et le retentissement psychosocial varient avec la présence d'autres troubles psychiques et d'addictions. Ils diffèrent aussi selon l'intensité de l'épisode dépressif et son éventuelle récurrence. Ainsi, ces personnes ne forment vraisemblablement pas une population homogène requérant un même traitement.

#### Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ?

**Enseignements de la littérature**

Laure Com-Ruelle, Zeynep Or,

Thomas Renaud

*Questions d'économie de la Santé*

2008 n°135

Si la concentration de l'offre de soins hospitaliers est souvent présentée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, le sens de la relation entre volume d'activité et qualité des soins fait toujours débat. La revue systématique de la littérature menée par l'IRDES montre que pour certaines procédures et interventions, en particulier pour la chirurgie complexe, la possibilité d'améliorer la qualité des soins lorsque le volume d'activité augmente est réelle. L'effet d'apprentissage au niveau individuel (chirurgien) mais aussi au niveau de l'hôpital (transfert de connaissances, mode d'organisation) semble expliquer une grande partie de cette corrélation. Mais dans certains cas, l'hypothèse alternative du « *renvoi sélectif* » selon laquelle les patients sont orientés vers les hôpitaux ayant de meilleurs résultats, ne peut être réfutée. Ce lien de causalité entre volume et qualité doit être nuancé : les résultats sont sensibles à la nature des procédures et interventions analysées ainsi qu'aux seuils d'activité retenus. Plus l'intervention est spécifique et complexe, plus la corrélation volume-qualité est affirmée. Pour la plupart des interventions, il n'existe pas de seuil d'activité unanimement accepté. De plus, certaines études montrent que la relation volume-qualité devient marginale au-delà d'un seuil qui peut être relativement bas.

Pour télécharger gratuitement cette étude : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes135pdf>  
Pour la commander : <http://www.irdes.fr/EspaceAccueil/BonCommande/BonsCommandeQESpdf>

Pour vous abonner aux bulletins d'information Questions d'économie de la santé : <http://www.irdes.fr/EspaceAccueil/BonCommande/BulletinAbontGnl.pdf>

### Quatrième journée Henri Ey

#### LA PERVERSION

#### « Son statut dans l'humain et sa place dans la société »

Jeudi 18 Juin 2009

Une véritable révolution culturelle a été introduite sur un mode scandaleux à l'époque lorsque Freud a pu dire de l'enfant qu'il était un pervers polymorphe. Cette prise en compte a permis au fil du temps de préciser la place de l'objet dans la construction et la maturation de la personnalité. Nous assistons depuis quelques décennies au déploiement des techniques et des relations objectives organisant une jouissance plus ou moins clivée du désir. Cette priorité de l'objet dans ses rapports au sujet transforme les relations sociales. L'individu s'enferme, de plus en plus, dans une relation consumériste solitaire ou duelle au détriment des rapports symboliques à autrui. La question est donc moins celle de la normalité que des modalités de réponses qui peuvent être apportées dans le collectif.

Nous connaissons aussi les difficultés des prises en charge en milieu psychiatrique ou carcéral qui ne peuvent être dissociées d'une véritable réflexion politique.

Nous souhaitons qu'un débat multidisciplinaire et éthique puisse animer cette journée scientifique.

Comité scientifique : Dr-F. Blanadet, Dr. M. Daudin, Dr. I. Gasman, Dr. P. Le Loher, Dr. E. Malapert, Dr. C. Antos, Dr. H. Rahioui. Hôpital Henri Ey, 15 avenue de la Porte de Choisy, 75013 Paris.

## LIVRES

**L'enfant face aux aliments**

Numéro coordonné par Benoist Schaal et Robert Soussignan  
*Enfance 2008 n°3*  
 PUF, 23 €

Les préférences alimentaires sont largement basées sur le goût des aliments. Quand le goût rencontre des priorités sensorielles comme l'attrait pour le sucré et la répulsion pour l'amer, il participe au plaisir de manger. Plus tard, une part de ce plaisir peut naître de la diversité, de la confrontation des registres (par exemple, le sucré-salé), mais il peut se restreindre aussi à des préférences très sélectives pour des aliments qui « flattent le goût », encouragées par le marketing ciblé sur les jeunes consommateurs.

L'enfant moderne choisit son alimentation, il influence le choix des parents et un danger le guette alors, d'autant plus envahissant qu'il a eu accès à moins d'expériences alimentaires diversifiées : l'addiction alimentaire, depuis ce que Benoist Schaal et Robert Soussignan, coordinateurs du numéro, appellent joliment les « avant-goûts » du fœtus. Ce numéro très complet passe ces questions en revue avec l'aide de chercheurs français et d'invités étrangers. Une place particulière y est faite au nouveau-né prématuré, donc prématurément actif dans son alimentation, nous permettant de mieux comprendre comment se développe, au fil de nos expériences gustatives, un comportement alimentaire stabilisé.

**Décision en santé publique : obligation, négociation, participation?**

*Santé Publique 2008 n°4*

Le congrès 2007 de la Société française de santé publique était intitulé « *Décision en santé publique : obligation, négociation, participation* ». Ce numéro constitue un ensemble cohérent qui développe la notion de décision en santé publique à travers une structuration en trois parties : la première explicite les aspects conceptuels et éthiques de la décision, la deuxième illustre ces notions à travers des exemples de processus de décision qui ont marqué en santé publique (alcool, infections nosocomiales et amiante), la dernière enfin décrit et analyse les trois outils de la décision que sont la recherche, l'information, et les auditions publiques. La décision en santé publique se distingue de la décision médicale (décision du soin) et de la décision en santé (décision d'un individu amené à faire des choix de vie conditionnant sa santé). Elle s'intéresse à une population ou à des sous-groupes de population et concerne de nombreux champs et, notamment, ceux de l'action sanitaire et des politiques publiques de santé. Les décisions sont de plusieurs ordres allant de l'incitation (alimentation équilibrée, dépistage...) à des interdictions (de fumer dans les lieux publics, de conduire sous l'emprise de l'alcool...) ou encore de la définition d'objectifs (loi de santé publique) à la mise en place de programmes ou l'organisation du système de santé.

SANTÉ PUBLIQUE, 2 rue du Doyen J. Parisot,  
 BP 7, 54501 Vandœuvre-lès-Nancy.  
<http://www.sfsp.fr>

à-dire un « *bon sens paysan* ». Paul Janssen pensait que l'organisation de la recherche devait s'adapter aux compétences des chercheurs. Les chercheurs qui venaient chez nous n'avaient pas à s'adapter à la structure existante ; c'était l'organisation de la recherche qui devait s'adapter aux opportunités, aux capacités, aux compétences des nouveaux venus. Lorsque j'ai rencontré Paul Janssen, j'étais un jeune ingénieur chimiste, il m'a demandé de venir travailler avec lui alors que je ne connaissais que peu la pharmacologie et que je n'avais pas de formation en médecine clinique. Il m'a dit que ce n'était pas mon problème et qu'il me trouverait une tâche utile. De ce point de vue, il considérait son organisation plus comme un organisme adaptatif que comme un mécanisme fixe préétabli. Cette organisation était conçue selon une logique horizontale, à la différence de l'organisation pyramidale habituellement en vigueur dans la plupart des entreprises de recherche. Pour ses chercheurs, il prônait la liberté et la confiance au détriment de la bureaucratie. La recherche devait s'organiser autour de personnes clés, compétentes et exerçant, de façon continue, un esprit critique. Il estimait qu'il n'était pas là pour décider seul, mais que ses collaborateurs devaient venir le convaincre de ce qu'il fallait faire en lui présentant leurs plans, leurs projets, leurs idées. Il avait une curiosité scientifique fondamentale, il voulait surtout apprendre, connaître. Il demandait très souvent à ses collaborateurs s'ils avaient quelque chose de nouveau à lui annoncer, quelque chose d'intéressant à lui raconter, quelque chose pouvant aussi bien concerner la science, la politique, la philosophie. Lorsqu'ils lui répondaient avoir lu ou avoir entendu telle ou telle autre information, il leur demandait s'ils croyaient que c'était vrai et sur quels arguments. Chacun s'attendait tellement à cette question qu'il préparait sa réponse afin de ne pas être pris au dépourvu. Les collègues annonçaient l'arrivée du docteur Janssen dans les corridors en tapant sur les tuyaux métalliques du chauffage central pour dire « *ne vous laissez pas attraper* ». Cet exemple montre bien l'ambiance amicale qui régnait entre les chercheurs, ce côté humain. Il se considérait comme un chef d'orchestre. Ses collaborateurs étaient des spécialistes dans chaque domaine, chacun connaissait bien son instrument. Paul Janssen disait qu'il ne savait pas se servir de tous les instruments mais qu'il connaissait la musique et il savait diriger en donnant la bonne orientation, en rapprochant les personnes au bon moment et de façon adéquate, en produisant un effet de résonance. Autrement dit il savait faire vibrer l'ensemble d'une façon harmonieuse pour lui donner plus de force, plus de puissance que chaque élément séparément. C'était un effet de synchronisation. Le deuxième facteur qui a joué un rôle majeur dans la dynamique de Paul Janssen est le facteur science. Il disait « *la recherche avant tout* » ; il disait qu'en faisant bien son travail de scientifique les résultats suivraient et dans son cas, ils ont suivi rapidement avec des succès dès le commencement. Dans d'autres domaines, comme celui du SIDA, il nous a fallu vingt ans avant d'arriver à l'étravirine (Intelenc®), le nouvel inhibiteur du VIH.

**ST :** Dans quel domaine a commencé l'activité recherche ?

**PL :** Paul Janssen a commencé en se basant sur la structure chimique de la péthidine. Il avait remarqué que de nombreux dérivés de la morphine comme la codéine, l'oxycodone, l'hydromorphone et la péthidine, ont une structure commune de type phénylpropylamine (constituée d'un anneau phényl et d'un atome d'azote reliés par une chaîne de trois atomes de carbone). Il a commencé à faire des variations là-dessus en espérant trouver des analgésiques plus puissants que la morphine. Avec l'aide de

# Paul Janssen, l'esprit de la recherche

Entretien avec Paul Lewi par le Dr Serge Tribolet\*

son père qui avait une petite entreprise pharmaceutique en Belgique, et avec quatre collaborateurs, il a d'abord synthétisé des analogues, des dérivés de la phényl propylamine et très vite il a connu un succès. Après deux ans de travail ils avaient synthétisé 500 nouvelles molécules dont sept sont arrivées sur le marché pharmaceutique. C'est extraordinaire ! Cela n'existe plus aujourd'hui. La cinquième molécule synthétisée était l'ambucétamide (Néoméritine®), un médicament antispasmodique et analgésique employé en gynécologie, et la soixante neuvième était un antispasmodique indiqué dans les gastralgies, les dyspepsies et les ulcères, l'isopropamide (Priamide®). Ces découvertes lui ont permis d'enrichir son laboratoire en vendant les licences aux grandes sociétés et en recevant des revenus sous forme de royalties. Il réinvestissait directement les revenus dans ses recherches.

**ST :** Pour découvrir tant de nouvelles molécules, comment s'entourait-il ?

**PL :** Il était convaincu que la recherche pharmaceutique devait être pluridisciplinaire, qu'elle devait faire intervenir des spécialistes de chimie, de pharmacologie, de toxicologie et de bien d'autres domaines. Ces spécialistes devaient se rencontrer et tâcher d'apprendre la terminologie des différentes disciplines. Paul Janssen comparait les liens entre chaque discipline avec les doigts de la main ; il disait qu'il était la paume qui unissait les doigts. Il voulait toujours apprendre ce que faisaient ses chercheurs, il voulait que chacun lui explique ses choix en particulier ceux qui ont abouti aux découvertes de molécules. Il chérissait ses inventions et les considérait comme ses enfants. « *Nos produits sont nos enfants* », disait-il. Aujourd'hui, souvent, les nouvelles molécules n'ont pas une grande postérité, elles ont la vie courte, le produit est souvent « *tué* » avant même la fin de la phase 3 des essais. Paul Janssen disait qu'on ne tue pas les enfants, on doit plutôt les chérir et les faire grandir.

**ST :** Vous évoquiez le « *bon sens* » de Paul Janssen, pouvez-vous nous en dire plus ?

**PL :** Oui, c'est le troisième aspect de la méthode de Paul Janssen. Il refusait toute sorte d'autorité intellectuelle et disait à ses collaborateurs de ne jamais accepter un fait sans preuve, sans l'avoir expérimenté personnellement, sans l'avoir vu de ses propres yeux. Les décisions doivent se fonder sur l'évidence plutôt que sur des probabilités.

**ST :** Quel a été le *primum movens* de la découverte de l'halopéridol ?

**PL :** Le hasard a joué un rôle important. Tout a commencé avec l'étude de la péthidine en faisant des variations sur le modèle phényl propylamine. Ces variations ont permis la synthèse de substances dont l'effet tranquillisant a été mis en évidence « *par hasard* » chez le rat. Paul Janssen avait une mémoire phénoménale, quand il avait lu ou entendu une information il ne l'oubliait pas et pouvait l'utiliser longtemps après. Lorsqu'il a donné naissance à ces nouvelles substances tranquillisantes en 1958 en allongeant la chaîne de la phénylpropylamine de trois atomes de carbone, menant aux butyrophénones, Paul Janssen a fait le lien avec les études d'Henri Laborit. Ces études sur la chlorpromazine et l'effet antipsychotique découvert par Delay et Deniker dataient de 1952.

Un autre fait du hasard est lié à l'actualité sportive. Déjà dans les années cinquante des cyclistes belges se dopaient aux amphétamines ; un

médecin soigneur avait décrit à Paul Janssen les similitudes existant entre des manifestations observées chez les cyclistes intoxiqués et des troubles psychotiques. Par exemple, lorsqu'ils gagnaient la course, ces cyclistes ne s'arrêtaient pas d'eux-mêmes, ils devaient être stoppés physiquement puis devant les micros des journalistes, ils tenaient des propos délirants. A la suite de ce constat, Paul Janssen avait demandé au pharmacologue de construire un modèle chez le rat en lui injectant de l'amphétamine et en observant la présence de stéréotypies comme les mouvements des mâchoires ou le brossage des moustaches. C'est en administrant l'halopéridol que nous avons observé l'inhibition de ces effets. L'affaire du dopage dans le cyclisme a permis, de façon inattendue, la découverte de l'effet antipsychotique de l'halopéridol. Nous avons eu la chance de bénéficier d'une très bonne coopération des psychiatres d'abord en Belgique avec le Professeur Jean Bobon et son équipe qui ont réalisé le premier essai chez un patient schizophrène. L'injection d'une petite dose d'halopéridol a eu un effet bénéfique remarquable ; puis ce sont les psychiatres de Sainte-Anne surtout les Professeurs Jean Delay et Pierre Pichot, Pierre Deniker et Thérèse Lempérière qui ont continué les études. Très vite l'halopéridol a été distribué dans les grandes cliniques psychiatriques en Europe et il a été mis à la disposition des malades un an seulement après sa synthèse. A cette époque les hôpitaux psychiatriques étaient souvent gérés par des religieux qui étaient continuellement en contact avec les malades. Nous avons grandement bénéficié de leur collaboration, comme celle des frères Alexiens à Namur ; ils nous rapportaient des observations cliniques, ils nous décrivaient les effets secondaires. Grâce à ces informations nous avons pu adapter, de façon plus précise, les dosages aux situations cliniques. Un an après la synthèse de l'halopéridol, un symposium s'est tenu à Beerse (Belgique) et le médicament a été mis sur le marché la même année. Et le produit est toujours là !

**Psychologie**

18<sup>e</sup> édition

Richard J. Gerrig, Philip G. Zimbardo  
 Traduction française dirigée par Serge Nicolas  
 Pearson Education France, 49 €

Ce manuel a une approche par thème : sensation et perception, esprit et conscience, apprentissage, mémoire, cognition, intelligence, développement, motivation, émotions, personnalité, troubles et thérapies, relations... Il permet ainsi une vision globale et un socle cohérent de connaissances, en progressant du simple au complexe, du biologique au relationnel. Chaque thème fait l'objet d'un abord particulier en présentant les auteurs (Wundt, Freud, Skinner, Maslow, Piaget...), les perspectives théoriques (psychanalyse, behaviorisme, biologie...), les applications et les travaux les plus récents (en neuroscience notamment). Sont également soulignées les bases scientifiques, en expliquant les étapes du raisonnement psychologique à partir de nombreuses expériences et études.

Adaptée pour le public francophone, cette édition présente, en outre, les spécificités de la discipline en France (cursus, métiers, importance de la psychanalyse, code de déontologie...), les apports de Lacan, Ribot ou Binet. Elle propose des données comparatives (taux d'obésité, mesures de santé publique, patients atteints d'Alzheimer...) et une bibliographie thématique en français. En couleurs, facile d'utilisation, l'ouvrage articule notions théoriques et phénomènes de la vie courante et offre de multiples occasions de contrôler ou mettre en pratique ses connaissances (QCM, questions de révision et de réflexion, avec des corrigés).

**ST** : L'enjeu thérapeutique de la découverte de l'halopéridol a-t-il été reconnu dès le début ?

**PL** : Oui, en Europe ; au début les Américains n'y croyaient pas, ils disaient que leurs malades aux Etats-Unis étaient différents des Européens. Il a fallu du temps avant que l'on puisse convaincre les Américains.

**ST** : L'identité européenne a-t-elle joué un rôle important dans la dynamique de la recherche Janssen ?

**PL** : Paul Janssen parlait plusieurs langues, il a reçu des distinctions partout dans le monde, vingt deux fois il a été nommé docteur honoraire et il était membre de plusieurs académies scientifiques étrangères. Paul Janssen était un esprit très universel, très ouvert, il ne se considérait pas seulement comme Belge. Des visiteurs du monde entier venaient le voir.

**ST** : Au-delà des compétences théoriques, quelles sont les qualités d'un bon chercheur dans le domaine pharmaceutique ?

**PL** : Pour Paul Janssen, le caractère et le courage comptent plus que la compétence et l'intelligence. La première qualité, le caractère, doit être animé par une certaine curiosité scientifique, le désir d'apprendre, le besoin de savoir et la persévérance. Un chercheur doit également avoir une capacité d'observation minutieuse mais aussi une ouverture d'esprit. Sans cette dernière, nous n'aurions jamais découvert l'halopéridol et la rispéridone. Pour Paul Janssen, il fallait dépasser les limites de son simple domaine de recherche. Travailler de façon multidisciplinaire demande un effort pour comprendre les autres disciplines ; un pharmacologue doit comprendre la terminologie des chimistes, il doit pouvoir parler avec les cliniciens. Une autre qualité essentielle du chercheur est l'esprit critique en particulier auto-critique. Il faut aussi un certain esprit entrepreneur ; Paul Janssen incitait les chercheurs à venir avec leurs propres idées et à savoir les défendre. Ce qu'il appelait le « *Farmer's sense* » est aussi une qualité essentielle du chercheur. Ces qualités doivent permettre de travailler sans contrôle formel. Il disait qu'un bon chercheur ne doit pas être contrôlé. L'efficacité de son organisation résidait dans la place de chef d'orchestre qu'il occupait. Son absence aurait entraîné un désordre qui aurait été contre-productif. C'est parce qu'il était très présent qu'il pouvait donner autant de liberté à ses chercheurs et leur donner autant de confiance. Il m'a confié à la fin de sa vie que de nombreuses grandes découvertes ont vu le jour grâce à cette méthode qui permettait à chacun de s'accomplir pleinement dans son travail de recherche.

**ST** : La dynamique de la recherche Janssen a-t-elle été modifiée par l'intégration au groupe Johnson & Johnson ?

**PL** : Johnson & Johnson avait acheté l'entreprise Janssen en 1961 quelques années après la découverte de l'halopéridol. Le contrat permettait à Paul Janssen de conserver toute l'autonomie qu'il lui fallait pour développer sa recherche et son entreprise jusqu'à sa retraite. En 1991, lorsqu'est venu l'âge de la retraite, il a dû renoncer à ses fonctions. Il a été très malheureux de ne plus jouer le rôle de chef d'orchestre. Il m'a alors proposé de recommencer comme au début dans un endroit modeste, quelque part dans les bois dans une maison avec quelques chercheurs, j'ai répondu oui immédiatement. Grâce à l'aide financière et généreuse de Johnson & Johnson, nous avons commencé, avec une petite équipe, à travailler sur le VIH et les maladies infectieuses. Ce travail a

conduit à la synthèse de cinq nouveaux produits, dont un, Prezista® (darunavir) est déjà disponible pour les patients.

**ST** : La recherche pharmaceutique en psychiatrie est-elle fondamentalement différente de la recherche pharmaceutique dans les autres disciplines médicales ?

**PL** : La principale différence qui existe entre la psychiatrie et les autres disciplines médicales réside dans la matière étudiée : le substrat humain lui-même : le cerveau qui est le siège de la pensée et du comportement. C'est pour cette raison que nous tenions tant à discuter avec les psychiatres et à rencontrer les malades qui étaient devenus nos amis et qui étaient des personnes qui souffraient et qu'il fallait aider.

