

# NERVURE

## JOURNAL DE PSYCHIATRIE

DÉCEMBRE 2008/JANVIER 2009 1

www.nervure-psy.com

ISSN 0988-4068  
n° 9 - Tome XXI - 12/2008-01/2009  
Tirage : 10 000 exemplaires

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

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

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

Ce numéro comporte un encart volant Britannica  
Grand Littre.

### EDITORIAL

F. Caroli

## La crise... se résigner ?



La psychiatrie est en crise, ce n'est pas d'aujourd'hui ; mais aujourd'hui, elle pourrait ne pas s'en remettre. On finit par admettre que, bien que discipline médicale, elle n'est pas une spécialité comme les autres. Exemple : un nourrisson vient de trouver la mort à la suite d'une défaillance dans l'organisation des soins ; immédiatement une enquête interne est mise en place, la DASS est convoquée ; chacun défend l'hôpital public avant les conclusions judiciaires qui définiront les responsabilités. Un malade mental échappe à la surveillance des infirmiers et commet un meurtre ; on ne parle pas d'enquête interne, mais d'un changement de législations. Seuls les usagers et les professionnels défendent la psychiatrie publique.

Ce dont la psychiatrie française risque de ne pas se relever tourne autour de deux points : 1- La sur-occupation des services est en marche. La célérité avec laquelle l'hospitalisation d'office judiciaire permet les décisions d'hospitalisation en art. 122-1, après expertise rapide, combinée aux extrêmes difficultés pour lever cette mesure peut provoquer l'augmentation des durées de séjour après stabilisation de l'état de santé des patients et accentuer leur désocialisation compromettant ainsi les conditions de la sortie. Pendant ce temps, si les places d'UMD sont créées, elles libéreront des lits psychiatriques ordinaires, rapidement occupés par la masse des détenus malades, également difficiles à réinsérer s'ils doivent effectuer une partie de leur peine en soins. Dans ces conditions, si des mesures ne sont pas prises pour analyser le manque de lits et rappeler certains fondamentaux (la psychiatrie ne doit pas avoir honte de ses ambitions de soins, d'amélioration, voire de guérison, ni de ses devoirs : quand on lui confie un malade, c'est pour être soigné et non pour sortir sans autorisation, par ex.), les services risquent d'exploser de surpopulation et de violence.

2- La crise n'est pas seulement politico-professionnelle, elle est aussi culturelle. On finit

(suite page 3 ➡)

## Cocaïnomanie : clinique et traitements

FMC P.M. Dang Vu

L'essor de la cocaïnomanie, son coût pour le patient et la société, ont conduit progressivement à considérer cette intoxication comme une maladie chronique, avec ses périodes de rechute et de rémission. Parallèlement, se sont développées de multiples stratégies pour aider le patient aux différentes phases cruciales émaillant sa prise en charge. Après quelques rappels concernant l'épidémiologie du trouble, les effets recherchés, les complications psychiatriques et somatiques, nous aborderons les dernières tendances en termes de prise en charge psychologique et de traitement médicamenteux.

### Quelques rappels historiques

La cocaïnomanie est un dévoiement de la pratique ancestrale du « coqueo » ou mastication traditionnelle des feuilles de coca par les peuples andins<sup>(31,33,12)</sup>. C'est Niemann, en 1862 qui livra la formule de l'alkaloïde de coca : C17H21NO4. En 1885, Erlennmeyer, déjà visionnaire, accusa Freud<sup>(17)</sup> d'être à l'origine du troisième fléau de l'humanité après l'alcool et les opiacés : en effet, le neurologue qui allait devenir le père de la psychanalyse procédait à l'apologie de la cocaïne après s'en être servi comme anesthésique local pour faire opérer avec succès son père du glaucome.

La toxicomanie, quant à elle, ne débutera qu'à partir du début du XX<sup>ème</sup> siècle, mais l'essor actuel trouve son origine dans les années 70 et 80.

### Epidémiologie

L'expérimentation au cours de la vie, les usages récents et actuels ont augmenté au cours de la dernière décennie. La consommation est plus élevée chez les jeunes adultes entre 15 et 34 ans, en particulier chez les hommes jeunes vivant en zone urbaine, surtout au Danemark, en Irlande, en Italie, aux Pays-Bas, en Espagne et au Royaume-Uni<sup>(29,30)</sup>. Les statistiques sont devenues inquiétantes (figures 1 et 2).