**ST** : Quels tests et modèles utilisez-vous ?

**PL** : Notre pharmacologue avait mis au point un test – le test combiné sur les rats – qui consistait à administrer l'apomorphine qui nous renseigne sur les interactions avec les récepteurs de la dopamine, la tryptamine pour simuler les effets de la sérotonine et de la norépinéphrine. Cette astuce nous permettait de faire des observations rapides sur les interactions avec les trois récepteurs principaux qui sont impliqués dans les phénomènes de la psychose. Actuellement on s'oriente vers les cibles moléculaires plutôt que sur ces modèles que l'on appelle « *whole animal* » en anglais (animal entier).

Une autre différence concerne évidemment l'étiologie des psychoses, elle reste mal connue. Souvent Paul Janssen recevait des psychiatres, il leur demandait comment ils définissaient la ou les schizophrénies, et les réponses étaient nombreuses et très différentes. Paul Janssen voulait se baser sur des données tangibles. Parmi ces données il y a le « *manque d'inhibition interne* » chez les psychotiques. Paul Janssen a voulu étudier ce phénomène, pendant les dernières années de sa vie, en utilisant des méthodes d'observations directes. Pour cela il s'est basé sur la méthode de D. Bente. Cette méthode, qui a été inventée en Allemagne, peut mettre en évidence une certaine tendance à la répétitivité ou, pour certains patients, l'incapacité à inhiber certaines réactions répétitives. D. Bente demandait au patient d'indiquer un point sur une carte (il y avait neuf points) avec un bâton successivement à une cadence de un par seconde de façon tout à fait aléatoire. Certains faisaient des parcours répétitifs. Paul Janssen m'a demandé de construire un appareil électronique dont on pourrait se servir. Il y a une formule dans la théorie de l'information de Claude Shannon qui peut vous donner une certaine mesure de l'entropie, du degré de hasard ou d'absence d'ordre et de présence de redondance. Ce sont ces instruments de mesure donnant des mesures quantitatives reproductibles qui manquent en psychiatrie. Il y a évidemment le PET scan qui peut aider à localiser au niveau cérébral certains produits où les récepteurs sont en interaction.

Nous nous intéressons également aux symptômes extra-pyramidaux et Paul Janssen se fiait beaucoup à une méthode développée par un professeur Allemand, Hans-Joachim Haase : la méthode de la micrographie. La méthode consiste à faire écrire par un malade un vers qu'il connaît bien, il devait l'écrire trois fois sur une feuille que l'on pouvait faxer au psychiatre qui mesurait la surface de l'écriture.

Le surdosage du neuroleptique entraîne une micro-écriture ; à l'inverse la surface devient plus grande en cas de sous-dosage. C'est une méthode quantitative et Paul Janssen regret-

taut que la psychiatrie ne dispose pas plus de ce type de méthodes.

**ST** : Comment est née la rispéridone ?

**PL** : Revenons à notre point de départ : nous sommes partis des dérivés de la phényl propylamine, puis des butyrophénones dont l'halopéridol. Par hasard, presque en même temps que l'halopéridol, on a donné naissance à la pipampéronone (Dipiperon®) qui est une substance avec activité mixte dopaminergique et sérotoninergique. Nous ne lui avons pas donné beaucoup d'importance, à tort ! On a continué en développant toute la famille des butyrophénones jusqu'à ce qu'un chimiste s'étonne de cette étrange symétrie dans les structures chimiques des butyrophénones. Cette symétrie se retrouve dans la « *tête* » et la « *queue* » des structures. Nous nous sommes demandé pourquoi ne pas mettre la « *queue* » à la place de la « *tête* ». On a ainsi créé une série de composés qui, surprise, se sont avérés être des sérotoninergiques très spécifiques (comme la kétan-

sérine). En réintroduisant l'activité dopaminergique afin d'obtenir une activité mixte, et après sept années de travail, nos chimistes et pharmacologues sont arrivés à la rispéridone.

**ST** : Paul Janssen a été un grand mécène dans le domaine de l'art.

**PL** : Oui, Paul Janssen était épris de musique, il jouait du piano. Lui et son épouse, Dora Janssen, avaient encouragé la sauvegarde de notre patrimoine en donnant de l'argent pour la restauration et l'achat de peintures de valeur notamment de peintres primitifs flamands. L'épouse de Paul Janssen s'est spécialisée dans l'art pré-colombien, elle a rassemblé une des meilleures collections d'objets d'arts pré-colombiens qu'elle a léguée à l'Etat Belge et qui est actuellement au Musée d'Art et d'Histoire de Bruxelles. Il a aussi aidé l'édition de livres sur la musique, sur l'histoire des anciens Pays-Bas. ■

\*Psychiatre, Hôpital Maison Blanche, Paris.

## REVUES

### Les établissements pour adultes handicapés : des capacités d'accueil en hausse

#### Résultats provisoires de l'enquête ES 2006

Alice Mainguéne

Etudes et résultats 2008 n°641, Drees

Selon l'enquête « *Etablissements sociaux et médico-sociaux* » (ES) de 2006, le nombre de structures pour adultes handicapés a augmenté de 20% entre 2001 et 2006. Les capacités d'accueil ont également progressé sur la période, de 13% dans les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et de 19% dans les établissements où l'hébergement prédomine. L'augmentation atteint 35% en maison d'accueil spécialisée (MAS) et 45% en foyer d'accueil médicalisé (FAM).

Au total, plus de 200 000 adultes handicapés étaient accueillis par les établissements médico-sociaux au 31 décembre 2006. Environ 30 000 d'entre eux exerçaient en journée une activité professionnelle dans un ESAT et fréquentaient le reste du temps une structure d'hébergement. Les hommes sont toujours plus nombreux dans toutes les catégories d'établissements (60% en ESAT et 56% dans les autres établissements). L'âge moyen continue à augmenter, ainsi que la durée de présence dans un même établissement (plus de 10 ans en moyenne). Au cours de l'année 2006, les sorties ont représenté 6% des effectifs. La moitié des personnes ayant ainsi quitté un établissement a été orientée vers un autre établissement médico-social.

### Thérapie familiale 2008 n°2

Editions Médecine et Hygiène

Le numéro s'ouvre avec hommage de Fabienne Kuenzli à Michael White, disparu récemment. Mark Mertens aborde les groupes psychothérapeutiques systémiques avec des personnes condamnées pour abus sexuel et en décrit le fonctionnement. Puis, à l'aide de la théorie de Dawkins, il montre comment il conduit ces groupes : il a pris le parti de reprendre systématiquement toutes les phrases qui contiennent manifestement un abus de pouvoir dans la relation à l'autre. L'idée est qu'il faut remettre en question la communication distordue pour pouvoir en changer le pattern. Florence Calicis, ensuite, nous permet « *d'entrer* » dans ces groupes grâce à des observations qui ont été faites au fil des rencontres. Elle fait des hypothèses sur les trois générations nécessaires pour qu'un abus sexuel soit commis et expose comment la psychothérapie ne réside pas tant dans le fait de comprendre que dans celui de changer, et comment les groupes sont le support pour permettre aux participants de modifier les relations qu'ils entretiennent avec leur entourage. Il arrive que, dans nos institutions, nous soyons surpris par le passage à l'acte d'un de nos patients, comme une sortie contre avis médical, et que nous comprenions qu'il y a eu dans l'équipe des attitudes excessives. On a alors tendance à mettre cela sur le compte de la pathologie. Stephan Hendrick en donne une explication différente : il pense qu'il s'agit de la pathologie du lien entre le patient et l'institution, l'attitude

excessive du soignant ne faisant que traduire le phénomène d'hypercorrection de la symptomatologie qui a motivé l'hospitalisation...

Nathalie Duriez propose un métamodèle qui permet d'avoir des repères dans le dédale des thérapies familiales. Ce métamodèle a été élaboré par William Pinsof qui poursuivait des recherches sur l'alliance thérapeutique et le processus de changement. Enfin, s'il est généralement reconnu que la systémique est performante dans la prise en charge des patients alcooliques on relève peu d'écrits à ce propos. Vanghélis Anastassiou parle de son expérience de quinze années passées dans une institution qui s'occupe de ces patients. Il expose les principes des prises en charges, depuis la demande de soin et les pièges liés au déni de l'alcoolisme, jusqu'au processus et aux techniques thérapeutiques. Il en dégage quatre axes : la réorganisation familiale, la réintroduction de la temporalité, la déconstruction des schèmes relationnels de répétitions et leur modification.

### Enfance 2008 n°2

Presses Universitaires de France, 23 €

Ce numéro commence par une comparaison des représentations d'attachement au père et à la mère chez de jeunes enfants de 3 à 5 ans, montrant qu'elles diffèrent tout en étant également positives : la disponibilité des pères dans les représentations de ces enfants renvoie à la transformation moderne des rôles parentaux.

L'article suivant de André Guillaud et René Pry concerne les enfants d'âge préscolaire et les capacités symboliques qu'ils développent dans l'usage du téléphone. On perçoit que le téléphone est un beau dispositif d'étude de l'accès à la fiction. Le troisième article, signé par France Lainé, Carole Tardif, Stéphane Rauzy et Bruno Gepner, présente une perspective d'étude des particularités liées à l'autisme : l'équipe propose des mouvements à des vitesses diverses et, en fonction de l'âge de développement, les enfants avec trouble du spectre autistique peuvent montrer une amélioration sensible de leurs performances. Est ainsi souligné, de façon très utile, l'impact de la perception sur l'action et l'intérêt de distinguer ces deux fonctions. Isabelle Roskam, avec Marie Henry, Bénédicte Collin et Pierre Manil, propose une comparaison, dans le contexte belge, des pratiques éducatives lorsque ce sont les parents qui éduquent ou lorsque ce sont des professionnels en institution. Le point fort de recherche est qu'ils étudient, en outre, la perception de ces pratiques par les enfants qui en font l'objet, et l'autoperception des deux types d'éducateurs.

L'équipe de Marie-Germaine Pêcheux, à partir de la figure complexe de Rey, étudie le rôle de l'attention exécutive à l'âge préscolaire, capacité en plein développement et nécessaire dans les apprentissages. Le dernier article, écrit par Merete Amann Gainotti, Susanna Pallini et Marina Geat, informe sur la représentation de l'Europe par des enfants d'âge scolaire. Les auteurs reprennent la fameuse question de Piaget sur combien de fleurs et combien de marguerites en la transformant de façon à demander à l'enfant s'il est italien et s'il est européen. Les réponses ne manquent pas d'enseignement sur l'identité européenne.

domaine et pour leurs qualités pédagogiques. A l'issue du week-end, ils seront devenus formateurs au sein des premiers Ateliers Psychoses. Ils iront dans leurs régions respectives assurer, au cours de l'année, la formation des collègues et cela à partir d'un matériel pédagogique définitivement élaboré au cours de ce week-end. Depuis des mois, une partie des équipes travaillant avec le laboratoire Janssen-Cilag, Anne-Laure Le Doriol, Patrick Dhont et Alain Gérard, ont ainsi pu définir les premiers sujets à traiter, les meilleurs experts pour chaque sujet et les angles pédagogiques. Anne-Laure Le Doriol est psychiatre, attachée à l'hôpital Sainte-Anne et dirige, depuis de nombreuses années, une société d'étude qualitative. Elle connaît parfaitement le monde de la psychiatrie.

Patrick Dhont est médecin, également attaché à l'hôpital Sainte-Anne et dirige une société de formation. Ayant longtemps travaillé dans l'industrie pharmaceutique et, en particulier, autour des médicaments psychotropes il connaît également très bien les questions de la psychiatrie. Il est de plus un véritable expert des approches pédagogiques et de l'optimisation des programmes de formation. Alain Gérard, le signataire de cet article, est psychiatre libéral mais a toujours consacré une part importante de ses activités aux questions de formation continue.

Trois sujets ont été retenus pour ce premier week-end :

- dépression et schizophrénie,
- psychoses schizophréniques : de la réceptologie à la clinique,
- neuroleptiques : évolution des concepts et des pratiques.

Trois experts ont accepté de nous accompagner dans l'expérience : Hélène Verdoux, Olivier Blin et Jean-Michel Azorin.

Trois pré-programmes sont prêts à être soumis aux formateurs.

La matinée du samedi commence chaudement : la majorité des formateurs désapprouve les représentations que nous avons

#### Accès aux institutions des enfants et adolescents avec autisme ou troubles apparentés Une étude de cohorte en Ile-de-France de 2002 à 2007

Jean-Pierre Thévenot, Alain Philippe,  
Françoise Casadebaig  
John Libbey Eurotext, 18 €

L'accueil et la prise en charge soignante et/ou éducative des enfants porteurs de troubles autistiques ou apparentés représentent actuellement un problème de santé publique. Les difficultés d'accès aux diverses institutions sanitaires ou médico-éducatives en termes de nombre de places ou d'adéquation aux besoins des enfants sont confirmées par plusieurs études de la DASS 75 et de la DRASSIF ainsi que par plusieurs enquêtes épidémiologiques menées par l'Inserm-CCOMS (rapports 1993, 1995, 1998) dans la région Ile-de-France. Ces études ont montré que les demandes d'admission en institution (hospitalisation à temps complet -HTC, hôpital de jour et Institut médico-éducatif -IME) se soldaient par des refus dans 50 à 70% des cas. Ces refus touchaient majoritairement les adolescents et les pathologies les plus sévères et/ou les plus invalidantes. A la suite d'une enquête menée à la demande de l'ARHIF, sur les hôpitaux de jour parisiens, une mobilisation à la fois des professionnels et des associations de parents a conduit à la mise sur pied d'une étude de suivi de cohorte, qui devait se dérouler sur 5 ans, de 2002 à 2007.

Ce rapport rend compte de la totalité de l'étude en reprenant dans une première partie les éléments principaux des trois rapports intermédiaires qui ont été rendus publics en 2004, 2005 et 2006 et qui sont disponibles auprès du chargé d'étude, Jean-Pierre Thévenot. Sont inclus, en annexe de ce rapport final, les commentaires fournis par le comité de suivi sur le déroulement de l'enquête et l'exploitation des résultats.

## Les Ateliers Psychoses

choisies pour illustrer les circuits cérébraux. Les tenants de la neuro-anatomie et de la neuro-imagerie traditionnelle l'emportent et nous devons revoir nos schémas jugés trop abstraits. Le groupe a probablement raison, il nous faut partir des représentations habituelles. Les deux sujets suivants, plus cliniques, nécessitent quelques précisions, quelques changements de forme mais nous sommes d'accord sur l'essentiel.

### Septembre 1998 – France entière

Une cinquantaine de formateurs a reçu ses diapositives définitives. Le réseau Janssen-Cilag lance les invitations auprès de psychiatres pouvant être les plus intéressés par cette formation d'un nouveau type. Les Ateliers Psychoses démarrent effectivement à l'automne.

### Année 2008

Depuis dix ans, avec bien sûr quelques variantes, quelques départs, beaucoup d'arrivées, le même cycle annuel a pu se répéter au sein de ce qui est vraiment devenu un Club. Progressivement les participants ont été de plus en plus partie prenante dans le choix des sujets traités et dans la manière de les traiter. Progressivement le nombre des formateurs a augmenté, 50 en 1975, 75 en 2004. En 2005, les Ateliers Psychoses ont fusionné avec le programme « Psychoses, Remettons-nous En Questions » (PREQ), autre programme de Formation Médicale Continue Janssen-Cilag mené jusque là parallèlement. Ainsi, le nombre des formateurs est passé à 120 mais l'objectif est bien entendu resté le même : proposer chaque année un programme de formation à haute valeur ajoutée sur la schizophrénie. En 2007, à peu près 350 réunions de formations se sont tenues à travers la France. Chaque année des questions de fond sont réapparues. Quels savoirs transmettre ? Quelles places respectives donner aux questions de recherche, aux hypothèses par rapport aux applications de soins ? Est-il possible, et à quelles conditions, de transmettre du savoir utile sans aborder les connaissances théoriques qui l'ont précédé ? Que dire aujourd'hui ? La montée en puissance des « Ateliers Psychoses » a été rendue possible par la conjonction de plusieurs facteurs.

Le premier d'entre eux est la volonté constante des décideurs Janssen-Cilag de rendre pérenne une expérience originale. Chacun sait que l'industrie pharmaceutique est un monde qui bouge vite. Les responsables, même au plus haut niveau, ne sont là que pour quelques années. Souvent une nouvelle équipe, soucieuse de marquer son empreinte, interrompt les anciens programmes quelle que soit leur qualité pour faire du neuf. Je veux saluer la constance des présidents qui depuis Jean-Pierre Davaille jusqu'à Sabine Dandiguian en passant par Frédéric Champavère et Marcel Laurent ont rendu possible l'existence durable des Ateliers Psychoses.

Le second facteur est la fidélité des formateurs. Il faut du temps pour créer les équipes, pour travailler en confiance, pour oser critiquer quand les choses ne vont pas. Nous demandions par ailleurs un engagement véritable car longtemps nous avons espéré, que les ateliers soient officiellement reconnus comme formation validante.

Chacun connaît la saga de la FMC à la française, les atermoiements invraisemblables des responsables, les nombreux niveaux de

bloques en particulier liés au financement. Nous n'insisterons pas. Nous demandions beaucoup, nous en étions conscients.

Le troisième facteur repose sur le professionnalisme de Patrick Dhont et de son rédacteur, Philippe Schwartz, qui, chaque année ont effectué, en liaison avec les experts, un formidable travail de synthèse et de mise en forme. D'année en année, la technique s'est améliorée, l'utilisation des nouveaux supports s'est simplifiée.

demande, vouloir approfondir tel ou tel aspect du problème traité).

En décembre 2008, nous nous retrouverons pour traiter quatre nouveaux sujets :

- Schizophrénie et pathologie somatique
- Schizophrénie et cannabis
- Quel rôle pour le psychiatre dans le projet de vie du schizophrène ?
- Rechutes pour ou contre : peut-on anticiper la non-observance ?

J'aimerais, en terminant ce bref article, remercier un par un ceux qui ont œuvré au sujet de ces ateliers, Nedjima Idir, cheville ouvrière fidèle, Jacqueline Persuy, mémoire active

Ateliers Psychoses		
Années	Thèmes	Experts rédacteurs
1998	Dépression et Schizophrénie	Dr H. Verdoux
	Psychoses schizophréniques : de la réceptologie à la clinique	Pr O. Blin
	Neuroleptiques : évolution des concepts et des pratiques	Pr J-M. Azorin
1999	Premiers épisodes psychiques	Pr M. Bouvard
	Effets secondaires neurologiques des neuroleptiques et des antipsychotiques	Dr B. Lachaux
	Evaluation longitudinale des effets secondaires non neurologiques des antipsychotiques	Pr J-L. Senon
2000	Cognition et schizophrénie Neuroleptiques, antipsychotiques et cognition	Pr Ch-S. Peretti
2001	Physiopathologie de la schizophrénie Ethiopathogénie de la schizophrénie	Pr P. Boyer
	Physiopathologie de la schizophrénie Neurophysiologie de la schizophrénie	Pr P. Boyer
	Troubles psychocomportementaux du sujet âgé - Evaluation Troubles psychocomportementaux du sujet âgé - Prise en charge	Pr P. Robert
2002	Neurosciences et approche thérapeutique	Pr P. Boyer
2003	Continuum de la schizophrénie aux troubles bipolaires	Pr M. Leboyer Pr M. Bouvard Pr J-M. Azorin
2004	Neurosciences cognitives et schizophrénie : le modèle cognitif Neurosciences cognitives et schizophrénie : applications aux pratiques de soins	Pr M-C. Hardy-Baylé Pr J-C. Pascal
	Concept de rémission et schizophrénie	Pr P-M. Llorca
	Psychose chez l'adolescent : discussion autour d'un premier épisode psychotique (que peut-on faire d'emblée dans un enjeu diagnostique de rémission ?)	Pr M. Bouvard
2005	Psychose adulte : discussion autour de la question de stabilisation versus rémission	Pr P-M. Llorca
	Troubles cognitifs et rémission : discussion autour des leviers à utiliser pour améliorer certains troubles cognitifs	Pr Y. Sarfati
	Réhabilitation psycho-sociale	Dr J-P. Chabannes
2006	Les troubles bipolaires, un déséquilibre fondamental	Pr E. Corruble
	Devenir du patient après l'hôpital : induire les complémentarités	Dr D. Leguay
	Psychoses émergentes	Pr B. Millet/ Pr S. Trodjmann
	TCC dans la schizophrénie	Dr V. Yon/ Dr J-L. Monestes
2007	Rémission et symptômes fluctuants dans la schizophrénie	Dr D. Gourion
	Violences et schizophrénie	Dr P. Raymondet/ Dr S. Bourcet
	Protection antipsychotique constante : quels moyens ?	Dr M-N. Vacheron
	Approche neurocognitive et neurofonctionnelle de la rémission	Pr P. Boyer

Le quatrième facteur repose probablement sur l'organisation des programmes. La cohabitation d'un corpus principal d'enseignement, sorte de passage obligé et d'annexes utilisables à la demande, a permis de maintenir, pour l'ensemble des réunions, l'unité des figures imposées (il importe que ce soit bien l'enseignement de l'expert qui centre les débats) et des degrés de liberté pour les figures libres (chaque groupe peut, à la

et animatrice infatigable, l'ensemble de nos experts, l'ensemble de nos formateurs trop nombreux pour être tous cités !