Ce n'est pas le niveau d'expérimentation (usage au moins une fois dans la vie) qui est le plus inquiétant, mais bien la progression de ce dernier au cours des deux dernières décennies.

### Clinique et action pharmacologique

La cocaïne fait partie des stimulants. Quand elle est consommée sous forme de poudre (dans 85% des cas), l'individu procède au « sniff ». Plus rarement, il s'agit d'injection appelée « speedball » en cas d'association avec de l'héroïne.

(suite page 2 ➡)

## L'exposition Rodin-Freud

Au musée Rodin, à Paris, se tient du 15 octobre 2008 au 22 février 2009, une exceptionnelle exposition des collections d'antiques de Freud et de Rodin. Pour la première fois, la statuette de Freud vient en France, prêt du Freud Muséum de Londres, ainsi que le célèbre bas relief de la Gradiva, prêt exceptionnel du Vatican et qu'une part des ouvrages de la bibliothèque archéologique de Freud. A cette occasion des visites commentées ainsi qu'une journée thématique sont proposées par la revue *Topique* et le site OEDIPE.org.

### Rodin et Freud collectionneurs

Philippe Brenot

La passion des antiques est une affection très ancienne qui relevait de la culture et donnait ses lettres de noblesse au personnage qui en était animé. Les antiques étaient, habituellement, des objets présentant de réelles qualités artisanales ou artistiques et, en cela, témoins d'une époque. C'est autour des

antiques que se développa la notion de collection. On connaît ensuite des périodes qui ont été plus attachées aux traces du passé ou encore des personnalités ou des professions qui ont cultivé cette passion.

On peut penser, tout particulièrement, aux peintres et sculpteurs qui développèrent de grandes collections destinées à être des références pour leur travail de

(suite page 4 ➡)

### AU SOMMAIRE

#### EDITORIAL

La crise... se résigner ? p.1

#### FMC

Cocaïnomanie :  
clinique et traitements  
A partir d'une revue de  
la littérature p.2

#### EXPOSITION

L'exposition Rodin-Freud p.4

#### THERAPEUTIQUE

Les antipsychotiques à  
libération prolongée (APAP)  
ont-ils un intérêt dans la  
schizophrénie à début  
précoce ? p.6

#### PSYCHIATRIE DES PERSONNES AGEES

La personne âgée et l'urgence  
psychiatrique  
Intérêt de la consultation  
prolongée p.8

#### ANNONCES EN BREF p.10

#### ANNONCES PROFESSIONNELLES p.12

## Les APAP ont-ils un intérêt dans la schizophrénie à début précoce ?

### THÉRAPEUTIQUE

S. Mghaieth, O. Bonnot, D. Cohen

Les schizophrénies débutent majoritairement entre 15 et 25 ans mais il existe des formes plus précoces rares et sévères<sup>(1)</sup>. Sur l'ensemble des schizophrénies, 1% décompense avant 15 ans et 20% avant 19 ans<sup>(2)</sup>. Si différentes études cliniques ont montré que les caractéristiques générales ne diffèrent pas de la description syndromique de la pathologie adulte, les schizophrénies à début précoce (SDP) présentent des différences notables. Elles sont associées à une sévérité de la maladie plus importante ainsi qu'à une plus forte dimension héréditaire<sup>(3)</sup>, comme cela a été observé dans d'autres troubles multifactoriels à début précoce. Elle touche presque exclusivement le garçon, les formes chez l'adolescente étant exceptionnelle. La forme catatonique, bien que rare,

semble être proportionnellement plus fréquente à cet âge<sup>(4)</sup>. De plus, la prise en charge des SDP, présente des contraintes spécifiques comme la reprise de la scolarité. Sur le plan médicamenteux, la période de décompensation des troubles, l'adolescence, rend l'observance et l'adhésion aux soins difficiles et nécessitent des équipes formées aux problématiques adolescentes.