Quant aux centaines de collègues qui ont assisté aux formations, je ne les connais pas personnellement mais je les remercie de leur constance puisqu'il semble que là également une réelle stabilité ait été rencontrée. ■

Dr Alain Gérard

\*Psychiatre, Paris

**Serge Tribolet :** *La part importante de la recherche Janssen dans l'Histoire de la psychiatrie au XX<sup>ème</sup> siècle joue-t-elle un rôle dans la dynamique actuelle du laboratoire ?*

**Sabine Dandiguan :** On réussit bien son futur quand on connaît bien son passé. La « *saga* » Janssen est un bel exemple de continuité entre ce que nous avons su faire et ce que nous ferons demain. Notre histoire est le socle de notre futur. Qualité, innovation et pérennité sont les valeurs de notre entreprise. Notre partenariat avec les psychiatres depuis maintenant plus de 50 ans en est une belle illustration.

Cette pérennité nous donne une responsabilité, elle suscite une attente de la part des médecins, elle fait de notre histoire un ensemble de droits et de devoirs.

**ST :** *Pour les décennies à venir quelles perspectives thérapeutiques en psychiatrie peut-on envisager dans le cadre de la recherche pharmaceutique ?*

**SD :** Notre avenir en psychiatrie repose sur deux fondamentaux :

- tout d'abord, les neurosciences sont et demeureront l'un des axes stratégiques de recherche de notre groupe ;

- deuxièmement, le groupe Johnson & Johnson a fait le choix stratégique de se positionner sur l'innovation thérapeutique et de proposer des médicaments à forte valeur ajoutée. Après Haldol® puis Risperdal® qui ont contribué en leur temps à l'amélioration de la prise en charge des patients, Janssen-Cilag propose depuis 2005 le premier antipsychotique à libération prolongée, RisperdalConsta® LP.

Par ailleurs, nous considérons qu'en tant qu'acteur de santé, notre responsabilité va au-delà du médicament. C'est pourquoi nous proposons par exemple depuis maintenant plus de 10 ans les « *Ateliers Psychoses* », programme de formation à destination des psychiatres (cf. article du Dr Alain Gérard retraçant l'histoire de ce programme). Nous avons également développé le programme psycho-éducatif « *PACT* » (cf. article de Jean-Charles Pascal) à destination des patients et de leur famille. Néanmoins lorsque nous proposons aux autorités de santé des programmes d'accompagnement de nos médicaments, il y a aujourd'hui encore suspicion quant à notre rôle alors que le défaut d'observance est la 1<sup>ère</sup> cause de rechute en schizophrénie ! Dans le cas de RisperdalConsta® LP, ce qui

# Janssen-Cilag, la pérennité d'une recherche innovante et l'exemplarité d'un partenariat avec le corps médical

*Entretien avec Sabine Dandiguan, Président Janssen-Cilag, par le Dr Serge Tribolet\**

Sabine Dandiguan entre chez Janssen-Cilag en novembre 1996. Elle dirige plusieurs divisions au sein de l'entreprise : la médecine interne, les neurosciences, l'hôpital. Le groupe Johnson & Johnson lui confie en avril 2004 la direction de Janssen-Cilag Belgique, poste qu'elle occupera jusqu'en avril 2005, date à laquelle elle revient en France pour prendre la Présidence de Janssen-Cilag France. Sabine Dandiguan est diplômée de l'ESCP.

nous motive est de savoir comment profiter de l'opportunité du rendez-vous bi-mensuel d'administration du médicament pour dépasser le simple geste technique de l'injection et assurer un meilleur accompagnement des patients. Nous devons prouver notre légitimité afin de lever les freins existants dans tous les programmes dits d'observance auprès des autorités et faire comprendre que le champ de la santé mentale nécessite probablement une attention spécifique. J'espère que ce que nous avons réalisé en psychiatrie nous autorisera à demeurer l'un des acteurs majeurs de la prise en charge de la schizophrénie en France.

Pour les décennies à venir, il y aura sans doute la possibilité de développer des administrations plus sophistiquées et encore plus adaptées aux pathologies en utilisant les nouvelles technologies : de nouveaux modes d'administration des médicaments, mais aussi de nouveaux acteurs comme Google ou Siemens assurent des perspectives d'avenir très intéressantes. Or, nous avons la chance d'avoir dans notre groupe une grande expertise au-delà du médicament, dans le secteur du matériel médical (avec Ethicon, Lifescan, etc) qui pourrait nous permettre de développer des synergies intéressantes afin d'optimiser la prise en charge des patients.

**ST :** *Quels sont les principaux freins qui peuvent aujourd'hui ralentir la recherche pharmaceutique ?*

**SD :** Le zéro défaut/zéro risque freine la recherche. Le rapport bénéfice/risque devient de plus en plus exigeant pour le bénéfice et inacceptable pour le risque. Il existe des médicaments de référence de très grande qualité, et il est de plus en plus difficile de montrer une valeur ajoutée à ces médicaments. Les développements cliniques sont très sophistiqués sur des populations de plus en plus grandes, à des coûts exponentiels. La force de Janssen-Cilag est d'être adossé à un grand groupe de santé. Le Dr Paul Janssen l'a bien compris en se rapprochant dès le début des années 60 de Johnson & Johnson dont il partageait les valeurs. Il avait saisi et anticipé au-delà de l'aspect économique, ce que pouvait apporter à la recherche l'alliance des compétences et l'ouverture vers d'autres cultures. Sans l'appui d'un grand groupe international, il n'aurait sans doute pas pu développer les molécules découvertes et proposer de nouveaux médicaments innovants. La mise à disposition des médicaments innovants nécessite une pluralité de compétences scientifiques, techniques, commerciales, créatives, partagées par une chaîne d'hommes qui poursuivent le même chemin, guidés par les mêmes valeurs. Nous avons beaucoup à apprendre du Dr Paul Janssen et nous estimons être les héritiers d'un savoir-faire et d'un savoir-être avec le devoir de passer le relais aux générations futures.

**ST :** *Existe-t-il aujourd'hui une recherche pharmaceutique française - ou ne doit-on, dans ce*

*domaine, raisonner qu'en terme international ?*

**SD :** La recherche est mondiale. Nous avons été interrogés par le gouvernement sur la maladie d'Alzheimer. Le Président de la République Française a dit son ambition d'aider la recherche pour trouver un médicament qui guérisse cette pathologie. Si nous voulons une recherche puissante, il faut qu'elle soit mondiale. Si nous voulons que les patients puissent bénéficier d'innovations thérapeutiques, il faut continuer à se battre pour qu'un grand nombre de patients entrent dans les études cliniques y compris en France où nous avons la chance de posséder un centre de recherche dont nous sommes très fiers. La France doit régler un certain nombre de barrières en particulier sur le partenariat public/privé. Elle doit aussi régler la question financière, il faut culturellement dépasser cela. Un bon chercheur n'est pas forcément pauvre !

**ST :** *Par rapport aux autres spécialités médicales, la psychiatrie est-elle à part dans les stratégies directoriales d'un groupe pharmaceutique comme Janssen-Cilag ?*

**SD :** La psychiatrie est un domaine particulier, subtil, humain, sophistiqué fondé sur le langage où chaque mot compte. Il y a une peur sociale autour des maladies psychiatriques et toute cette dimension d'humanité qui fait que finalement le traitement n'est qu'une toute petite partie de la prise en charge. L'approche de la psychiatrie française, l'approche psychanalytique, nous éloignent des aspects purement mécaniques ou biologiques. C'est un domaine complexe et fascinant auquel je suis attachée personnellement. La psychiatrie est à la fois à part et pourtant très emblématique de ce qu'a fait Janssen. La psychiatrie fait partie de notre histoire et Janssen fait partie de l'Histoire de la psychiatrie grâce à ses molécules innovantes : l'halopéridol et la rispéridone et à ses actions de formation et d'information.

**ST :** *La FMC sans l'industrie est-ce possible ?*

**SD :** Nous avons un savoir-faire scientifique et pédagogique. Nous formons depuis des années les professionnels de santé auprès desquels nous sommes engagés. Pourquoi ne pas utiliser ce savoir-faire ? Pourquoi ne pas le partager ? La pérennité de Janssen-Cilag en psychiatrie repose sur une expertise acquise depuis des années grâce à :

- une recherche innovante permettant de proposer aux professionnels de santé des médicaments et des nouveaux modes d'administration permettant une meilleure prise en charge de leur patient ;

- une exigence de qualité dans la relation que nous établissons avec les professionnels de santé. Pour conclure cette entrevue, la psychiatrie est pour moi très emblématique de ce que j'aimerais que l'entreprise reproduise dans tous les domaines thérapeutiques dans lesquels nous sommes acteurs de santé. ■

\*Psychiatre, Hôpital Maison Blanche, Paris.

## LIVRES

**Élaboration d'une évaluation pour le choix d'une aide à la communication pour des personnes atteintes de sclérose latérale amyotrophique**

A. Brocq

*Ergothérapies 2008 Hors série Association Nationale Française des Ergothérapeutes\*, 20 €*

Le prix du meilleur mémoire 2007 est revenu à Aurélie Brocq, ergothérapeute à l'Hôpital Broca, pour son travail sur ce thème.

La sclérose latérale amyotrophique est une maladie dégénérative s'attaquant aux motoneurons et entraînant la perte de la motricité de tout le corps. Ses fonctions intellectuelles restant intactes, la personne se retrouve enfermée progressivement dans son corps sans aucun moyen d'intervenir sur cette dégradation.

La seule indépendance qu'elle possède reste la communication. Pour cela, sont mises en place des aides à la communication qui accompagnent la personne tout au long de sa maladie. Comment proposer la ou les aides à la communication appropriées à la personne et à son entourage ? Pour répondre à cette question, une expérimentation a pu être mise en place avec la proposition d'une grille et d'un protocole d'évaluation testés par des professionnels ergothérapeutes.

\*34 avenue Aristide-Briand, 94110 Arcueil. Tél. 01 49 85 12 60. Fax 01 49 85 13 60.

**Interdits d'enfants, le témoignage unique de parents ayant eu recours à une mère porteuse**

Michalon, 17 €

Après avoir fait appel à une mère porteuse en Californie, la gestation pour autrui (GPA) étant interdite en France, Sylvie et Dominique Mennesson se heurtent à leur retour en France à la non-reconnaissance juridique de leur filiation avec leurs jumelles. Ils arrivent, finalement, à la faire reconnaître, pour la première fois, par la justice française. C'est leur témoignage que livre cet ouvrage alors que la question de l'autorisation de la GPA occupera une bonne partie des débats lors de la révision des lois de bioéthique prévue en 2009. Le couple a fondé l'association CLARA afin d'ouvrir le débat sur la GPA.

**Langage et logique dans Signification et vérité de Bertrand Russell**

Nyitouek Amvène

*L'Harmattan, 11,50 €*

Pour Bertrand Russell, le langage exprime les faits à travers les phrases ou les propositions. Toutefois le fait ainsi exprimé ne peut coïncider avec la vérité que si la formulation de l'expression est elle-même satisfaisante. Or, il se trouve que, d'après Russell, la logique classique est inopérante dans cette perspective, puisqu'elle est incapable de construire un langage formulaire idéal. On peut alors comprendre pourquoi Russell, à la suite de Frege et de Peano, entend refonder la logique. On passe, avec lui, de la logique classique, essentiellement prédicative, descriptive à une logique moderne qui est relationnelle et symbolique. Plus précisément, le langage de la logique classique s'occupe de la dénomination, de la simple désignation ou prédication, alors que le langage de la logique moderne s'intéresse à la signification. Bertrand Russell est convaincu que la signification permet la vérification des faits et, finalement, l'établissement de la vérité.

## Rodin et Freud collectionneurs 15 octobre 2008 au 22 février 2009

Musée Rodin, 79 rue de Varenne, Paris 7<sup>ème</sup>

C'est au milieu des années 1890, que Freud à Vienne et Rodin à Paris commencent leurs collections, passion qui ne les abandonnera plus. C'est la grande époque des chantiers archéologiques, des fouilles égyptiennes, syriennes, babyloniennes, de l'exploration des antiquités grecques... Les objets d'art circulent alors librement en Europe et il est facile d'acquérir des pièces uniques, parfois somptueuses. Il y a cependant une différence entre la simple collection et la passion accumulative qui habitera les deux hommes au point où Rodin, à sa mort en 1917, en possédait plus de 6 000 et Freud lorsqu'il disparaît, plus de 3 000. Le musée Rodin organise une exposition exceptionnelle rassemblant les collections d'antiques de Rodin et de Freud. La collection de Freud, conservée au Freud Museum de Londres, est présentée pour la première fois en France, ainsi qu'une partie de sa bibliothèque. Enfin, grâce à un prêt exceptionnel du musée Chiaramonti du Vatican, la Gradyva de Jensen, inspiratrice de Freud et de toute une lignée d'écrivains et d'artistes après lui, fera partie des œuvres présentées. Freud et Rodin ne se sont jamais rencontrés mais seront évoqués, entre autres « *passeurs* », Rainer Maria Rilke, qui diffusa le travail de Rodin à Vienne, et Marie Bonaparte, qui introduisit les recherches de Freud à Paris. Le parcours se conclura par une présentation de la bibliothèque des deux hommes.

A cette occasion, *Topique* publie un numéro entièrement consacré au thème de cette exposition, *Psychanalyse et Sculpture*.

## LIVRES ET REVUES

**Organisation hospitalière : approche et expériences**

Editions Berger-Levrault, 45 €

La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (Meah) propose un panorama des grands principes d'organisation hospitalière et d'accompagnement du changement, illustré de retours d'expériences. Ce livre a été écrit en collaboration avec trois enseignants du Centre de gestion scientifique de l'École des Mines de Paris.

Fondé sur l'analyse de réalisations, il est destiné aux directeurs d'établissements, responsables de pôles, présidents de commission médicale d'établissement, de conseil d'administration et de conseil exécutif ainsi qu'aux cadres de santé, directeurs qualité et directeurs des systèmes d'information et d'organisation.

Il comprend quatre parties : la fonction organisation et l'apport de la Meah ; les principes de l'analyse et du changement organisationnels ; les grands arbitrages ; le management du changement.

La première partie décrit « les modalités de fonctionnement de la Meah, son projet et son parcours en montrant combien son positionnement est original y compris par rapport à des expériences étrangères de même nature ». La deuxième partie détaille la refonte des processus avec le souci de la valeur ajoutée de chaque étape pour le patient, la gestion des flux orientée sur la réduction des délais et l'amélioration de la coordination des acteurs et le rôle des indicateurs de gestion.

Dans la troisième partie, les auteurs insistent sur le fait « qu'aucune recette toute faite ne peut être appliquée » et qu'« il appartient à chaque structure de se déterminer en fonction de sa situation propre et de son projet sur quelques grands arbitrages ».

Enfin, la dernière partie aborde le changement de l'organisation et des comportements. A partir d'expériences, les auteurs insistent sur la manière de susciter l'envie de changer et de la partager avec son équipe, d'organiser le portage institutionnel et la gouvernance du projet, d'énoncer des objectifs concrets, de donner le bon rythme au projet, de suivre son avancement et de valoriser les résultats.

**Existe-t-il une guerre juste ?**

Topique 2008 n°102

L'Esprit du Temps, 21 €

En philosophie, la réflexion sur l'injustice conduit le plus souvent à la nécessité de définir le Juste.

Peut-on considérer que la notion de justice procède fondamentalement d'une dérivation sublimatoire de l'agressivité générée par le sentiment de l'injustice ?

Quelles conséquences peut-on en tirer vis-à-vis de ce qui se présenterait comme le bras armé de la justice devenue guerre ?

Que nous apprennent à cet égard les exemples récents ou plus lointains de guerres « justes » voire « saintes » ? Et que penser alors de la « réparation » qui peut cependant s'ensuivre ? Des auteurs de trois pays et de plusieurs disciplines ont concouru à ce numéro de *Topique* pour tenter de répondre à ces questions : spécialistes de géostratégie et de sciences politiques, psychanalystes, psychosociologues, anglicistes, historiens des idées de France, du Canada et du Liban, ont accepté de partager ces interrogations et d'y répondre chacun à partir de sa spécialité, de son approche personnelle et de son expérience.

**Gérard Massé** : *Comment es-tu venu à la psychiatrie. Par hasard ou par vocation ?*

**François Mousson** : Il faut bien dire que je voulais être professeur d'éducation physique et non psychique. Bref, à la suite d'une annonce dans un journal je suis entré dans le service de psychiatrie de l'hôpital général de Lagny. Ce service avait été ouvert en 1962-63 par Antoine Corre qui était arrivé de Rouen avec son équipe rapprochée. J'ai bénéficié fin 1965 de la profonde réorganisation de la formation d'infirmier psychiatrique à la suite d'arrêtés échelonnés de 1953 à 1970 qui définissaient un enseignement impliquant 153 heures de cours sur deux ans. Le programme était national mais contrôlé par un enseignement local et sanctionné par un diplôme national.

Nous étions en fonction à temps plein dans les unités de soins (la durée du travail était alors de 48 heures par semaine avec un seul jour de congé hebdomadaire). Nous nous détachions pour aller en formation quelques heures par mois. On nous apprenait surtout à travers l'étude des maladies mentales à être vigilant et à faire attention aux malades qui pouvaient être dangereux. Le travail était assez difficile sans aucun travail d'équipe et les relations entre les médecins et les infirmiers ressemblaient à celles du patron et de l'ouvrier en usine. On m'a reproché d'amener un matelas neuf à la suite de la crise d'épilepsie d'une malade (elle va le souiller !). C'était le temps des cures de dégoût à l'apomorphine pour les alcooliques et de plusieurs électrochocs par jour pour un même malade. On arrivait à 6 heures, les malades devaient se lever, on faisait les toilettes, on préparait les petits-déjeuners puis les malades devaient faire des activités avec des infirmiers détachés dans les ateliers. Les malades qui travaillaient suffisamment touchaient un pécule et bénéficiaient de cigarettes, l'A.A.H. (Allocation aux Adultes Handicapés) n'existait pas encore et les patients étaient très démunis.

**GM** : *Ce que tu rapportes n'est pas très engageant.*

**FM** : Oui, mais rassures-toi, cela n'a pas duré. Philippe Paumelle avait mis sur pied au sein de l'ASM 13 de Paris une formation continue qui durait deux ans. On pouvait aller visiter l'Hôpital de l'Eau Vive de Soisy-sur-Seine (Essonne) qui était l'une des structures de l'ASM (le CMP et l'hôpital de jour existaient déjà), faire un stage et éventuellement être embauché.

Les choses étaient bien organisées, les personnes intéressées effectuaient un stage de deux jours avec hébergement à l'hôpital l'Eau Vive. Les groupes étaient d'environ 20 personnes et ce stage avait pour but de permettre aux candidats de connaître les méthodes de travail institutionnelles mises en place dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement ainsi que l'enseignement dispensé au centre de formation complémentaire en psychiatrie, cela permettait aussi aux responsables du 13<sup>ème</sup> d'évaluer l'aptitude du candidat à venir travailler dans l'une des structures de l'association.

J'ai été sélectionné et je suis arrivé dans le 13<sup>ème</sup> en novembre 1968, dans une unité d'hospitalisation animée par J.P. Descombey. Dès mon arrivée, j'ai suivi la formation complémentaire en psychiatrie qui comprenait deux axes : une formation théorique et une supervision de groupe suivi d'une supervision individuelle. La formation théorique comprenait des études de cas, de la sémiologie ainsi qu'une réflexion sur l'individualisation et la continuité des soins ainsi qu'un apport de données analytiques. Les intervenants étaient des collègues infirmiers mais aussi Myriam David, Lucien Bonnafé, Philippe Paumelle, Claude Balier, René Diatkin, Serge Lebovici, Jacques Azoulay et Diane Tremblay qui était infirmière enseignante québécoise. Les supervisions de groupe et individuelles étaient

# Infirmier en psychiatrie : le grand métier

## Entretien avec François Mousson\* par le Dr Gérard Massé\*\*

François Mousson dirige le service de soins de l'Association de Santé Mentale dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement de Paris (ASM 13). Exceptionnel témoin et acteur engagé de l'évolution de la psychiatrie publique en France, il a pratiquement tout vu, tout vécu du soin en santé mentale et n'a pas cessé d'expérimenter au sein d'une institution où il a accompli presque toute sa carrière. Son expérience acquise par bien d'autres démarches (il est, notamment, correspondant de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale) en fait un de ceux le plus à même de prévoir l'évolution des soins en psychiatrie et au sein de cette évolution de ce que deviendront ses métiers, à commencer par celui d'infirmier.

réalisées par des collègues non médecins qui avaient bénéficié d'une formation spécifique. On essayait en permanence de comprendre ce que le délire ou les actes d'un malade voulaient dire, on essayait de comprendre ce qui jusqu'ici me paraissait incompréhensible. La psychanalyse apportait alors beaucoup, facilitant la compréhension, non seulement du malade mais aussi de notre propre fonctionnement. Le centre médico-psychologique et l'hôpital de jour ont été les deux premières structures créées à l'ASM dès 1958, le travail à l'hôpital qui n'a ouvert qu'en 1963 était dominé par la psychothérapie institutionnelle. La continuité des soins par une même équipe était en permanence au centre de la réflexion sur la prise en charge du patient.

De nombreux infirmiers venaient de province pour suivre la formation pendant deux ans et souvent repartaient, mais un certain nombre restait. Ce système a fonctionné jusqu'en 1978 puis le nouveau programme de formation initiale des infirmiers de secteur psychiatrique a rendu cette formation obsolète.

Cela a été pour moi une période heureuse où les apports théoriques m'ont permis de comprendre les problèmes rencontrés au quotidien auprès des patients et d'apprendre, petit à petit, mon métier. Je dois insister aussi sur le travail d'équipe que je ne connaissais pas auparavant et que j'ai découvert à travers des réunions pluridisciplinaires où l'avis de l'infirmier, comme celui de tous les membres de l'équipe, avait toute sa place dans la prise en charge du patient. Alors que j'étais sursitaire, j'ai fait mon service militaire au Val de Grâce (Paris) où travaillaient les Professeurs Juillet et Barrois et où A. Bracconier était aspirant. Beaucoup de tentatives de suicide étaient accueillies. Pendant un an, j'ai vu de nombreux jeunes qui entraient dans la psychose.

A cette époque (1970-1974), la mise en place du « secteur » commençait tout juste à se généraliser dans les hôpitaux publics (l'extrême gauche disait que c'était un moyen de « fliquer » la population). L'anti-psychiatrie avec les anglais (Ronald Laing et David Cooper) et les italiens (Franco Basaglia) avait une audience importante. En France, l'hôpital psychiatrique était remis en cause par quelques psychiatres comme Lucien Bonnafé et Roger Gentis. Le livre d'André Roumieux « *Je travaille à l'asile d'aliénés* » a eu je crois de l'importance pour notre profession à ce moment-là. En même temps, et cela a bien changé, la psychiatrie occupait une place assez importante dans la réflexion des intellectuels français (les articles publiés à l'époque sur notre discipline dans « *Esprit* » ou « *les Temps Modernes* » en témoignent).

Bref, toute cette agitation, me plaisait bien ; mais pour dire à quel point je demeurais naïf, je n'étais pas loin de penser que la folie venait pour une grande part de l'organisation de la société et de la psychiatrie.

Après mon service militaire, j'ai été surveillant

dans un service de l'hôpital avec Paul Bequart puis en 1973 avec Philippe Paumelle qui est décédé en 1974. Parallèlement, j'ai effectué une formation de psychomotricien en cours du soir. R. Andelergues a repris ce service puis M. Martin est arrivée en 1975, Professeur, détachée de la Pitié-Salpêtrière (Paris). J'ai travaillé avec elle jusqu'en 1982.

Entre temps, j'ai fait l'école de cadres d'Étampes, pendant un an, en 1977. La formation était beaucoup dans le soin, la sociologie et peu dans le management. On apprenait, toutefois, comment conduire un entretien d'embauche, ce qui était bien nécessaire pour beaucoup d'entre nous. En 1982, je suis devenu infirmier général mais je n'ai fait la formation d'I.G. qu'en 1989 à l'ENSP à Rennes pendant un an. C'était une vie de campus universitaire, il était facile de rencontrer les profs dans leur bureau pour discuter, nous bénéficions de salles d'informatique, la documentation était accessible et des outils méthodologiques sur l'organisation du travail étaient fournis.

**GM** : *Un tournant s'est-il précisé entre temps ?*

**FM** : En 1965, lorsque j'ai commencé à travailler, certains neuroleptiques (tels que le Moditen®) étaient extrêmement utilisés, les patients prenaient des doses de 20 à 30 mL et les effets secondaires étaient importants mais rapidement les neuroleptiques ont permis un extraordinaire confort, une acceptation par les patients psychotiques d'une relation. Cela a beaucoup changé et fait rapidement évoluer, de façon fondamentale, des comportements archaïques. Le changement a été progressif et s'est accentué avec les neuroleptiques-retard et parallèlement, le dispositif hors les murs s'affirmait avec la mise en place des Centres Médico-Psychologiques. Dorénavant, les médecins étaient sur deux lieux : l'hôpital et en consultation de proximité. Les autres professionnels les ont rejoints, à commencer par les infirmiers. Je me souviens de ma première visite à domicile, à Lagny-sur-Marne (Seine et Marne), en blouse, pour aller chercher un alcoolique en rechute et agité à son domicile.

Alors que le soin extrahospitalier se développait en amont et en aval de l'hospitalisation complète, le mélange des situations cliniques dans les unités d'hospitalisation devenait de plus en plus problématique, P. Paumelle qui venait de Maison Blanche craignait en spécialisant des unités de reproduire la ségrégation qu'il avait connue avec des agités, semi-agités, malades travailleurs stables, etc. ....

A Soisy-sur-Seine, dès l'origine on travaillait côte à côte, infirmiers psychiatriques et diplômés d'Etat, les unités d'hospitalisation étaient constamment ouvertes et la question d'une unité fermée est apparue d'actualité alors que nous devions accueillir des patients du 13<sup>ème</sup> arrondissement demeurés hospitalisés dans d'autres établissements (Clermont de l'Oise, Perray-Vaucluse ou Sainte-Anne). Cette unité de 13 lits

qui fonctionne toujours a donné lieu à de grandes discussions mais a permis de maintenir tous les autres services ouverts.

Dans ce même temps, le dispositif extrahospitalier s'étoffait : foyer de post-cure et hospitalisation à domicile notamment grâce au travail du psychiatre américain M.A. Woodbury.

Une unité d'hospitalisation spécifique a été dédiée, en 1973, aux autistes et arriérés profonds, ce qui a eu un effet sur l'ensemble des pavillons, où ces patients étaient auparavant disséminés. Ce service a été transformé depuis en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS).

**GM :** Dans ce contexte quelle a été l'évolution infirmière ?

**FM :** La fonction infirmière a énormément évolué dans tous les domaines d'activité. On ne peut qu'être frappé par ce qui se passe dans les unités d'hospitalisation complète confrontées à des situations cliniques essentiellement aiguës. Le soin y est très différent, de ce fait, des autres services, certes à partir d'une conception commune, à commencer par le travail en équipe pluriprofessionnelle mais selon des tempos différents.

Le travail infirmier, au cours d'une hospitalisation à temps complet, nécessite des soins selon des protocoles précis et une disponibilité permanente. En effet, une présence constante, notamment médicale, est nécessaire afin d'adapter constamment le projet thérapeutique, en fonction de l'évolution clinique.

La fonction infirmière en Centre Médico-Psychologique s'inscrit, par contre, dans un accompagnement sur un mode beaucoup plus psychothérapeutique ce qui nécessite une forte capacité d'autonomie. Les qualités sont différentes mais à partir d'un socle commun, dont la capacité à nouer une relation sur un mode empathique. Pendant longtemps les affectations infirmières ont suivi une suite perçue comme logique ; l'autonomie croît en fonction de l'expérience acquise : hospitalisation complète, hôpital de jour, foyer quand il en existe puis Centre Médico-Psychologique. C'est dans ce contexte de travail en extrahospitalier au sein des équipes médico-sociales (au côté des assistantes sociales, des psychologues) avec une activité non programmée, constamment à l'écoute des besoins et pas seulement des demandes, que les infirmiers ont vu leur fonction considérablement évoluer.

De nouveaux champs d'activité infirmière se sont développés à commencer par les urgences et leur rôle est indispensable si on veut échapper à un simple travail d'étiquetage et d'orientation, mais il faut aussi citer l'activité de liaison dans les services médico-chirurgicaux ou les structures médico-sociales pour personnes âgées ou handicapées, ou encore la réhabilitation.

La formation continue est plus que jamais indispensable du fait de nécessaires adaptations et de l'acquisition de techniques de soins souvent non spécifiques au travail infirmier. L'évaluation en est le corollaire.

**GM :** Le cadre unique (des équipes uniquement infirmières) a été longtemps la règle.

**FM :** Le cadre unique n'a jamais réellement existé à Soisy-sur-Seine puisque les Agents de Services Hospitaliers (ASH) ont été présents dès l'ouverture de l'hôpital en 1963 et que les ergothérapeutes diplômés n'étaient pas des infirmiers chargés de faire de l'ergothérapie. Les aides-soignants ont été introduits au sein des équipes, fin 1970, au moment de la mise en place de l'unité pour autistes adultes. Ultérieurement, les équipes ont perçu comme utile la présence des aides-soignants dans d'autres lieux et tout particulièrement dans le travail auprès des psychotiques au long court. Ce qui apparaît primordial c'est que la mise en place d'aides soignants ne soit pas perçue comme une alternative aux problèmes de recrutement des infirmiers

Société internationale d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse  
avec la collaboration du *Carnetpsy* et du SIUEERPP

*Psychiatrie, psychanalyse, psychothérapie : quel avenir pour les traitements de l'âme ?*

## Hommage à Edouard Zarifian

21 février 2009 de 9h à 18h

CMME, CH Sainte Anne, 100 rue de la Santé, 75014 Paris

9h : *Allocution d'ouverture*, Jean-Luc Chassaniol

Président de la séance : François Caroli

9h30 : *Ouverture*, Elisabeth Roudinesco

10h15 : *Du corporel au psychique*, Pascal Henri Keller

Président de la séance : Laurent Degos

11h15 : *L'expert et les politiques de santé publique*, Didier Tabuteau

12h : *Discussion*

12h45 : *Déjeuner (sur place et sur inscription)*

Président de la séance : Alain Vanier

15h : *La psychiatrie : un fait de civilisation ?*, Roland Gori

15h45 : *Patient - usager - être humain en souffrance, quelle est notre place ?*, Claude Finkelstein

16h30 : *Discussion*

Président de la séance : Daniel Lemler

17h15 : *Discours de clôture*, Pierre Delion

Comité d'organisation : François Bing, Roland Gori, Pascal Henri Keller, Henri Roudier, Françoise Zarifian

Renseignements : Dr F. Bing - Tél. : 06 60 60 41 94. sihpp.ey@wanadoo.fr

ou à la diminution de leur nombre et que les délégations de fonction soient clairement définies. D'autres métiers sont intéressants voire très utiles à envisager comme les aides médico-psychologiques (AMP). En psychiatrie, les aides soignants n'assument pas que du nursing, ils interviennent au niveau de l'hygiène, des repas, de l'accueil, de la gestion du séjour, d'accompagnement à l'extérieur et au domicile des patients.

**GM :** Que penses-tu de la polémique concernant les nouveaux diplômés ?

**FM :** J'ai été d'emblée pour le diplôme unique même si le programme initial en psychiatrie reste insuffisant. Des infirmiers diplômés d'Etat ont toujours travaillé dans le 13<sup>ème</sup> et je savais que les équipes n'en étaient que plus diversifiées. La psychiatrie, on ne l'apprend pas en un an ou deux, on l'apprend à la longue dans la durée auprès des malades, à partir d'une expérience, en se comprenant mieux soi-même, c'est une question de maturation. Actuellement, l'arrivée de nouveaux diplômés dans les équipes, apporte du sang neuf, une vision neuve pas forcément naïve, ils sont en général très engagés et très désireux de progresser ; néanmoins il reste certain qu'une formation adaptée doit les aider à mieux comprendre la discipline et à s'intégrer.

Ces dernières années, la région Ile-de-France a connu une crise épouvantable tout particulièrement en psychiatrie de recrutement infirmier et de nombreux médecins étrangers ne pouvant exercer la médecine en France ont été recrutés comme faisant fonction d'infirmiers.

A l'ASM, je crois que cette crise est derrière nous, nous recrutons de nouveau de jeunes infirmières (et de moins jeunes aussi). La difficulté majeure reste l'intra-hospitalier et la féminisation de la profession qui pose la question de la sécurité.

**GM :** Quelles sont les conséquences prévisibles des données actuelles de la démographie médicale ?

**FM :** Très certainement, une accélération du transfert des compétences du médical vers d'autres professions dont les infirmiers qui ne devra pas être, si l'on veut qu'il réussisse, une réponse par le bas voire palliative. Elle est logique et nécessaire et passe par une définition de l'en-

semble des métiers de la psychiatrie, voire l'affirmation de nouveaux métiers : qu'est-ce qui est transférable ? Qu'est-ce qui ne l'est pas ?

Le suivi de patients dans la durée, le travail avec les familles, les associations d'usagers, l'implication dans les techniques de réhabilitation, gérer des réseaux ou des programmes sont des exemples qu'il est possible de rencontrer actuellement. Bien entendu, des garanties d'expérience et de durée d'exercice, des obligations déontologiques, des validations de pratiques sont indispensables.

Le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier précise que l'infirmier est habilité à pratiquer sur indication médicale un entretien individuel et qu'il est à même de pratiquer des techniques thérapeutiques ou psychothérapeutiques. L'infirmier est sollicité de façon croissante en premier lieu dans le cadre de ses compétences reconnues, comme nous venons de le voir, par les textes.

Dans le numéro 59 de *Pluriels*, Dominique Serre qui est cadre de santé à Privas (Ardèche), précise parfaitement les conditions d'un tel exercice : délégation médicale clairement définie et assumée, reconnaissance des compétences et de la spécificité de la fonction infirmière, délégation de l'entretien de première intention pour toutes les demandes, élaboration de protocoles notamment pour l'entretien infirmier de première intention.

**GM :** Que dirais-tu en conclusion ?

**FM :** Eh bien que durant ces 40 années, j'ai assisté de l'intérieur à une mutation complète de la psychiatrie : disparition de l'asile, mise en place du secteur, et depuis une dizaine d'années, l'ouverture du secteur vers d'autres disciplines sanitaires (Service d'Accueil des Urgences, psychiatrie de liaison), vers le médico-social (maison de retraite, mise en place de MAS), vers le social (travail dans la communauté en réseau) et vers certainement bien d'autres choses encore à venir.

Alors, en conclusion, quelle chance j'ai eu de pouvoir exercer ce métier durant cette période de métamorphose de la psychiatrie. ■

\*ASM13, Paris.

\*\*Hôpital Sainte-Anne, Paris.

## LIVRES ET REVUES

### Handicap mental et technique de psychodrame

Jacques Michelet

L'Harmattan, 15 €

Ce livre est le bilan d'une vingtaine d'années de pratique psychodramatique avec les personnes handicapées mentales. La notion de handicap est interrogée et la débilité remise en question. En séance, c'est-à-dire sur une autre scène que celle de la vie quotidienne, ces personnes ne paraissent plus « débilés ». Cette approche, à la lumière du regard psychodramatique, permet une rencontre, une possibilité de croissance et d'accompagnement tant pour le « déficient mental » que pour l'équipe éducative. L'auteur nous fait découvrir une démarche psychothérapeutique dont l'expérience est soutenue par une réflexion théorico-clinique.

### La santé au travail : enjeux pour la santé publique

Santé Publique 2008, Suppl. n°3

Ce supplément de *Santé publique* présente une réflexion globale sur la santé au travail, en examinant l'impact du travail sur la santé, les méthodologies et les outils disponibles pour mesurer la santé au travail, le nouveau défi que représentent les risques psycho-sociaux, ainsi que les actions et politiques développées pour la prévention des risques et la promotion de la santé au travail.

Les risques psycho-sociaux sont identifiés comme un nouveau risque professionnel.

A. Campéon et A. Batt-Moillo ont recueilli, au travers d'entretiens qualitatifs auprès d'anciens agriculteurs, les récits de vie d'acteurs exposés dans les années 50-60, à une transformation rapide des conditions de travail et les impacts sur la santé mentale, racontés par ces agriculteurs.

M. Vézina développe les principes qui doivent sous-tendre toute intervention visant à réduire les problèmes de santé psychologique, démarche d'intervention illustrée par N. Combalbert, A.-M. Vavard et N. Bardouil-Lemaire, au travers de leurs expériences d'intervenants en prévention des risques professionnels : le soutien de la direction, l'implication de tous les niveaux hiérarchiques et surtout la participation et l'expression du personnel sur des situations problématiques ou conflictuelles, nécessaires à une intervention efficace. Une situation génératrice de trouble psychologique peut aussi être extérieure à l'organisation comme le montrent C. Bernard et al. dans leur article sur l'agression du personnel en contact avec le public et la mise en place d'un dispositif de prévention du risque d'agression.

### Cuisiner le plaisir

#### Guide pour un service hôtelier adapté aux patients en fin de vie dans les établissements de santé

Union des ingénieurs hospitaliers en restauration

Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Ce guide démontre, exemples à l'appui, que chaque établissement de santé, quelles que soient sa taille et la diversité de ses services médicaux, peut raisonnablement mettre en œuvre un service hôtelier adapté aux patients en fin de vie. Un tel projet, pour « atypique » qu'il soit, n'est pas réservé à telle ou telle catégorie d'établissement. Il ne nécessite pas, non plus, de moyens exceptionnels. En témoignent les exemples proposés qui montrent le fonctionnement concret d'un tel projet dans deux établissements : le centre hospitalier du Mans et l'hôpital Saint-Joseph de Marseille.

## LIVRES ET REVUES

## Le corps aujourd'hui

Isabelle Quéval  
Folio essais n°503  
Gallimard, 8,90 €

Le corps contemporain est devenu un corps produit. La lutte contre les maladies, le contrôle des naissances, la planification d'un soi corporel posent un défi à la nature et au hasard. Pharmacologie, chirurgie, obstétrique, génétique, bio et nanotechnologies, cosmétologie, diététique, sport maillent en réseaux serrés la connaissance du corps. S'annonce un corps rationnel, su, voulu, créé. Ceci a deux conséquences principales : la première est une médicalisation de l'existence ; la seconde est une responsabilisation accrue du sujet. Maîtriser son corps, c'est assurer identité et destin. La responsabilité individuelle se décuple. L'erreur devient faute. La production du corps rationnel s'affirme, pour Isabelle Quéval, sous toutes ses formes, comme l'un des signifiants majeurs de notre société.

## Usage, mésusage

## Use, misuse

Psychotropes 2008 n°1  
De boeck

Ce numéro est consacré au thème de l'usage et du mésusage, au sens large des termes, tant en ce qui concerne les prescriptions et la consommation de substances que les institutions. Jean Dugarin propose un survol de l'histoire récente du système de soin français. Il divise cette histoire en six périodes : apparition du phénomène, organisation de la réponse publique, stabilisation du système de soin, irruption du sida, début de la substitution, naissance de l'addictologie. Il montre que, contrairement à ce qui a parfois été dit ou écrit, nos institutions ont su évoluer, intégrer ces bouleversements et ainsi s'adapter aux changements de la clientèle.

Les situations transfrontalières posent souvent des problèmes particuliers, les frontières étant des limites artificielles qui mettent de la distance dans la proximité. Ces situations sont généralement étudiées sous l'angle du trafic et de la circulation des produits. Caroline Jeanmart a un autre regard en étudiant la circulation des personnes non pas à la recherche du produit, mais « fuyant » des modalités de soins qui leur semblent inadéquates.

Vanessa Lentillon-Kaestner dans son article sur « les conduites dopantes chez les jeunes cyclistes du milieu amateur au milieu professionnel » montre que c'est souvent au moment du passage vers le milieu professionnel que la tentation du recours au dopage est la plus forte. L'auteur propose une lecture antérieure à l'installation de ces conduites et aborde ce phénomène sous trois angles : la tentation des jeunes cyclistes face au dopage, puis leur attitude et enfin leur perception des normes sociales à l'égard du dopage. Par son enquête sur le TNF (tabac non fumé) dans les milieux sportifs, Thomas Bujon montre comment l'acte de chiquer, acte traditionnel et aussi ancien que l'existence du tabac, peut s'inscrire dans une démarche de dopage parce qu'augmentant le rythme cardiaque et aidant à la concentration. Cette pratique est indifférentiable du tabac fumé et tout sportif « positif à la nicotine » peut se retrancher derrière le fait qu'il soit fumeur. Que cela s'appelle *snuff dipping*, *skoal*, *snus* ou chique, cette pratique pose le problème de cette définition même du mésusage que pourrait être le dopage.