Dans la perspective d'une meilleure prise en charge des adolescents suivis pour SDP, les antipsychotiques à libération prolongée (APAP) se présentent comme une alternative pouvant améliorer l'observance thérapeutique. Sachant que (1) sur le plan des soins, l'observance de la prescription médicale est un des

(suite page 6 ➡)

# NERVURE

## JOURNAL DE PSYCHIATRIE

Venez visiter notre **nouveau site**  
ouvert aux professionnels de la médecine et  
à tous les passionnés de la psychiatrie

**www.nervure-psy.com**

Afin d'obtenir des effets plus rapides et plus intenses, les cocaïnomanes peuvent fumer (et parfois s'injecter), la base à l'état libre, avec l'aide de pipes à eau : c'est la pratique du *free-basing* (4, 15). Les consommateurs recherchent ce qu'ils appellent le « flash » ou « le rush », qui est une réaction violente et quasi immédiate de type orgasmique. S'en suit alors une forte excitation tant sur le plan physique que psychique. Les effets psychiques recherchés sont un accroissement de l'activité mentale, une amélioration de l'humeur, une augmentation de la force musculaire et un sentiment de disparition de fatigue, un état du « tout possible ». Les effets physiques recherchés, quant à eux, peuvent être la suppression d'appétit et de sommeil. Le sujet, consommera alors tout son stock, par prises successives, appelées « binges », afin de retarder au maximum le « crash », cet état quasi dépressif marqué par la tristesse, l'anxiété, l'irritabilité, l'hyperphagie, l'asthénie, l'hypermotilité. Suit alors le célèbre « craving » : l'envie irrésistible de reconsumer, induisant des comportements de recherche avec toutes les conséquences médicales et sociales que l'on peut imaginer.

Cette symptomatologie clinique s'explique par l'augmentation artificielle dans les synapses du système de récompense (constitué de l'aire tegmentale ventrale, le noyau accumbens, l'amygdale, le cortex préfrontal et le septum) de la concentration en dopamine, neuromédiateur clé du système de récompense (18, 38). La théorie classique du blocage de la recapture de la dopamine par le neurone présynaptique est aujourd'hui complétée par des travaux récents (22, 24, 41).

Le GABA est un neuromédiateur inhibiteur ubiquitaire capable de moduler l'activité dopaminergique et donc les effets de la cocaïne (9, 19, 20, 35, 43).

Certaines études ont, en effet, montré que l'inhibition des neurones glutamatergiques faisait disparaître chez le rat les comportements de recherche (2, 6, 27).

Les interactions avec le système opioïde endogène (endorphines, enképhalines) ont été mises en évidence chez les patients héroïnomanes ayant une coaddiction à la cocaïne. La démarche d'augmenter les doses de méthadone chez les patients toxicomanes aux opiacés ayant une coaddiction à la cocaïne pour éviter un « effet de rattrapage » sur la consommation de cocaïne pendant le sevrage aux opiacés a été couronnée d'un certain succès.

D'autres hypothèses, comme le découplage des systèmes noradrénergiques et sérotoninergiques, à l'origine de dysrégulations émotionnelles et donc des rechutes, paraissent intéressantes mais ne font pas l'objet, actuellement, de concrétisations médicamenteuses (pas de médicament « recoupleur » (39, 40)).

### Complications psychiques

On compte, parmi elles, les détériorations cognitives touchées essentiellement dans le domaine attentionnel et exécutif (23).

Les troubles de l'humeur sont également nombreux et variés : états d'agitation et d'excitation psychomotrice, ou dépression profonde, avec un fort ralentissement psychomoteur et des idées suicidaires. Des troubles bipolaires de type III, peuvent se déclarer dans le cadre de cette intoxication.

Enfin, et ce sont sûrement les plus connues, les complications psychotiques sont les plus impressionnantes. Il semblerait qu'il existe un phénomène de sensibilisation, leur fréquence s'accroissant avec le temps (début après trois ans d'intoxication) et leur déclenchement survenant de plus en plus rapidement. C'est là toute la gravité de cette drogue à point de départ récréatif qui peut conduire à un état permanent de peur, d'angoisse, de panique, d'interprétation paranoïaque. Peuvent faire partie du tableau : hallucinations cénesthésiques, acoustico-verbales,

visuelles, toujours dans le registre persécutif avec la perception d'ombres les épiant (4, 15), etc.

### Complications physiques

Un principe et un axiome de base doivent éclairer notre conduite diagnostique : toute manifestation cardio-pulmonaire, neurologique ou psychiatrique inexplicable chez un sujet jeune doit faire suspecter et confirmer la prise de cocaïne ou de crack (5).