Laurent Collin, à travers cinq vignettes cliniques, donne un sens au mésusage qui accompagne parfois la prescription d'un traitement de substitution. Il montre que celui-ci peut être le signe que le traitement est une drogue comme une autre, mais peut également permettre

de trouver sa place, de répondre à un deuil impossible, de réendocher le plaisir, voire dans certains cas être quasiment d'ordre thérapeutique.

## Psychocriminologie

## Clinique, prise en charge, expertise

Jean-Louis Senon, Gérard Lopez, Robert Cario  
Dunod, 42 €

Cet ouvrage se situe dans le sillage de ceux qui, au XIX<sup>e</sup> siècle, ont donné à la clinique psychiatrique un noyau médico-légal. A la différence de ces grands classiques qui ont tracé la voie et donné à la clinique médico-légale sa dimension de psychopathologie criminelle et de psychocriminologie, il rassemble plusieurs auteurs de champs différents. L'introduction présente les statistiques criminelles et victimologiques. Le modèle théorique psychodynamique est aussi présenté et s'ouvre à la méthodologie de rencontre avec l'auteur de violences.

Un article général traitant de la psychotraumatologie insiste sur les troubles dissociatifs péri et post-traumatiques qui posent de difficiles problèmes d'interprétation clinique pour certains troubles que présentent les victimes d'agressions répétées dont l'emprise psychologique, et sur la psychopathologie des troubles de la personnalité fréquemment retrouvés en pratique psychocriminologique.

La première partie est consacrée à l'agressologie. La dangerosité est abordée sur le plan de l'histoire du droit comme de la clinique. La clinique du passage à l'acte est développée dans le sillage des travaux de C. Balier, de même que la notion de fantasme et comportement déviant et de clinique des auteurs de violences sexuelles. L'évaluation clinique d'un adolescent difficile, son orientation et le travail en réseau sont une des préoccupations des services de psychiatrie de l'enfant qui travaillent à l'interface de ceux du juge des enfants. Le problème de la responsabilité pénale en droit français, de même que celui de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux, font partie des débats actuels et sont le préalable de l'expertise psychiatrique pénale, de son articulation avec l'examen médico-psychologique. Ils posent le problème de la violence des malades mentaux, des outils d'évaluation en psychocriminologie, mais aussi de l'étude des facteurs criminogènes. Les réponses multidisciplinaires en criminologie et notamment l'articulation santé-justice sont traitées dans l'organisation et l'articulation des soins dans le champ médico-légal dans la mise en place de l'injonction de soins et du suivi sociojudiciaire et de l'articulation avec l'insertion et la probation. La deuxième partie est consacrée aux victimes d'infractions pénales. Elle commence par l'évolution de la pensée victimologique, discipline récente en pleine extension et se poursuit par une recherche de définition de la victime.

Une vision moderne du couple pénal conduit à l'examen des interrelations dynamiques entre auteur et victime. Les instruments internationaux en victimologie ont permis de sensibiliser les professionnels et les Etats à de bonnes pratiques de prise en compte des victimes d'infractions, dont la Cour pénale internationale.

Le mouvement associatif constitue, aujourd'hui, le fer de lance de l'accompagnement et du suivi généraliste des victimes tout au long du procès pénal. A l'égard de l'enfance, un dispositif original, récemment réformé, est chargé de leur protection. Dorénavant titulaires de droits particuliers, les victimes d'infraction peinent, cependant, encore à les voir respecter au sein d'un procès pénal équitable. C'est pourquoi elles se regroupent en Associations de victimes. Le contexte victimaire a rendu le rôle du juge pénal, garant des droits de chacune des parties, particulièrement exposé. Quand bien même notre système

## L'historique du programme PACT

Pour évaluer l'importance du programme PACT® (Psychoses, Aider, Comprendre, Traiter) dont le premier module (PACT® 1) a été édité en 1999, il faut se représenter ce qu'était l'information des patients et de leur famille à la fin des années 90 en France.

Une étude<sup>(1)</sup> parue dans l'Encéphale en 1999 fournit de précieux éléments d'appréciation : 30% des psychiatres français pensaient nécessaire d'annoncer le diagnostic de schizophrénie, 70% ne l'annonçant que parfois. Ces données sont à rapprocher de celles qui montraient que 70% des psychiatres américains annonçaient le diagnostic contre 30% seulement des psychiatres japonais. En revanche 90% des psychiatres nord-américains et japonais annonçaient le diagnostic de dépression et/ou d'anxiété.

Il existait donc bien une spécificité française (et japonaise) que l'on pouvait rapporter, pour ce qui est de la position nationale à certains paramètres :

1. La schizophrénie est considérée comme une pathologie instable sur le plan critériologique (22% des patients non diagnostiqués schizophrènes par les psychiatres français, l'étaient en utilisant les critères du DSM III R).
2. Pathologie à l'évolution difficilement prévisible.
3. Conception toujours Kræpelinienne de la maladie, malgré la pluralité des évolutions.
4. Importance des troubles cognitifs et du délire.
5. Faiblesse de l'« insight » des patients présentant des symptômes schizophréniques.
6. Caractère stigmatisant du diagnostic.
7. Risque de suicide à l'annonce du diagnostic<sup>(2)</sup> bien que le risque semble en fait beaucoup plus lié à la prise de conscience du déficit cognitif induit par la maladie et/ou de la gravité de la maladie et de son caractère fréquemment invalidant.

A ces raisons la plus souvent avancées venait s'ajouter pour certains la question de la perturbation transférentielle, individuelle ou institutionnelle, que pouvait entraîner cette annonce du diagnostic.

En fait, cette question de l'annonce du diagnostic était l'arbre qui masquait la forêt. Plus que l'énoncé du diagnostic qui n'a en lui-même qu'un intérêt relatif (et contestable), c'est la question de l'information

des patients présentant des symptômes de schizophrénie qui était en jeu et cette information était très déficiente. En effet, de nombreux patients, suivis et traités depuis plusieurs années, bénéficiant de protocoles thérapeutiques lourds et dont la vie avait été bouleversée par l'impact pathologique, n'avaient jamais eu avec leur psychiatre, pas plus qu'avec les équipes soignantes, d'entretien centré sur la nature même de leur maladie.

C'est dans ce contexte qualifié par certains de paternaliste (en opposition à celui plus contractuel présent en Amérique du Nord et dans de nombreux pays européens) que le laboratoire Janssen-Cilag a pris la décision courageuse de promouvoir le programme PACT®. Courageuse en effet car il y avait un risque réel de choquer à travers cet objectif éducatif de nombreux praticiens partisans d'une attitude plus distanciée. Il y eu d'ailleurs certaines réactions d'hostilité très vives.

Assez rapidement le programme PACT® s'est élaboré à travers trois objectifs fondamentaux :

- mieux comprendre leur maladie et ses traitements,
- donner des repères aux patients et aux familles,
- donner des pistes pour mieux vivre la maladie au quotidien (« vivre la maladie aussi bien que possible malgré l'impact psychopathologique lourd »).

Au-delà du premier objectif centré sur les patients de ce premier programme pédagogique audiovisuel français, il est rapidement apparu aux membres du premier Conseil Scientifique<sup>(3)</sup> qu'une utilisation était possible pour l'information/formation des soignants en psychiatrie comme pour animer des réunions de patients et/ou de familles dans les CMP et enfin dans les séminaires inter-hospitaliers.

La représentation de la maladie à travers des scènes jouées par des acteurs alternant avec des témoignages filmés a souvent permis à de nombreux soignés, soignants ou accompagnants d'exprimer ce qui était jusque là difficilement représentable. Les échanges et la transmission des informations étaient ainsi favorisés dans ce que nous avons formulé à l'époque sous le terme de « partage émotionnel patients-soignants-familles à travers des fictions et des témoignages vidéos ». Mieux comprendre la schizophrénie et ses traitements c'était donner des repères communs aux

d'indemnisation apparaît performant, au travers notamment de la CIVI, il tarde encore à promouvoir la réparation sociale, balbutiante, des victimes. Il importe, pourtant, de se convaincre qu'à défaut de réparation globale, victimes et proches risquent de demeurer dans une plainte infinie. Sans éthique des pratiques en victimologie, des difficultés surgissent, autour notamment de la mémoire traumatique, rendant l'expertise médico-psychologique des victimes indispensable. En conclusion à ces études de psychocriminologie, le temps semble venu de substituer au modèle classique et actuel de justice pénale une approche plus soucieuse des personnes concernées par le crime : auteurs, victimes et proches. Les promesses de la justice restaurative, en termes de resocialisation des uns, de réparation de chacun et de rétablissement de la paix sociale pour tous, sont réelles et leurs évaluations de nature à conforter l'équité.

## La mémoire de travail : approche théorique et développement

Dossier coordonné par Catherine Monnier

Psychologie française 2008 n°3  
Elsevier Masson

Les différents articles regroupés dans ce dossier proposent un aperçu de la diversité des travaux qui sont actuellement conduits par des chercheurs fran-

cophones dans le domaine de la mémoire de travail (MDT) et de son développement.

La réflexion théorique conduite dans les différents champs de la psychologie a abouti à une grande diversité dans la façon de modéliser la MDT. Toutefois, le modèle dominant depuis plusieurs décennies reste le modèle hiérarchique proposé initialement par Baddeley et Hitch, puis révisé par Baddeley qui dotent la MDT d'un administrateur central (ou centre exécutif) assisté d'une boucle phonologique, d'un calepin visuospatial et d'un *buffer* épisodique. Cette conception simple de la MDT a servi de cadre théorique à un nombre important de travaux consacrés à l'enfant, travaux qui, aujourd'hui encore, se concentrent sur les trois premières composantes du modèle. N. Pross, D. Gaonac'h et Ch. Gaux évaluent, chez des enfants âgés de sept à dix ans, la capacité des différentes composantes de la MDT telle qu'elle est définie par Baddeley. Ils se proposent d'étudier les relations qu'entretiennent ces différentes composantes et se posent la question de savoir si les liens observés évoluent avec l'âge.

L'article de S. Majerus, comme celui de C. Monnier et de L. Ejarque, se centre, plus spécifiquement, sur la composante verbale de la MDT.

La revue de la littérature critique rédigée par S. Majerus s'inscrit dans cette seconde approche et débouche sur la proposition d'un modèle original de la

mémoire à court-terme verbale. Le travail de C. Monnier et L. Ejarque s'inscrit dans une perspective développementale ; il vise à éclaircir les déterminants de la performance dans une tâche de MCT verbale chez des enfants âgés de cinq à neuf ans. Les résultats observés conduisent à questionner le modèle de la boucle phonologique proposé par Baddeley. A. Seigneuric et H. Megherbi étudient chez l'enfant âgé de neuf à dix ans, comment la capacité de la MDT contraint l'activité de compréhension de l'écrit et, plus spécifiquement, les opérations engagées lors du traitement d'un pronom anaphorique.

## La santé mentale en France, surveillance et enjeux

Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2008 n°35-36

Ce numéro du BEH apporte non seulement des résultats nouveaux sur l'épidémiologie des épisodes dépressifs majeurs (EDM) en France et sur la prévalence de la détresse psychologique chez les étudiants, il propose aussi quelques pistes pour répondre à cette complexité. Les deux études présentées sur l'EDM dans ce numéro (D. Sapinho et coll, et X. Briffault et coll.) montrent qu'il existe, malgré les difficultés méthodologiques, des outils simplifiés adaptés à ces études. Si l'on connaît bien les méthodes et leurs limites, lorsque les définitions diagnostiques existent et qu'il existe un consensus sur ces définitions, ces études sont alors d'un réel apport dans la

patients, à leur famille et aux soignants et permettre, en diminuant l'angoisse, de renforcer la si fragile alliance thérapeutique.

Après douze mois de travail est paru PACT® 1 qui a porté sur trois thèmes :

- « *Dire la maladie* » : diagnostic, évolution et symptômes de la schizophrénie ;

- « *Vivre avec le traitement* » : effets positifs et indésirables des médicaments,

- « *Vivre avec la maladie* » : quotidien des patients et de leur famille.

Il s'agissait de films (fictions ou documentaires) découpés en séquences, accompagnés d'un guide d'animation développés par thèmes à destination des équipes soignantes et de livrets destinés aux patients et aux familles.

Il était rappelé comme principe ne pouvant être transgressé que les patients ne doivent jamais être confrontés au programme sans accompagnement soignant et sans que la question de la maladie ne soit déjà abordée.

Afin de mieux comprendre la philosophie de projet et pour ceux qui n'auraient pas encore été en contact avec le programme PACT®, voici, à titre d'exemple, le sommaire du film « *Dire sa maladie* » :

- Séquence 1 : Quelque part à la périphérie de Paris, une famille « *comme les autres* », dans une maison comme tant d'autres. Dans cette famille, un jeune homme au comportement étrange...

- Séquence 2 : Les différents membres de cette famille s'expriment sur la bizarrerie de ce jeune homme.

- Séquence 3 : Interview de patients stabilisés qui parlent de leur maladie, comment ils l'ont apprise, et comment ils la vivent.

- Séquences 4 : Historique.

- Séquence 5 : Epidémiologie.

- Séquence 6 : Témoignages des patients racontant leurs symptômes, leurs délires, leurs hallucinations.

- Séquence 7 : Un patient s'entretient avec son psychiatre de son état présent. Evocation d'un délire.

- Séquence 8 : Les parents de ce patient s'entretiennent avec le psychiatre de ce délire, des origines de sa maladie, de son évolution.

- Séquence 9 : Evocation des différents traitements, passés, présents, des psychothérapies, de l'apparition des neuroleptiques.

Bien sûr, des réticences se sont exprimées vis-à-vis de ce programme qui, prenait à contre-pied beaucoup d'habitudes et de certitudes. Quelques oppositions se sont manifestées avec une détermination surprenante

puisque certains responsables médecins se sont opposés jusqu'au visionnage de PACT® 1 par leurs équipes. Mais la grande majorité des équipes a montré un réel intérêt pour cette approche ne serait-ce que parce qu'elle permettait pour la première fois d'aborder la question restée jusque là étrangement silencieuse du « *dire sur la maladie* ».

C'est fort de ce succès que Janssen-Cilag a mis en chantier dès 2002 le deuxième programme PACT® qui, en utilisant les mêmes principes et en intégrant les remarques et les suggestions des utilisateurs de terrain, des patients et des familles, a traité de deux autres sujets :

« *Comprendre la vulnérabilité* » : Document dans lequel était abordée la question des facteurs de risque pouvant exacerber ou décompenser les symptômes de la maladie (stress, sensibilité personnelle, vulnérabilité des patients), et « *Prévenir la rechute* » : film où les causes et les facteurs de rechute étaient recensés tout comme le caractère positif de la continuité des soins dans le cadre d'une alliance thérapeutique.

PACT® 3<sup>(4)</sup> enfin a proposé en 2007, à travers l'histoire de Paul, Virginie et Sébastien, trois stades différenciés de la maladie, de traiter dans l'optique d'information donnée aux patients et à leur famille, la question complexe de la rémission.

Nous avons eu la chance de travailler avec une formidable équipe de réalisation<sup>(5)</sup> qui a su d'un PACT® à l'autre rester fidèle à l'esprit du projet en adaptant à chaque thème, un style nouveau.

La réalisation de nos projets sur une durée de cinq ans, a témoigné de l'engagement, de la qualité et de la constance du partenariat établi avec Janssen-Cilag autour du programme PACT®. ■

**Dr Jean-Charles Pascal**

Psychiatre, EPS Erasme, Anthony.

### Notes

(1) Enquête sur l'annonce du diagnostic de schizophrénie en France, BAYLE, CHAUCHOT et al. L'Encéphale 1999, vol.25, 6, 603-611.

(2) *Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness*, X.F. AMADOR & al., Am J Psychiatry 1996, 153, pp1185-1188.

(3) Pr Franck BAYLE, Psychiatre ; Mme Isabelle IZARD, Infirmière ; Dr Alain GERARD, Psychiatre ; Dr Muriel MAUREL, Psychiatre ; Dr Jean-Charles PASCAL, Psychiatre.

(4) Élaboré par le même conseil scientifique rejoint par le Docteur Béatrice BEAUFILS, Psychiatre, le Docteur Denis LEGAY, Psychiatre et le Docteur Marie-Noëlle VACHERON, Psychiatre.

(5) Equipe de Nathalie BONNEFOY.

surveillance de la santé mentale. Comme le soulignent les auteurs, la divergence des résultats est liée à des différences méthodologiques qui doivent être comprises et ne pas conduire à mettre en doute l'ensemble des résultats, qui, par ailleurs, sont globalement convergents. Comme toujours en épidémiologie, et tout particulièrement dans le domaine de la santé mentale, en l'absence de méthodes à la robustesse et à la validité indiscutables, ce sont la complémentarité et la convergence des résultats obtenus par des méthodes dont l'intérêt et les limites seront parfaitement compris qui amèneront une meilleure compréhension du poids de ces pathologies, des facteurs de risque, de protection et des vulnérabilités particulières. De même, l'étude menée par Christelle Roustit et coll., montre que la mobilisation de méthodes complémentaires comme l'épidémiologie biographique et contextuelle est précieuse. Ces résultats ouvrent des voies à la recherche en psychiatrie et en psychopathologie développementale. Ils posent des questions pouvant relever des grandes cohortes de suivi avec examen de santé, qui pourraient être mises en place dans les prochaines années.

L'étude de Pierre Verger et coll., chez les étudiants primo-inscrits de première année à l'université, apporte des données moins connues, en montrant la prévalence importante de la détresse psychologique dans cette population, détresse qui atteint, notamment, un tiers

des filles, et met ainsi l'accent sur une vulnérabilité particulière qui n'est pas toujours prise en compte dans les représentations habituelles.

Avec une prévalence de 6 à 12% selon les études, les états dépressifs majeurs doivent rester une priorité des actions de surveillance, mais aussi d'information du public. En mettant en évidence des profils et des facteurs sociodémographiques sensiblement convergents pour les EDM, notamment le très fort sex-ratio, le poids des événements de la vie et les facteurs socio-économiques, les études présentées dans ce numéro apportent des informations précieuses pour mieux cibler les campagnes futures, sur le modèle de celle qui a été réalisée par l'Inpes. Ces campagnes n'ont pas seulement un objectif d'information, elles sont aussi, pour bon nombre de patients, un outil de prise de conscience dont le bénéfice va au-delà de celui de la simple information.

### De l'attention et de la motricité

*Thérapie Psychomotrice et recherches 2008 n°153*

*Revue trimestrielle éditée par le Syndicat des Psychomotriciens\**, 23 €

Sonja Finck propose une articulation entre troubles de la motricité fine et de l'attention, étayée par une pratique de l'examen de l'enfant prenant en compte les dimensions neurologiques.

Odiile Frand évoque la complexité des

processus attentionnels et donne des pistes de réflexion quant à leur émergence, à partir d'une expérience clinique auprès d'enfants et de bébés.

Des liens se dessinent alors entre le développement de l'attention, le partage émotionnel et le rôle des interactions ludiques et sensori-motrices avec l'environnement...

Anne Marie Fischer, se penchant sur la problématique de l'autisme, étudie cette pathologie sous l'angle des processus cognitifs et de la faillite de leur constitution. Le rôle de l'attention est alors mis en lien avec la sphère de la sensorialité et la façon particulière dont les personnes souffrant d'autisme l'investissent.

Maryse Klein s'intéresse à une médiation thérapeutique où l'attention se trouve sollicitée au premier plan puisqu'il s'agit de la relaxation. Elle en articule la spécificité avec une expérience en pédiatrie auprès d'enfants en hémodialyse.

Jérôme Boutinaud considère d'autres états attentionnels qui, à partir d'un cas clinique, ne constituent pas forcément des faillites de l'attention mais de possibles déclinaisons riches de potentialités.

Denis Mortamet relate une thérapie psychomotrice d'un jeune enfant à la motricité anarchique et sans adresse. Par ce récit il montre le travail difficile du thérapeute pour permettre à l'enfant d'accéder à une représentation de ce qui l'agite.

Monique Perrier-Genas montre comment un soin en psychomotricité a pu aider un petit garçon touché par un syndrome de West. Elle souligne combien la mise en mouvement tant physique que psychique du patient peut se lire au travers de l'investissement de l'espace de la salle de psychomotricité et de l'importance, pour le soignant engagé dans ce soin éprouvant, de pouvoir s'appuyer sur les arrières-plans que constituent l'équipe, la théorie et l'élaboration à « *plus d'un* ».

Nicole Girardier aborde le « *partage esthétique* » que constitue parfois les séances de psychomotricité lorsque la rencontre ne peut se faire que sur un registre infra verbal que constituent la gestualité, la mimique, la posture, le tonus.

Enfin, dans une perspective psychosomatique, Marc Rodriguez relatant sur plusieurs années l'évolution distincte de bébés jumeaux rencontrés suite à un épisode aigu de dépression anaclitique, interroge les rapports entre l'investissement de la motricité, la symbolisation et les somatisations précoces.