Les propriétés vasoconstrictives de la cocaïne sont à l'origine de nombreuses complications somatiques. A noter parmi les plus graves d'entre elles de

véritables infarctus du myocarde, des hypertensions artérielles, des troubles du rythme, des OAP cardiogéniques ou lésionnels, des pneumopathies d'inhalation (syndrome de Mendelson), des AVC, des rhabdomyolyses, des ischémies d'organes viscéraux, mais aussi de perforations de la cloison nasale (4, 15).

Peuvent, également, se rencontrer l'asthme dû à la présence d'allergène dans la poudre, le tableau clinique du « poumon du crack » (associant fièvre, hémoptysie, toux, bronchiolite oblitérante, œdème pulmonaire non cardiogénique, exacerbation d'asthme,

bronchospasme, altération des échanges gazeux, altération de la fonction macrophagique, activation des neutrophiles et infiltrat radiologique), des hyperthermies malignes. Par ailleurs, le débat scientifique actuel penche pour des complications obstétricales avec un risque tératogène ainsi que pour un risque néonatal avec des signes d'impregnation (14).

Les complications infectieuses, avec des risques de transmissions d'hépatite en cas de partage de paille à sniffer, de SIDA ou autres maladies (phlegmon, endocardites, etc.) en cas d'injection restent classiques.


Le caractère aphrodisiaque de la cocaïne peut induire une consommation mais malheureusement lors de l'usage chronique, ce sont surtout des troubles sexuels qui sont au premier plan (anorgasmie, frigidité, etc.).


### Potentiel addictif

Il est admis communément que la cocaïne n'entraîne pas de dépendance physique à l'inverse de l'alcool ou des morphiniques. Certains auteurs actuellement essaient, néanmoins, d'individualiser un syndrome en cas de sevrage, ce qui reste un débat actuel. La dépendance psychique est intense et

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

# Libération Programmée





### Reminyl LP

galantamine GELULES A LIBERATION PROLONGEE

**1** prise unique  
**le matin**



**REMINYL LP gélules à libération prolongée (galantamine). FORMES ET PRESENTATIONS:** REMINYL LP 8 mg, 16 mg et 24 mg, gélule à libération prolongée. **COMPOSITION:** 8 mg, 16 mg ou 24 mg de galantamine (DC) 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 q.s. **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 E). 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 ces patients. La galantamine est contre-indiquée chez les patients présentant à la fois une insuffisance hépatique et une insuffisance rénale significatives. **MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS 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 significativement plus élevé chez 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 MEDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS:** Cf. Vidal. **GROSSESSE ET ALLAITEMENT:** Cf. Vidal. **EFFETS SUR L'ATTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES ET A 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  $\geq 2$  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'antiémétiques et un apport liquide adéquat peuvent être utiles dans ces cas. **Evénements indésirables observés au cours des essais cliniques et après commercialisation:** Cf. Vidal. **SURDOSAGE:** Cf. Vidal. **PROPRIETES PHARMACODYNAMIQUES:** **Groupe Pharmacothérapeutique:** Médicaments Anti-démenciels; 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, 24 et 32 mg/jour. Parmi ces doses, les doses de 16 et 24 mg/jour ont été évaluées comme présentant le meilleur rapport bénéfice/risque et sont les posologies d'entretien recommandées. L'efficacité clinique de la galantamine a été démontrée à l'aide d'outils d'évaluation portant sur les 3 principaux groupes de symptômes de la maladie et d'une échelle globale: échelle ADAS-Cog/11 (mesure de la performance cognitive), échelles DAD et ADCS-ADL-Inventaire (mesures des activités de base et des activités instrumentales de la vie quotidienne), Inventaire Neuropsychiatrique (NPI, échelle de mesure des troubles du comportement) et échelle CIBIC-plus (évaluation globale par un médecin indépendant, basée sur un entretien clinique avec le patient et la personne aidante). Définition composite du répondeur basée sur: une amélioration d'au moins 4 points sur l'échelle ADAS-Cog/11 par rapport aux valeurs initiales, score du CIBIC-plus inchangé + amélioré (1-4) et score de DAD/ADL inchangé + amélioré. Cf. Vidal. L'efficacité de REMINYL LP, gélule à libération prolongée a été étudiée dans un essai clinique randomisé, en double aveugle, contrôlé versus placebo, GAL-INT-10, avec une titration sur 4 semaines et des posologies flexibles 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 répondeur 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. **PROPRIETES PHARMACOCINETIQUES:** Cf. Vidal. **DONNEES DE SECURITE PRECLINIQUES:** Cf. Vidal. **DUREE DE CONSERVATION:** 2 ans. **PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION:** A conserver à une température ne dépassant pas +30°C. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE:** 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. Sec. Soc. à 65%. Agréé coll. **TITULAIRE DE L'AMM:** JANSSEN-CILAG - 1 rue Camille Desmoulins - TSA91003 - 92787 LESY LES MOULINEAUX CEDEX9 - Information Médicale et Pharmacovigilance. Tél.(n° vert): 0800 25 50 75. Email: medecourse@jinfrjn.com