\*24, bd Paul Vaillant Couturier, 94200 Ivry-sur-Seine. Tél. : 01 56 20 02 91 - Fax : 01 56 20 14 70. Site internet <http://www.snup.fr> - E-mail : [info@snup.fr](mailto:info@snup.fr)

### La santé perçue des immigrés en France

#### Une exploitation de l'enquête décennale santé 2002-2003

Paul Dourgnon, Florence Jusot, Catherine Sermet, Jérôme Silva  
*Questions d'économie et de santé 2008 n°133*

Irdes

Selon les données de l'enquête décennale santé menée par l'INSEE en 2002-2003, les personnes d'origine étrangère vivant en France se déclarent en moins bon état de santé que les Français nés en France. Les conditions socio-économiques dégradées de ces populations expliquent en partie leur plus mauvaise santé perçue. Mais on observe, également, des différences d'état de santé selon les pays d'origine, liées au niveau de développement de ces derniers. Ainsi, les personnes originaires des pays les plus riches déclarent un meilleur état de santé que les personnes originaires des pays de niveau de développement moyen, suggérant un effet à long terme de la situation sociale et sanitaire du pays de naissance sur l'état de santé. Les personnes originaires des pays les plus pauvres déclarent, également, un meilleur état de santé que les personnes originaires des pays de niveau de développement moyen, ce qui peut s'expliquer par une sélection à la migration plus marquée dans ces pays. Enfin, il ne semble pas y avoir de différence d'état de santé entre les immigrés étrangers et ceux ayant été naturalisés.

Pour télécharger gratuitement ce bulletin : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes133.pdf>  
Pour le commander : <http://www.irdes.fr/EspaceAccueil/BonCommande/BonsCommandeQES.pdf>  
Pour vous abonner aux bulletins d'information Questions d'économie de la santé : <http://www.irdes.fr/EspaceAccueil/BonCommande/BulletinAboutGnl.pdf>

### La république des sciences Réseaux des correspondances, des Académies et des livres scientifiques

Sous la direction d'Irène Passeron  
*Revue Dix-huitième siècle n°40*  
*La Découverte*, 44 €

Le siècle des Lumières a hérité de la notion de « *République des Lettres* », décrite aujourd'hui comme une sphère intellectuelle et sociale organisant la construction et la représentation des savoirs. Les scientifiques y constituent un groupe dont les pratiques s'autonomisent et s'institutionnalisent : est-ce suffisant pour parler d'une « *République des sciences* » ? Si le terme est employé à l'époque, par Condorcet par exemple, il reste pourtant une construction dépeignant un idéal non atteint et l'« *empire des sciences* » est loin d'avoir des

frontières, internes ou externes, aisément repérables.

Les vingt études présentées montrent comment des traditions d'échanges déjà établies entre gens de lettres et gens de sciences se conjuguent avec des modes discursifs propres aux « *lieux* » ouverts à de nouvelles pratiques et à de nouveaux contenus que sont périodiques, échanges épistolaires, académies ou encyclopédies.

On y repère comment sont modifiés les canaux de circulation de l'information (livres, journaux), les instances et pratiques de reconnaissance (recommandations, jugements, expertises), les rôles et positions des divers médiateurs entre autorité et opinion.

On y voit, enfin, comment interfèrent les réseaux éditoriaux, académiques ou religieux avec les réseaux idéologiques, géographiques ou épistolaires.

Les recherches, fondées sur des corpus nouveaux par leur constitution et par l'interrogation à laquelle ils sont soumis, permettent de caractériser historiquement réseaux et acteurs scientifiques et de renouveler les interprétations anciennes.

Signalons le texte de V.P. Comiti : « *Les langues de la médecine au 18<sup>ème</sup> siècle* » qui montre que la clinique évoque, avant tout au siècle des lumières, le signe perçu et non le signe provoqué.

### Comptabilité analytique hospitalière et tarification de l'activité

Jacques Grolier, Yvan Pérard et Philippe Peyret  
*Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

L'évolution récente de la gestion des établissements de santé a été à l'origine de :

- la mise en place de la tarification (T2A), modalité d'allocation budgétaire fondée sur l'analyse de l'activité et la recherche de l'efficience dans la gestion des hôpitaux ;

- la définition d'une « *nouvelle gouvernance* » développant en particulier la gestion décentralisée au niveau des pôles.

Ces approches obligent les gestionnaires des établissements publics de santé à réfléchir sur les coûts de fonctionnement de leurs établissements et à mettre en œuvre de nouveaux outils de contrôle de gestion.

Ce livre revient sur l'origine de la comptabilité analytique hospitalière avant de décrire la façon dont les établissements de santé vont devoir produire leurs informations analytiques, informations qui seront à la base d'approches de *benchmarking* par rapport à l'Etude nationale des coûts (ENC) et dans le cadre des comptes de résultats analytiques (CRÉA).

### L'anorexie mentale Déni et réalités

Maurice Corcos, Claire Lamas, Alexandra Pham-Scottez, Catherine Doyen  
*Doin*, 22 €

Ce livre est une synthèse des descriptions et de l'analyse des facteurs géométriques des troubles des conduites alimentaires chez les jeunes, et notamment l'anorexie mentale. Il rassemble les connaissances que l'on a aujourd'hui de l'étiopathogénie de l'anorexie, les traitements tant nutritionnels, psychotropes, psychothérapeutiques que la prise en charge de l'environnement, notamment familial. Est abordée l'évolution de l'enfance à la vie adulte avec, bien souvent, des devenirs satisfaisants mais aussi un pronostic qui reste encore aujourd'hui assombri par une mortalité élevée.

On y retrouve réunie l'expérience de quatre praticiens œuvrant dans des services prenant en charge les enfants, les adolescents et les adultes anorexiques (IMM, Sainte-Anne, Robert Debré).

## LIVRES ET REVUES

**Consentir : domination, consentement et déni**

Tracés, Revue de Sciences humaines  
2008 n°14  
ENS Editions, 12 €

Si *Tracés* consacre un numéro à la question du consentement, c'est que cette notion ouvre un lieu de débat et d'interrogation sur les contours mouvants du sujet contemporain et sur la redéfinition de son autonomie. Deux approches sont possibles : appréhender le consentement dans son sens juridique (formaliste et contractualiste) ou par les voies de l'empirie, dans sa dimension procédurale et interactionniste. La tension entre ces deux points de vue se manifeste dans des mutations aussi diverses que récentes, symptomatiques d'une subjectivité en train de se redessiner.

Dans leur article : « *Consentir sous tutelle. La place du consentement chez les majeurs placés sous mesures de protection* », Benoît Eyraud et Pierre A. Vidal-Naquet montrent que le droit tutélaire tend à faire aujourd'hui une place importante au consentement pour deux raisons principales : son recueil garantit en effet la dignité de la personne « incapable » ; le consentement obtenu est par ailleurs un indicateur positif dans les trajectoires d'autonomisation des personnes. En s'appuyant sur deux études de cas, traitées sur un mode ethnographique, les auteurs dégagent différentes facettes du consentement, dont une part inaccessible : le consentement « intime » ou « incertain », qu'ils analysent comme une marge de liberté à préserver chez ceux dont les capacités à consentir ont été juridiquement disqualifiées.

**Quand les femmes auront disparu****L'élimination des filles en Inde et en Asie**

Bénédicte Manier

La Découverte Poche/Essais n°289

100 millions en 1990, 163 millions en 2005 : le nombre de femmes qui « manquent » en Asie n'a cessé d'augmenter. Ces absentes sont autant de petites filles qui, en Chine, en Inde, à Taiwan, en Corée du Sud, au Népal, au Pakistan ou au Vietnam, n'ont pas pu naître, ont été tuées à la naissance ou qu'on a laissé mourir en bas âge. Car en Asie, la naissance d'une fille est jugée socialement dévalorisante, alors que la venue d'un garçon constitue un honneur et une sécurité pour les vieux jours. Facteur aggravant : en Inde, la dot de mariage fait des filles un fardeau financier, tandis qu'en Chine, la contrainte de « l'enfant unique » a avivé la préférence pour les garçons. Alors, depuis le début des années 80, l'avortement est massivement utilisé pour éliminer ces filles non désirées.

Ce livre est la chronique de cette disparition silencieuse des petites filles : il montre en particulier comment, dans les villes et les villages de l'Inde, les femmes sont poussées à avorter par leur belle-famille et maltraitées si elles ne mettent pas au monde un fils, comment des filles sont encore empoisonnées ou étouffées à la naissance, privées de soins ou abandonnées à la porte des orphelinats.

En trois décennies, ce tri des naissances a creusé un déficit irrémédiable : dans les villes indiennes de Mumbai et de Chandigarh, un quart de la population féminine a déjà « disparu ». En Inde et en Chine, les pouvoirs publics doivent désormais subventionner les naissances de filles. Et l'Asie voit émerger une génération de jeunes hommes qui ne parviennent plus à se marier. En Inde, de nombreux célibataires ont désormais recours à des trafiquants pour se procurer des épouses, en général des jeunes filles achetées à des familles pauvres et dont certaines sont obligées de se « partager » entre plusieurs hommes. Enlèvements et trafics de femmes se développent aussi dans le reste de l'Asie, tandis que les violences sexuelles et la prostitution augmentent.

Contrairement aux idées reçues, cette discrimination prénatale en Asie n'est due ni à l'ignorance ni à la pauvreté : en réalité, elle s'amplifie chez les nouvelles classes moyennes qui accèdent à la prospérité, dans des économies qui se modernisent rapidement, dopées par la mondialisation. En Inde, ce sont ainsi les régions les plus riches, les plus hautes castes et les catégories sociales les plus éduquées qui éliminent le plus les filles, et la sélection des naissances est devenue une activité lucrative pour la médecine privée. Enfin, elle s'est étendue à la diaspora asiatique vivant en Amérique du Nord et en Grande-Bretagne.

L'Asie, continent le plus peuplé au monde, est aujourd'hui devenu le plus masculin au monde et nul ne sait comment il va évoluer : à elles seules, les deux puissances émergentes que sont la Chine et l'Inde compteront bientôt plusieurs dizaines de millions d'hommes seuls, un déséquilibre inédit et potentiellement porteur de troubles sociaux. Cette nouvelle édition (la première date de 2006), complétée d'une postface présentant les données les plus récentes, tente de répondre à cette interrogation sur l'avenir.

**J.-B. Pontalis****Une oeuvre, trois rencontres :**

**Sartre, Lacan, Perce**

Mariane Perruche

Préface de François Richard

L'Harmattan, 29,50 €

J.-B. Pontalis, coauteur du *Vocabulaire de la psychanalyse* avec J. Laplanche, est à la fois un témoin et un acteur de l'histoire de la psychanalyse dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Sa démarche permet de mieux comprendre les enjeux cliniques, épistémologiques et philosophiques des différents mouvements psychanalytiques en France depuis les années 1950. Les relations que Pontalis a nouées avec principalement Sartre et Lacan, ses relations avec Georges Perce, dont il fut le psychanalyste, font de son oeuvre un observatoire privilégié pour analyser les relations complexes entre la psychanalyse, la littérature et la philosophie. Pontalis se prête, sans doute mieux qu'aucun autre psychanalyste, à ces croisements, car il a su les conjuguer, sans jamais renoncer ni à l'une ni à l'autre.

**L'imagination malsaine**

David Roche

L'Harmattan, 36 €

L'adjectif « malsain » qualifie aussi bien des romans, des films que des jeux vidéo, autrement dit c'est la question de leur réception, qui a conduit D. Roche à s'interroger sur la pertinence de cette métaphore médicale, sur la manière dont ce jugement est établi, les raisons qui poussent le sujet à « consommer » des fictions au contenu scabreux et la possibilité de distinguer l'art du symptôme. En partant d'une étude de l'adjectif, il définit le malsain à la fois comme une relation de transmission donnant lieu à une esthétique dans laquelle la métaphore a partie liée avec la métonymie, mais aussi comme une valeur subjective prononcée par un sujet ou une loi. A partir d'oeuvres des écrivains Russell Banks, Raymond Carver et Bret Easton Ellis, et des cinéastes David Cronenberg et David Lynch, D. Roche qui s'appuie sur les écrits de Judith Butler et Foucault, Freud et Lacan, Ricœur et Charles Taylor, Clément Rosser et Jean-Marie Schaeffer, arrive à la conclusion que le malsain, en raison de son caractère discursif, est effectivement une métonymie qui relève d'une forme d'inquiétante étrangeté. Ces oeuvres thématisent et conditionnent donc leurs propres réceptions en instaurant un dialogue ambigu avec l'esthétique, mettant ainsi en place une fonction heuristique qui en fait de véritables « laboratoires du jugement moral » (selon l'expression de Ricœur) pour le lecteur/spectateur, mais aussi des fictions ludiques l'incitant à mieux lire, c'est-à-dire à se méfier des signes.

# Perspectives d'avenir dans le traitement des psychoses

Entretien avec le Pr Julien-Daniel Guelfi\*  
par le Dr Christian Spadone\*\*

**Christian Spadone** : En matière d'avènement de nouveaux médicaments antipsychotiques, il semble qu'on soit actuellement plutôt dans une période de petits progrès successifs, après la révolution du Largactil® (chlorpromazine) ou le saut qualitatif des antipsychotiques atypiques. Peut-on entrevoir, pour les 10 ou 15 années à venir, un nouveau saut qualitatif ? et sinon, quels progrès moins importants peut-on espérer ?

**Julien-Daniel Guelfi** : Un saut qualitatif important reste par définition non prévisible : ce n'est que lorsqu'il est survenu qu'on en constate l'importance. En revanche, des progrès plus limités sont envisageables à court ou moyen terme. Dans le domaine des antipsychotiques, c'est le problème de l'acceptabilité qui est le plus important : on peut donc espérer voir mis à la disposition des praticiens des produits aussi efficaces que ceux actuellement disponibles, mais qui soient mieux tolérés, en particulier en ce qui concerne les effets indésirables à long terme.

Un besoin existe également pour des antipsychotiques entraînant une véritable amélioration sur le plan cognitif : les produits actuels sont souvent présentés comme capables d'améliorer le fonctionnement cognitif des schizophrènes, mais il s'agit en fait, plus souvent, de produits dépourvus des effets néfastes des anciens produits sur la cognition, plutôt que de produits corrigeant réellement les anomalies cognitives très spécifiques des schizophrènes. Or ces anomalies sont particulièrement délétères, responsables d'un grand nombre de difficultés rencontrées par les sujets souffrant de schizophrénie. De plus, des traitements « procognitifs » pourraient potentialiser les effets bénéfiques des thérapies cognitives mises en oeuvre chez ces patients.

Des résultats de recherches actuelles permettent parfois d'éclairer des données plus anciennes d'un jour nouveau. Ainsi, la démonstration des effets particuliers, à faible posologie, de l'amisulpride sur la dimension déficitaire des psychoses a conduit à réexaminer cette question des faibles doses avec d'autres molécules, comme le sulpiride ou l'halopéridol. Elle a aussi conduit à bien différencier ces effets précis sur certaines dimensions du déficit schizophrénique, telles que l'on peut les évaluer par les échelles de type PANSS ou SANS, d'un hypothétique « effet antipsychotique global », qui, lui, reste à prouver ...

A défaut d'une véritable révolution thérapeutique dont je ne perçois pas les signes avant-coureurs, on doit reconnaître l'existence de plusieurs progrès récents comme l'amélioration des systèmes de mise à disposition des molécules dans l'organisme, ou la prise de conscience de l'importance des facteurs qui peuvent favoriser une meilleure observance médicamenteuse. N'oublions pas en effet que pour qu'un produit soit efficace, il faut qu'il soit effectivement pris ! L'amélioration de l'observance passe par l'amélioration de l'information précoce fournie aux patients et par diverses stratégies d'ordre « psycho-éducatif ». Enfin, au rang des progrès actuels, il faut sans doute ranger les voies de recherche originales qui se développent actuellement sur de nouveaux mécanismes d'action des molécules psychotropes.

**CS** : Peut-on dire, aujourd'hui, que les Agences du Médicament freinent l'innovation thérapeutique, par la lourdeur des procédures qu'elles imposent ?

**J-D G** : La lourdeur des procédures et des contraintes appliquées actuellement pour les enregistrements de médicaments freinent incontestablement

l'innovation thérapeutique, mais ces contraintes et ces précautions sont justifiées. Les freins portent essentiellement sur les problèmes de tolérance et de risque thérapeutique, et le « principe de précaution » habituellement appliqué paraît ici justifié. La prudence est dans ce domaine légitime.

Une solution pourrait être la création d'unités expérimentales très spécialisées qui seraient chargées d'essais sur des produits très innovants, tout en respectant un strict cadre éthique. Ces essais permettraient de sélectionner les molécules les plus prometteuses, qui pourraient ensuite suivre la procédure d'expérimentation habituelle. Cela serait sans doute très coûteux, et particulièrement difficile à mettre en oeuvre en ce qui concerne les médicaments antipsychotiques.

**CS** : Comment traiter, en pratique, les délires chroniques paranoïaques ou de relations des sensitifs, qui sont orphelins - et sans doute pour très longtemps encore - de la moindre AMM ?

**J-D G** : Aucun essai médicamenteux n'est effectivement mené chez des patients présentant des délires paranoïaques, et il n'y en aura sans doute pas. La situation est d'ailleurs similaire pour les personnalités paranoïaques. Néanmoins, en pratique, il n'y a pas de raison de penser que ces délires répondraient différemment ou de manière spécifique à certains produits antipsychotiques plutôt qu'à d'autres. On a observé depuis longtemps qu'un traitement antidépresseur d'appoint pouvait aider ces patients : ce pourrait être un argument pour utiliser dans cette indication certains nouveaux antipsychotiques - hors AMM... - qui pourraient être dotés de propriétés antidépressives. Il faut également souligner l'intérêt de thérapies cognitives, qui peuvent aider ces patients paranoïaques à modifier leurs schémas cognitifs.

**CS** : On sait le poids que représente, pour les patients souffrant de schizophrénie, la nécessité du traitement au très long cours ou à vie, la majorité des rechutes étant liées à une mauvaise observance. Certaines pistes thérapeutiques permettent-elles d'envisager des traitements discontinus des schizophrénies ?

**J-D G** : Les nouvelles pistes pharmacothérapeutiques ne laissent pas entrevoir plus de possibilités de traitements discontinus que les traitements actuellement disponibles. Mais le traitement continu pour tous les patients schizophrènes ne doit pas être un dogme. Se fondant sur sa longue expérience clinique, R. Olivier-Martin soutient par exemple l'intérêt de respecter la liberté du schizophrène par rapport à ses traitements.

Malgré la relative distance avec la réalité qui caractérise cette maladie, les patients sont souvent conscients de ce qu'ils font lorsqu'ils interrompent un traitement.

Il faut alors les informer des risques qu'ils prennent, mais aussi savoir respecter leur choix, par exemple en acceptant qu'ils tentent d'interrompre le traitement mais en augmentant, durant cette période, la fréquence des consultations. Il faut éviter une rigidité excessive vis-à-vis des traitements médicamenteux ; en revanche, il faut rester « ferme » sur la nécessité de ne pas interrompre le suivi psychiatrique et/ou psychothérapeutique, et bien faire comprendre au patient la distinction entre prise médicamenteuse et suivi psychiatrique.

**CS** : « Primo non nocere » : le risque de syndrome métabolique est aujourd'hui au devant de la scène. A l'avenir, le principal critère de choix d'un antipsy-

chotique ne sera-t-il pas la tolérance, plutôt que l'efficacité ?

**J-D G** : Il est évident que le syndrome métabolique est un risque important qu'il faut prendre en compte lors du suivi au long cours d'un patient psychotique ; néanmoins, ce risque, s'il est aujourd'hui bien connu, nécessite encore des études cliniques prolongées pour que ces conséquences à long terme soient mieux appréciées. Par ailleurs, chaque prescription doit correspondre à un objectif thérapeutique précis. Un traitement n'entraînant pas d'effet indésirable directement perceptible par le patient peut être nécessaire au début de la prise en charge, afin d'obtenir une adhésion du sujet aux soins en général et à un traitement médicamenteux en particulier ; par la suite, une bonne acceptabilité à long terme devient un critère essentiel de choix de la molécule, et il est possible à ce moment de changer de produit pour éviter des problèmes métaboliques ou une prise de poids trop marquée. Il faut donc individualiser les traitements en fonction de chaque patient, mais aussi en fonction du moment évolutif de la maladie.

**CS** : *Les antipsychotiques atypiques sont efficaces sur les schizophrénies, les troubles schizo-affectifs, les états dépressifs, les états maniaques, la prévention des récurrences bipolaires... : quel intérêt reste-t-il à la clinique ?*

**J-D G** : Je ne pense pas que l'on puisse dire que tous les antipsychotiques soient efficaces de la même façon dans toutes les pathologies. La clinique reste essentielle pour le choix d'un traitement le plus adapté possible pour un patient donné. Mais c'est plus le tableau clinique particulier de chaque patient qu'il faut prendre en compte (dimension délirante, déficitaire, d'agressivité, d'anxiété, de tristesse, de désorganisation...), plutôt que la catégorie nosographique dans laquelle on pourrait classer le patient.

**CS** : *L'association de traitements psychothérapeutiques et médicamenteux est une évidence dans le traitement des schizophrénies. Va-t-on vers des recommandations plus précises dans ce domaine, comme par exemple la définition de séquences thérapeutiques spécifiques, qui optimiseraient les potentialisations entre ces différentes modalités ?*

**J-D G** : Les recommandations thérapeutiques et les directives sous formes de « *guidelines* » sont utiles pour orienter les choix thérapeutiques, en particulier dans les situations difficiles, mais elles ne doivent pas remplacer une évaluation individuelle de la situation de chaque patient. En ce qui concerne d'éventuelles séquences thérapeutiques, on ne dispose pas actuellement de données permettant de les recommander de manière générale pour les patients souffrant de schizophrénie.

**CS** : *Remédiation cognitive, Thérapie Cognitive Comportementale (TCC), thérapies psychosociales, thérapies familiales, psycho-éducation : le système de soin français a-t-il les moyens d'offrir le meilleur à chaque patient psychotique ? Comment favoriser un égal accès de chacun à ces différentes modalités thérapeutiques ?*

**J-D G** : Il est utopique de penser qu'un jour le système de soins permettra à tous les patients de bénéficier des meilleurs traitements, car ceci aurait un coût que la collectivité ne pourrait assurer. On ne peut donc que constater que les conditions géographiques, financières, socio-éducatives... influent sur les soins que peut recevoir un patient. Il faut néanmoins être prudent avant de décréter qu'une modalité thérapeutique est indispensable... Les premières publications parues en France, dans les années 1990, sur l'intérêt des thérapies comportementales et cognitives chez les patients schizophrènes paraissaient particulièrement convaincantes ; or j'ai étudié de manière attentive la littérature dans ce domaine, et j'ai constaté que les études sur lesquelles s'appuyaient ces publications étaient sans doute moins rigoureuses que ce qu'avançaient les tenants de ces thérapies, et que

les conclusions qu'on pouvait en tirer étaient plus mitigées... Il y avait un décalage net avec la réalité clinique. Plus récemment, des techniques comme les TRC-EHAO (thérapies de remédiation cognitive par entraînement hiérarchisé assisté par ordinateur) ont été présentées comme particulièrement prometteuses, mais on ne trouve en fait qu'une référence étayant cette proposition... D'une façon générale, les techniques de remédiation cognitive chez les patients schizophrènes sont mises en œuvre par quelques équipes en France, mais on manque d'études suffisamment convaincantes qui justifieraient de généraliser ces techniques malgré leur coût.

L'intérêt de la psycho-éducation semble en revanche mieux établi. Dans ce domaine, les psychiatres ont encore beaucoup de progrès à faire, la pathologie psychotique, avec les difficultés d'insight de ces patients, étant souvent perçue comme un frein trop important pour permettre de mettre en place un véritable partenariat thérapeutique avec le patient.

Dans ce domaine aussi, de nombreux progrès sont tout à fait envisageables et l'on peut penser que l'on pourrait faire participer activement les patients schizophrènes à leur propre traitement beaucoup plus que ce qui se pratique habituellement.

**CS** : *On a souvent le sentiment que les études randomisées, très lourdes à mettre en œuvre, ne répondent qu'imparfaitement aux questions posées, en particulier parce qu'elles sélectionnent des populations trop « pures » sur le plan pathologique. Parallèlement aux études naturalistes de cohorte, divers auteurs, en particulier dans le champ psychodynamique, soulignent l'intérêt des recherches « cas unique ». Ces études vous semblent-elles devoir se développer à l'avenir ? A quelles conditions sont-elles réellement heuristiques ?*

**J-D G** : L'une des raisons pour lesquelles les études ne répondent qu'imparfaitement aux questions posées est qu'elles cherchent souvent à répondre de manière simultanée à un trop grand nombre de questions. Les études sur des populations très homogènes sont indispensables en début de développement d'un produit, même si on sait que ces populations ne sont pas représentatives des populations de patients que l'on aura à traiter dans la réalité ; elles permettent d'apporter la preuve que la molécule est efficace sur les grands syndromes schizophréniques : syndrome productif, syndrome déficitaire... Une ou deux études bien réalisées sont en général suffisantes pour apporter rapidement une réponse à cette question préalable. Par la suite, d'autres études doivent être réalisées, visant à répondre à des questions ciblées, plus en rapport direct avec la pratique psychiatrique quotidienne. Ces études peuvent être de type naturaliste ou de cohorte.

En ce qui concerne les études cas-unique, elles sont d'un intérêt notable, en particulier dans le domaine de la recherche en psychothérapie. Mais elles n'ont un véritable intérêt heuristique que lorsqu'il est possible de regrouper leurs données pour tenter d'en généraliser la portée : il est alors crucial de disposer des compétences statistiques de haut niveau que nécessite l'élaboration d'une méthodologie pertinente et l'interprétation de leurs résultats.

Ce sujet me fait penser à ce qui se met en place actuellement dans l'évaluation des psychothérapies : recueil de multiples données « cas unique », puis traitement statistique sophistiqué de gigantesques bases de données par B. Falissard, qui assurera ainsi sans doute pour une bonne part la crédibilité et la fiabilité des conclusions de ces travaux, placés sous l'égide de l'Inserm et de la Fédération Française de Psychiatrie.

Je pense que l'on pourrait imaginer des protocoles similaires pour évaluer les résultats des prises en charge au long cours des patients schizophrènes. ■

\*Psychiatre, Hôpital Sainte-Anne, Paris

\*\*Psychiatre, Hôpital Saint-Louis, Paris

## Réalité Virtuelle

Dossier coordonné par Arnaud Plagnol et Guy Gozlan  
*Neuropsychologie 2008 n°4*  
Interligne

Dans ce numéro, I. Viaud-Delmond précise les applications en psychiatrie de la Réalité Virtuelle, dont les troubles anxio-phobiques. A l'encontre d'idées reçues, E. Allard et R. Jouvent montrent tout son intérêt potentiel pour la compréhension et la prise en charge des pathologies schizophréniques. J. Besnard et al. dessinent le champ ouvert par la Réalité Virtuelle en neuropsychologie, à la fois quant à l'évaluation des troubles et quant à leur traitement. E. Gentaz et al. mettent en évidence, à propos des techniques de guidage haptique, la complexité des processus en jeu, nécessaire à prendre en compte pour un apport thérapeutique dans un trouble comme la dysgraphie. Enfin, dans un champ proche de la Réalité Virtuelle, à propos des cyberdépendances, S. Tisseron développe la psychopathologie de l'immersion dans le virtuel et soulève les questions clés de la position psychique et de l'incidence relationnelle. A la lecture de ces articles émerge une série de problèmes soulevés par l'utilisation de la Réalité Virtuelle en clinique : fonctions du virtuel et de l'imaginaire pour l'être humain, clinique du sentiment de présence et de l'immersion, développements d'outils d'évaluation, affinements des techniques thérapeutiques, remaniements psychiques, impact sur l'intersubjectivité...

## Reconnaître les discriminations, dépasser le déni

*Rhizome 2008 n°31*

Bulletin national santé mentale et précarité

Ce numéro vise à favoriser la pensée autour de certaines classifications qui empêchent de penser, ce qui n'est pas bon à la santé... Le contexte est le suivant : lorsque l'ascenseur social est en panne, lorsque l'idéal républicain, créateur d'une citoyenneté équitable pour tous, est mis à mal, les grands principes universalistes ont tendance à se figer pour masquer l'insupportable écart avec la réalité. Cela part de la question des statistiques « ethniques », terme du reste impropre au regard des lois françaises et européennes récentes. Cette catégorie, mise sur le devant de la scène médiatico-politique après la décision du Conseil Constitutionnel du 15 Novembre 2007, conduit à une impasse rhétorique assez radicale qui paralyse l'action politique les uns souhaitant à juste titre éviter une « racialisation » de la société française contraire à l'article 1<sup>er</sup> de la Constitution ; les autres appelant de leurs vœux la reconnaissance des discriminations, en vue d'en infléchir positivement le cours. Revenir aux termes de la loi, ou parler de statistiques de la diversité, permettrait déjà d'éviter le terme « ethnique » qui contamine le débat en parlant à l'envers du racisme ambiant sous la modalité de la dénégation. La recherche de Saïda Douki met en évidence qu'une telle tendance est de nature à favoriser l'autocensure des psychiatres sur l'histoire de leurs patients.

D'autres catégories sont également abordées à travers la notion édulcorée de « classes moyennes », celle de « mal-logement », jusqu'aux effets actuels du colonialisme et des exterminations de masse, en passant par la souffrance déniée des homosexuels en contexte homophobe. Tout semble indiquer qu'il s'agit d'un déni collectif qui porte sur la perception de réalités individuelles et sociales et sur ce qu'il convient d'en faire, entre cécité pérennisée et reconnaissance. Le déni collectif n'est pas à confondre avec les interdits structurels qui portent sur le sexe, la violence, les alliances : contrairement au déni, ils aident une société à vivre en bonne intelligence et donnent à chacun de ses membres le sentiment de faire partie du monde des humains comme un parmi d'autres. De même que l'on parle de roman familial dans la théorie freu-

dienne, on peut souhaiter, avec Benoît Falaize, un travail d'élaboration collective qui dirait, d'une manière suffisamment crédible et idéalisée, les histoires traumatiques occultées ou à l'inverse trop obsédantes, construisant ainsi « un roman national pluriel, porteur d'espoirs et de vie en commun, pour les générations à venir ». Il n'est pas interdit de rêver avec d'autres que soi, quitte à vivre douloureusement la difficulté de la suture entre le traumatisme intolérable qui tend à couper de la commune humanité, et les discriminations actuelles qui le perpétuent.

*Rhizome* est téléchargeable sur le Web : [www.orspere.fr](http://www.orspere.fr)

## L'évolution des usages de drogues et des politiques De l'Europe aux Amériques

Dominique Duprez et Marie-Sophie Devresse

*Déviante et Société 2008 n°3*

Editions Médecine & Hygiène, 32 €

Ce numéro fait un état des lieux des évolutions de l'usage de drogues en Europe et aux Amériques à partir de l'étude de différents contextes nationaux. Chaque contribution cadre historiquement les évolutions, tant sur les différentes formes d'usage - de l'usage festif aux différentes formes de dépendance - que sur le plan des politiques pénales et sanitaires. Les auteurs réalisent un bilan empirique des évolutions récentes en matière d'usages de drogues avec un éclairage sur les effets des politiques pénales et sanitaires sur les comportements et sur les pratiques de consommation. L'ensemble des expériences européennes, mais également brésilienne et canadienne présentées dans ce numéro, montrent un canevas relativement cohérent de l'évolution des consommations de drogues ainsi que des politiques publiques qui les encadrent. Il permet, également, de saisir combien la relation entre ces deux évolutions apparaît improbable. La logique des politiques publiques ne rencontre, en effet, que très rarement la logique des usages constatés sur le terrain. Il ressort de la plupart des recherches que, en dépit de l'augmentation de la prévalence de la consommation de drogues à la fin du XX<sup>e</sup> siècle, l'usage expérimental ou contrôlé est prédominant et que, dans la majorité des cas, il ne produit pas de résultats préjudiciables. Cependant, les politiques publiques qui continuent à vouloir contrôler la consommation de drogues illicites à l'aide de mesures punitives qui contribuent ainsi à la criminalisation de ces pratiques et ont, surtout, pour effet d'encombrer le système pénal de situations qui nécessiteraient plutôt des politiques publiques d'accompagnement, au même titre que l'alcool et le tabac.

## 18 cas pratiques d'évaluation en action sociale et médico-sociale Francis Alföldi

Dunod, 27 €

Dans cet ouvrage, des professionnels de terrain, des cadres institutionnels et des intervenants indépendants décrivent dix-huit cas d'applications concrètes de la méthode d'évaluation développée par Francis Alföldi depuis plus de quinze ans. Ces dix-huit expériences concernent des secteurs différents à savoir l'action sociale et médico-sociale, l'évaluation des situations de danger, l'évaluation interne et la qualité des prestations, le programme de réussite éducative et la formation continue à l'université. On y apprend que le brassage des institutions est accentué par la pluralité des territoires. Les illustrations mettent en scène des positionnements d'acteurs variés : les professionnels de terrain (assistants sociaux, psychologues, médecins), les cadres d'établissement social et médico-social (chefs de service, directeurs), les cadres départementaux (conseillers techniques, attachés) et les intervenants externes (formateurs, consultants). Ce n'est pas un manuel sur l'évaluation, mais un ouvrage pédagogique écrit par des utilisateurs pour des utilisateurs, un livre de formation par la transmission de l'expérience de terrain.

## LIVRES ET REVUES

## Les modèles du soin psychique : évolutions actuelles

Coordonné par Cyrille Bouvet  
*Pratiques en santé mentale 2008 n°3*  
Fédération d'Aide à la Santé Mentale  
Croix Marine, 12 €

L'intervention thérapeutique est nécessairement guidée par des modèles auxquels chaque thérapeute se réfère. Comment agir dans une direction donnée sans présupposés sur les effets de cette action ? Au-delà des conflits, clivages et méconnaissances qui traversent régulièrement leurs relations, ce numéro contribue de façon constructive aux débats en cours sur la pluralité des approches psychothérapeutiques.

N. Maillard-Déchenans, qui ouvre le numéro, montre la multiplicité et l'entrecroisement des modèles, tant théoriques que personnels, à l'œuvre dans l'action clinique quotidienne.

Les quatre articles suivant défendent l'intérêt de la multiplicité de ces modèles : Y. de Roten montre que l'alliance thérapeutique est un facteur thérapeutique essentiel à l'œuvre dans toute thérapie efficace quel qu'en soit le modèle ; J.-M. Petot pointe l'importance d'une bonne indication (trop souvent négligée) vers le type de thérapie adaptée à la personnalité du patient ; M. Marie-Cardine et J.-L. Terra présentent et défendent les approches éclectiques et intégratives et C. Bouvet avance que le travail institutionnel ne saurait s'inscrire dans un seul modèle théorique et technique en prenant l'exemple du modèle psychanalytique. Ch. André présente les thérapies cognitives et comportementales. Les deux articles qui suivent montrent deux formes d'articulation des modèles psychanalytiques avec d'autres références : d'une part, une pratique en hôpital de jour, le CTR à Paris, qui soutient l'idée que c'est l'intention subjective du geste thérapeutique qui importe au-delà des dispositifs institutionnels proposés au patient et, d'autre part, l'article de A. Minet et de Ch. Lorans exposant l'intérêt d'une supervision psychanalytique dans une institution éducative. Ce numéro se poursuit par l'article de M. Paradis et de S. Drylewicz évoquant la façon dont les jeunes psychiatres en formation se trouvent confrontés à la difficulté et à la nécessité d'intégrer une pluralité de modèles d'interventions. Enfin, ce numéro se conclut par l'article de J. Constant qui retrace « le défilé des modèles » qui a marqué le monde « psy » de l'autisme de 1960 jusqu'à aujourd'hui.

## Autisme et ABA : une pédagogie du progrès

Ron Leaf et John Mc Eachin  
Éditeur Pearson Education

L'ABA (*Applied Behavior Analysis*), pédagogie comportementale appliquée à l'autisme connaît, à l'heure actuelle, une forte médiatisation. Cet ouvrage vient donc à point pour nous apporter quelques éclaircissements quant aux origines, à l'engouement actuel et à l'application de la technique elle-même.

En 1987 et 1993 deux articles fondamentaux écrits par le promoteur Ivar Lovaas ont montré, en s'appuyant sur près de 30 ans de recherche, qu'une intervention précoce et intensive pouvait améliorer le fonctionnement des enfants autistes. Ces deux études ont mis en évidence que 9 des 19 enfants

ayant bénéficié d'une prise en charge comportementale intensive avaient réussi à suivre avec succès une scolarité normale. Même chez ceux qui n'avaient pas atteint ce résultat, on avait relevé une amélioration significative du langage et de la sociabilité, des capacités d'autonomie et de jeu. A l'exception de deux enfants, tous les sujets avaient développé un langage fonctionnel. Pour ces études, les enfants n'avaient pas plus de trois ans au début de la prise en charge et, à raison d'environ 40 heures par semaine, le traitement individuel appliqué par des étudiants de l'université de Californie et de Los Angeles, eux-mêmes supervisés par des étudiants diplômés a duré en moyenne deux ans ou plus.

L'ABA connaît un regain de popularité depuis 1993, date de la publication du livre de Catherine Maurice où l'auteur y raconte la prise en charge de ses deux enfants autistes. Plutôt réservée à l'égard d'une méthode qu'elle percevait comme négative et rigide et d'une efficacité limitée, elle découvre que cette intervention comportementale utilisée avec flexibilité pouvait être efficace. Ainsi l'ABA réduit les comportements problématiques typiques de l'autisme tels que l'automutilation, les accès de colère, l'absence de réponse aux consignes et l'auto-stimulation. Elle s'avère, également, efficace pour développer des compétences dans les domaines les plus affectés tel que la communication avancée, l'interaction sociale, le jeu et l'autonomie.

Il existe plusieurs programmes adaptés à toute une gamme de compétences en fonction des différences remarquables chez les enfants autistes. Elle inclut l'enseignement des capacités que la majorité des enfants ordinaires n'a pas besoin d'apprendre tels que le jeu et l'imitation de même que l'apprentissage de la parole, le développement des concepts du domaine scolaire, les compétences sociales. Dans l'application du programme il est essentiel de maintenir un équilibre raisonnable entre une prise en charge intensive, des phases de moindre activité mais toujours structurées et temps libres ou en famille. L'implication de la famille est fondamentale dans la prise en charge mais peut faire appel à des intervenants expérimentés. Cette méthode qui fonctionne pour les jeunes enfants est également efficace pour les enfants plus âgés et les adolescents. Cet abord comportemental fait appel à l'utilisation de « renforceurs » qui entraînent d'ailleurs un certain nombre de discussions et de désaccords à propos de l'application et du choix des récompenses.

L'enfant autiste est caractérisé par ses « comportements problématiques » et il est d'ailleurs très contrarié lorsqu'on essaie de les faire disparaître. Il s'agit de passages à l'acte tel que des colères, des agressions, l'opposition, manifestations évidemment dérangeantes, d'autres comportements de nature passive tels que le manque d'attention, de participation, la distraction, le repli sur soi peuvent avoir des conséquences importantes sur le développement. Tous ces comportements représentent un défi essentiel à relever dans le sens où ils entravent les processus d'apprentissages. Dans un premier temps, il s'agit de comprendre ces comportements problématiques et ensuite d'établir certains programmes spécifiques et d'amélioration. Plusieurs chapitres sont consacrés ainsi à la manière d'aborder ce type de symptomatologie et on trouve des programmes appliqués dans les comportements d'autostimulation, les problèmes de sommeil, le contrôle des

sphincters, les problèmes d'alimentation, les compétences sociales et les capacités de jeu.

La deuxième partie du livre, très conséquente, est réservée à la description de programmes d'« essais distincts multiples » qui illustrent et développent la méthode à proprement parler. Il s'agit d'une technique spécifique utilisée pour optimiser l'apprentissage. Elle implique de morceler la compétence ciblée en plusieurs parties et de les enseigner l'une après l'autre. Chaque partie doit être répétée plusieurs fois au cours d'une même séance et contenir un début (la consigne) et une fin (le feedback de l'enseignant). Chacune des parties doit être maîtrisée avant que la suivante ne soit introduite.

Il s'agit donc ainsi d'un ouvrage relativement complet à propos d'une méthode redécouverte qui représente un outil essentiel pour les parents d'enfants autistes et les professionnels qui les prennent en charge, ceci dans un ensemble d'apports complémentaires adaptés individuellement à chaque cas.

Il convient de remercier ici les deux traductrices : Agnès Fombonne mère d'un fils artiste, chroniqueuse et traductrice et Catherine Milcent Praticien Hospitalier, pédo-psychiatre, psychiatre, elle-même mère d'un jeune adulte autiste qui a créé et dirigé plusieurs associations et de nombreuses classes intégrées dans l'Education Nationale.

Yves Contejean

## Les modes d'accueil des jeunes enfants

Frédérique Leprince

Supplément au n°2574 des

Actualités Sociales Hebdomadaires

L'accueil des jeunes enfants est un enjeu de société relativement complexe. Pour bien comprendre les écarts entre les attentes des parents, les besoins des enfants et l'offre de services existante et pour envisager des mesures susceptibles de permettre une meilleure adéquation de l'offre aux besoins, il est nécessaire de recourir à différents éléments d'analyse. Les déterminants socio-économiques des besoins et leurs caractéristiques peuvent s'ordonner autour des aspects démographiques (nombre de jeunes enfants, différentes formes de familles...), du contexte socio-économique (caractéristiques de l'activité féminine, temps de travail des parents) et des aspects psychosociaux (importance accordée au jeune et aux relations enfants-parents). La combinaison de ces différents facteurs conduit à des besoins et à des attentes diversifiés, qui évoluent dans le temps et s'expriment peu.

Face à ces besoins, l'offre de mode d'accueil est multiforme. Tandis que certains enfants fréquentent l'école préélémentaire (complétée de différentes solutions collectives ou individuelles), d'autres sont gardés par les parents ou des membres de la famille, en structures collectives ou individuellement chez un assistant maternel, par un employé à domicile ou par des personnes ni déclarées ni agréées. La gestion et le financement de ces différents modes d'accueil sont diversifiés et leur fréquentation varie selon la situation sociale et familiale des parents.

Les écarts entre l'offre de services et les attentes sont importants même si l'on observe de fortes disparités géographiques. La situation a connu des évolutions importantes au cours des dix dernières années et un certain nombre d'éléments de dynamique pourraient permettre une meilleure adéquation entre les attentes et l'offre de services dans les années à venir.



RISPERDALCONSTA® LP 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 QUALITATIVE ET QUANTITATIVE : Risperidone (DCI) : 25 mg, 37,5 mg ou 50 mg pour un flacon. Pour la liste complète des excipients, voir Données pharmaceutiques. FORMES ET PRÉSENTATIONS\*. INDICATIONS

THERAPEUTIQUES : RISPERDALCONSTA® LP est indiqué dans le traitement d'entretien de la schizophrénie chez les patients actuellement stabilisés par des antipsychotiques oraux. POSOLOGIE ET

MODE D'ADMINISTRATION : Posologie : Adultes : Dose initiale : Pour la majorité des patients la dose recommandée est de 25 mg par voie intramusculaire toutes les deux semaines. Chez les patients traités par une dose fixe de rispéridone orale depuis deux semaines ou plus, le schéma de conversion suivant doit être pris en compte. Les patients traités par une dose inférieure ou égale à 4 mg de rispéridone orale doivent recevoir RISPERDALCONSTA® LP 25 mg, chez les patients traités par des doses orales plus élevées la dose plus élevée de RISPERDALCONSTA® LP 37,5 mg doit être envisagée. Lorsque les patients ne sont pas actuellement sous traitement par la rispéridone orale, la posologie du pré-traitement oral doit être prise en compte dans le choix de la dose initiale I.M. La dose initiale recommandée est de 25 mg de RISPERDALCONSTA® LP toutes les deux semaines (CTJ : 8,69 €). Pour les patients recevant des doses plus élevées de l'antipsychotique oral en cours, la dose plus élevée de RISPERDALCONSTA® LP 37,5 mg doit être envisagée. Une couverture antipsychotique suffisante par la rispéridone orale ou le traitement antipsychotique antérieur doit être assurée du fait d'un délai de latence de 3 semaines après la première injection de RISPERDALCONSTA® LP (voir Propriétés pharmacocinétiques). RISPERDALCONSTA® LP ne doit pas être utilisé dans les exacerbations aiguës de la schizophrénie sans assurer une couverture antipsychotique suffisante par la rispéridone orale ou l'antipsychotique antérieur pendant la période de latence de 3 semaines suivant la première injection de RISPERDALCONSTA® LP. Dose d'entretien : Pour la majorité des patients la dose recommandée est de 25 mg par voie intramusculaire toutes les deux semaines. Certains patients peuvent bénéficier des doses plus élevées de 37,5 mg (CTJ : 11,18 €) ou 50 mg (CTJ : 13,63 €). Un ajustement posologique à une dose supérieure ne doit pas être réalisé plus fréquemment que toutes les 4 semaines. L'effet de cette augmentation de dose ne doit pas être attendu avant un délai de 3 semaines après la première injection à la dose plus élevée. Aucun bénéfice supplémentaire n'a été observé à la dose de 75 mg dans les essais cliniques. Des doses supérieures à 50 mg toutes les deux semaines ne sont pas recommandées. Sujets âgés : Aucun ajustement posologique n'est nécessaire. La dose recommandée est de 25 mg par voie intramusculaire toutes les deux semaines. Lorsque les patients ne sont pas actuellement traités par la rispéridone orale, la dose recommandée est de 25 mg de RISPERDALCONSTA® LP toutes les deux semaines. Pour les patients recevant une dose fixe de rispéridone orale depuis deux semaines ou plus, le schéma de conversion suivant doit être pris en compte. Les patients traités par une dose inférieure ou égale à 4 mg de rispéridone orale doivent recevoir RISPERDALCONSTA® LP 25 mg, pour les patients traités par des doses orales plus élevées la dose plus élevée de RISPERDALCONSTA® LP 37,5 mg doit être envisagée. Une couverture antipsychotique suffisante doit être assurée pendant la période de latence de 3 semaines après la première injection de RISPERDALCONSTA® LP (voir Propriétés pharmacocinétiques). Les données cliniques avec RISPERDALCONSTA® LP sont limitées chez les sujets âgés. RISPERDALCONSTA® LP sera utilisé avec prudence chez les sujets âgés. Insuffisance hépatique et Insuffisance rénale : RISPERDALCONSTA® LP n'a pas été étudié chez les patients présentant une insuffisance hépatique ou rénale. En cas de nécessité de traitement par RISPERDALCONSTA® LP chez des patients insuffisants hépatiques ou rénaux, une dose initiale de 0,5 mg deux fois par jour de rispéridone orale est recommandée pendant la première semaine. La deuxième semaine 1 mg deux fois par jour ou 2 mg une fois par jour peuvent être administrés. Lorsqu'une dose orale journalière totale d'au moins 2 mg est bien tolérée, une injection de 25 mg de RISPERDALCONSTA® LP peut être administrée toutes les 2 semaines. Une couverture antipsychotique suffisante doit être assurée pendant la période de latence de 3 semaines après la première injection de RISPERDALCONSTA® LP (voir Propriétés pharmacocinétiques).

Usage pédiatrique : RISPERDALCONSTA® LP n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 18 ans en l'absence de données de sécurité d'emploi et d'efficacité. Mode d'administration : RISPERDALCONSTA® LP doit être administré toutes les 2 semaines par injection intramusculaire profonde dans le muscle fessier à l'aide de l'aiguille sécurisée fournie dans le conditionnement. Les injections se feront alternativement dans chaque muscle fessier. Ne pas administrer par voie intraveineuse (voir Mises en garde spéciales et précautions d'emploi et Précautions particulières d'élimination et de manipulation). Pour les instructions pour l'utilisation, la manipulation et l'élimination de RISPERDALCONSTA® LP, voir Précautions particulières d'élimination et de manipulation. CONTRE-INDICATIONS : Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI\* : Chez les patients naïfs de rispéridone, il est recommandé d'établir la tolérance avec de la rispéridone orale avant d'initier le traitement par RISPERDALCONSTA® LP (voir Posologie et mode d'administration). Patients âgés déments - Événements indésirables cérébrovasculaires - Hypotension orthostatique - Dyskinésie tardive / Sympômes extrapyramidaux (DT/SEP) - Syndrome malin des neuroleptiques (SMN) - Maladie de Parkinson et démence à Corps de Lewy - Hyperglycémie - Hyperprolactinémie - Allongement de l'intervalle QT - Convulsions - Priapisme - Régulation de la température corporelle - Prise de poids - Insuffisance rénale ou hépatique. Administration : La prudence est nécessaire pour éviter toute injection accidentelle de RISPERDALCONSTA® LP dans un vaisseau sanguin. INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS\* : GROSSESSE ET ALLAITEMENT\* : Grossesse : RISPERDALCONSTA® LP ne doit pas être utilisé au cours de la grossesse sauf en cas de nécessité manifeste. Allaitement : Les avantages de l'allaitement doivent être évalués au regard des risques potentiels pour l'enfant. EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES ET A UTILISER DES MACHINES\* : Les patients doivent être informés de ne pas conduire ou utiliser de machines jusqu'à ce que leur sensibilité individuelle soit connue. EFFETS INDESIRABLES\* : Les effets indésirables (EIs) les plus fréquemment rapportés (fréquence ≥ 1/10) sont : Insomnie, anxiété, céphalées, infections des voies respiratoires hautes, parkinsonisme, dépression et akathisie. SURDOSAGE\* PROPRIETES PHARMACODYNAMIQUES\* : Classe pharmacothérapeutique : Autres antipsychotiques : code ATC : N05AX08. PROPRIETES PHARMACOCINETIQUES\* : DONNEES DE SECURITE PRECLINIQUES\* : DONNEES PHARMACEUTIQUES\* : INCOMPATIBILITES\* : PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION : A conserver entre +2°C et +8°C (ou réfrigérateur) dans l'emballage extérieur, à l'abri de la lumière. Si la conservation au réfrigérateur n'est pas possible, RISPERDALCONSTA® LP peut être conservé avant administration à une température ne dépassant pas +25°C pendant une durée maximale de 7 jours. Ne jamais exposer RISPERDALCONSTA® LP à une température supérieure à +25°C. NATURE ET CONTENU DE L'EMBALLAGE EXTERIEUR\* : PRECAUTIONS PARTICULIERES D'ELIMINATION ET DE MANIPULATION\* :

Les microsphères à libération prolongée de RISPERDALCONSTA® LP contenues dans le flacon doivent être remises en suspension **uniquement** avec le solvant contenu dans la seringue fournie dans le conditionnement et doivent être administrées **uniquement** avec l'aiguille sécurisée Needle-Pro® 20G fournie dans le conditionnement. Ne substituer aucun élément du conditionnement. Afin de s'assurer que la dose prévue de rispéridone soit délivrée, la totalité du contenu du flacon doit être administrée. L'administration partielle du contenu du flacon peut ne pas délivrer la quantité attendue de rispéridone.

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE : Médicament soumis à prescription médicale. Liste I. NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE : RISPERDALCONSTA® LP 25 mg/2 ml : 362 491-3 : poudre en flacon (verre) + 2 ml de solvant en seringue préremplie (verre), boîte de 1 ; RISPERDALCONSTA® LP 37,5 mg/2 ml : 362 493-6 : poudre en flacon (verre) + 2 ml de solvant en seringue préremplie (verre), boîte de 1 ; RISPERDALCONSTA® LP 50 mg/2 ml : 362 494-2 : poudre en flacon (verre) + 2 ml de solvant en seringue préremplie (verre), boîte de 1. PRIX : RISPERDALCONSTA® LP 25 mg/2 ml : 121,63 € ; RISPERDALCONSTA® LP 37,5 mg/2 ml : 156,54 € ; RISPERDALCONSTA® LP 50 mg/2 ml : 190,88 €. Remb. Séc. Soc. à 65 % - Agréé coll. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE : JANSSEN-CILAG, 1 rue Camille Desmoulins, TSA 91003, 92787 ISSY-LES-MOULINEAUX CEDEX 9.

Information Médicale et Pharmacovigilance : Tél. (n° vert) : **N° Vert 0 800 25 50 75**  
Email : [medisource@its.jnj.com](mailto:medisource@its.jnj.com)

\*Pour une information complète, se reporter au Résumé des Caractéristiques du Produit disponible auprès du laboratoire.

Le fichier utilisé pour vous communiquer le présent document est déclaré auprès de la CNIL. En application des dispositions de la loi « Informatique et Libertés » modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression auprès du Pharmacien Responsable de notre laboratoire pour les données à caractère personnel vous concernant.



# Risperdal<sup>®</sup> CONSTA<sup>®</sup> LP

risperidone    SUSPENSION INJECTABLE A LIBERATION PROLONGEE

***une protection  
antipsychotique  
continue***



## **Faciliter le contact**

VIVACTY innovations NR/09/01/RISC/APR/MLR RICONSTA 12/08 A. Photo : Getty Images.



**JANSSEN-CILAG**

## LIVRES ET REVUES

Des hommes à la peine  
Carnets d'un médecin du travailMarie-José Hubaud  
La Découverte, 12 €

Marie-José Hubaud qui est médecin du travail rend compte de la réalité des sujets anonymes qui constituent le « monde du travail ». Citons-la : « J'écris pour tous ces hommes qui ont passé leur visite médicale avec moi, pour ce qu'ils emmenaient avec eux, leurs silences aussi. J'écris pour ceux qui ont fait un effort pour venir, ceux qui ont pensé que ça ne servait à rien, mais que c'était toujours ça de pris que le patron n'aurait pas, ceux qui sont venus pleins d'espoir parce que quelqu'un leur avait dit : « Va voir le médecin du travail, il va te reclasser », ceux qui sont habités par la colère et qui demandent réparation, ceux qui sont tombés, ceux qui se sont brûlés, ceux qui ont laissé un doigt dans la machine, ceux qui se sont usés trop tôt, trop vite, ceux qui attendent la retraite en serrant les dents, ceux qui paient de leur personne, ceux qui n'ont que ça dans leur vie le travail, ceux qui sont venus volontiers parce qu'ils avaient le souvenir de ne pas avoir perdu leur temps la dernière fois, ceux qui sont venus parce que c'était la seule fois de l'année où ils voyaient un médecin, et on ne sait jamais... ».

## Papa a la maladie de l'alcool

Brigitte Labbé et Hélène Juvigny  
illustré par Olivier Latky  
Milan, 13,50 €

Ce livre qui est à destination des jeunes enfants (dès 7-8 ans), dont un parent proche souffre d'alcoolisme, s'inscrit dans une série d'ouvrages qui abordent, sans pathos, et toujours en lien avec les émotions, les sujets graves qui touchent les enfants.

## Santé au travail et travail de santé

Sous la direction de Florence  
Dougnet et Jorge Muñoz  
Editions EHESP, 23 €

Sans prétendre à l'exhaustivité ce livre aborde différents points de vue à travers une grande variété d'observations et d'analyses.

A travers une analyse des mécanismes de reconnaissance des accidents du travail, D. Lorient réfléchit sur la construction et l'utilisation des sources statistiques dans le domaine de la santé au travail. Dans une perspective proche, N. Frigul et A. Thébaud-Mony décrivent les itinéraires de jeunes professionnels en lien avec la santé. Elles soulignent l'impact de la précarité et l'influence des différents statuts professionnels (stagiaire, intérimaire, salarié) sur la reconnaissance et le traitement des problèmes de santé provoqués par les conditions de travail. A. Raymond, dans l'univers hospitalier, constate que la démarche d'accréditation affecte les conditions de travail en induisant une formalisation, voire une standardisation, de l'activité de soin (augmentation du travail écrit, progression de l'usage de l'informatique, introduction des transmissions ciblées, renforcement du contrôle horaire...). Néanmoins, les effets de l'accréditation sur les conditions de travail demeurent fortement dépendants du statut juridique des établissements concernés par la procédure. Comparé aux autres secteurs, le secteur privé à but non lucratif apparaît le plus favorable sur le plan de l'environnement de travail. A l'inverse, ce sont les professionnels employés par les établissements privés à but lucratif qui décrivent les conditions de travail les plus pénibles.

G. Cresson revisite les notions de travail et de milieu de travail : l'entretien et la réparation de la santé sont appréhendés comme un véritable travail et l'univers privé est conçu comme un espace de travail à part entière.

N. Dedessus-Le Moustier décrit l'émergence progressive d'un droit de la santé au travail. Dans un contexte d'extension de la santé au travail, les modalités de définition des maladies professionnelles sont adaptées aux « nouveaux risques », en particulier aux risques psycho-sociaux.

J. Muñoz, dans une perspective micro-sociologique, propose une étude monographique d'une situation d'adaptation d'un poste de travail. En raison de l'absence de représentations communes les choix effectués par les différents intervenants de la santé au travail (médecins et inspecteurs du travail, ingénieurs, ergonomes) entrent rapidement en conflit.

T. Fillaut retrace la genèse des lois sur l'alcool au travail dans notre pays alors que A. Jolivet aborde la question du maintien des salariés âgés au travail en lien avec le probable allongement de la durée de la vie active.

N. Guégan, I. Grandjean, V. Herbout et S. Meineri, en partant d'une démarche d'inspiration expérimentale et de la théorie psycho-sociale de l'engagement décrivent les résultats de plusieurs expériences incitant les salariés à modifier leurs comportements afin d'adopter des attitudes préventives au travail (respect des règles de sécurité, réduction des comportements à risques, etc.).

M. Dumas comparant deux établissements ayant fait l'objet d'une démarche d'audit, montre l'impact des conditions de travail sur l'absentéisme des salariés en lien avec plusieurs variables socio-démographiques (âge, sexe, statut parental).

F. Dougnet et A. Vilbrod rendent compte de la situation d'une catégorie fortement féminisée de travailleurs indépendants : les infirmières libérales. Parce qu'elles sont en situation de concurrence par rapport à d'autres cabinets, et parce qu'elles sont dépendantes d'une clientèle, ces professionnelles doivent continuellement arbitrer leur activité, tant sur le plan de son volume que de son contenu. Ces ajustements concernent prioritairement la dimension sociale de leur travail, c'est-à-dire les multiples tâches non techniques qui participent activement au maintien à domicile des personnes fragilisées. L'adhésion au rôle sexué paraît un ressort important de l'acceptation de certaines conditions de travail et S. Pennec explore les rapports fortement différenciés, entre hommes et femmes, aux atteintes à la santé au travail et aux risques de l'amiante.

## Les sciences du travail et la question sociale

Bulletin de Psychologie 2008 n°496

Le dossier s'ouvre sur une contribution de François Vatin, qui revient sur

les conditions épistémologiques qui ont rendu possible l'émergence d'une science du travail, en France, au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, sous l'influence, notamment, des recherches de Lavoisier, Amontons et Coulomb.

Le création du ministère du Travail est marquée par l'influence des sciences du travail, comme le montre la contribution de Marcel Turbiaux, qui revient sur les tentatives avortées de création d'un « laboratoire du travail » entre 1896 et 1913, sous la double impulsion d'hommes politiques (comme Edouard Vaillant, René Viviani, ou Alexandre Millerand) et d'un groupe de savants rassemblés autour d'Edouard Toulouse au Laboratoire de psychologie expérimentale de Villejuif.

Comme le montre Thomas Le Bianic, ce n'est que vers la fin des années 1930, dans un contexte de montée du chômage, que le retour aux méthodes de psychologie appliquée revient sur le devant de la scène, notamment pour l'orientation des chômeurs vers les secteurs déficitaires en main d'œuvre. Le ministère du Travail crée, alors, un organisme spécialisé de sélection de la main d'œuvre : le Centre scientifique de la main d'œuvre (CSMO). Ce centre, qui devient, en 1947, le Centre d'études et de recherche psychotechnique (CERP), s'inscrit dans la continuité directe des sciences du travail du début du siècle par l'importance, qu'il donne à la psychologie expérimentale, dans l'orientation des adultes. Les méthodes psychotechniques connaissent, toutefois, un profond renouvellement, au lendemain de la guerre, grâce aux méthodes statistiques, développées par l'équipe de Favrege, au CERP et elles permettront la mise en place d'une politique de sélection à grande échelle, destinée à répondre aux pénuries sectorielles de main d'œuvre qualifiée. Cette conception dirigiste et planificatrice du marché du travail échouera, toutefois, face à la montée du chômage de masse, dans les années 1970, conduisant le ministère à apporter d'autres types de réponses au problème du chômage (politiques d'insertion,...). C'est, alors, principalement du côté des sciences sociales (économie et sociologie), que le ministère ira puiser de nouvelles formes d'expertise scientifique.

## Le désir : vivre au-dessus de ses moyens psychiques

Analyse freudienne Presse 2008 n°5  
Erès, 20 €

Ce numéro revisite les modalités selon lesquelles le désir se réorganise au décours de la cure et en vient à être orienté moins par sa satisfaction que par le manque des moyens psychiques qui garantiraient sa réalisation.

## ANNONCES EN BREF

**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@enfancesetspsy.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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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.** Evaubonne. 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 Evaubonne 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

**28 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

**5 décembre 2008.** Paris. 3<sup>ème</sup> Colloque Babylone, Psychanalyse, Littérature et Art sur le thème : *Destinées sentimentales : l'amour en soi.* Inscriptions : Co-

rinne 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>èmes</sup> 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<sup>e</sup> 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

## Recommandations aux auteurs

**Nervure publie des articles originaux** concernant la psychiatrie et les disciplines connexes, des comptes rendus de livres, d'articles, de manifestations scientifiques et culturelles.

**Les articles** sont remis anonymement à au moins deux membres du Comité de lecture. Ils ne doivent pas dépasser 8 pages dactylographiées, bibliographie incluse (25 lignes par page, double interligne avec une marge de 4 cm à gauche) ou 16.000 signes. Ils peuvent être adressés sous forme de fichier informatique (Word, RTF) accompagné toujours d'un exemplaire sur papier.

**Les références bibliographiques** doivent être classées par ordre alphabétique, numérotées et dactylographiées en double interligne.

**Les tableaux** doivent être numérotés et correspondre à un appel précis dans le texte.

**La correction des épreuves** ne peut être que d'ordre typographique. Le « bon à tirer » doit être envoyé au secrétariat de *Nervure* sous huitaine.