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

 **JANSSEN-CILAG**

trouve son origine dans la pharmacocinétique de la cocaïne (figure 3). Ce sont les effets, aussi intenses que brefs, qui sont à l'origine de cette addiction, ainsi le crack est associé à un potentiel addictif encore plus élevé que la poudre (12).

### Surdosage : traitement

Les décès par surdose (« overdose ») sont plutôt liés à l'utilisation de mélanges (polytoxicomanie) qui incluent essentiellement en plus de la cocaïne, les opiacés, les benzodiazépines et l'alcool. Les décès sont aussi liés à la consommation d'un produit inhabituel dont la pureté peut varier. C'est ainsi que la surdose mortelle varie beaucoup. Elle se manifeste en deux étapes :

- la stimulation suivie de céphalées, nausées et convulsions ;
- la dépression physiologique avec perte de conscience, dépression respiratoire et défaillance cardiaque.

Aucun antidote n'étant actuellement connu, les protocoles varient certes, mais visent habituellement à maintenir les signes vitaux, la ventilation et l'équilibre circulatoire. Peuvent alors s'imposer : un lavage gastrique, des dérivés nitrés en cas de syndrome coronarien aigu, des anticonvulsifs benzodiazépiniques, une initialisation d'antipsychotiques, une lutte contre l'HTA par bêta bloquants et l'hyperthermie par des couvertures refroidissantes. La surveillance du ionogramme, de la troponine, du bilan hépatique, des CPK et de l'ECG est de rigueur. Le transfert en réanimation peut s'avérer nécessaire.

### Cocaïnomanie : traitement médicamenteux

Une attention particulière doit être portée à la différence entre le traitement de la phase de sevrage et celle d'entretien et de maintien de l'abstinence. Aucune des deux n'est à ce jour codifiée ni faisant l'objet d'un consensus.

Le traitement du sevrage est purement symptomatique. En premier lieu, il s'agit de prescrire une anxiolyse adéquate. Cette dernière passe généralement par les neuroleptiques sédatifs type cyamémazine (tercian®) ou par les benzodiazépines (valium®, lysanxia®, etc.). Ces dernières ont l'avantage supplémentaire, en cas de cointoxication alcoolique, de prévenir le *delirium tremens* et, en cas de coaddiction aux benzodiazépines, pour éviter leur

# Cocaïnomanie : clinique et traitements

## A partir d'une revue de la bibliographie

syndrome de sevrage après un regrettable arrêt brutal.

Une revue de la bibliographie (13,36,42), permet de retenir, pour leur caractère prometteur, certains médicaments prévenant la rechute. Dans le cadre d'une approche substitutive, le modafinil (Modiodal®) à une dose de 400 mg/j s'est révélé intéressant (3,10,11) ainsi que le méthylphénidate (Ritaline®) à une dose de 60 mg/j (26,34,37). Les agents gabaergiques (9,19,20,35,43) comme le baclofène (Lioresal®) dosé entre 20 et 40 mg/j, le topiramate (Epi-max®) dosé à 200 mg/j, la vigabatrine (Sabril®) dosée entre 2 et 3 g/j, la tiagabine

psychanalytique, et qui bénéficient d'une littérature abondante. Ces dernières ne faisant pas l'objet d'évaluation ne seront pas abordées ici.

### Conclusion

Ce sont malheureusement l'explosion de la consommation et la diversification du public consommateur qui ont sous-tendu les dernières avancées en terme de traitement médicamenteux pour le maintien de l'abstinence des cocaïnomanes. Médecins prescripteurs, psychologues, infirmiers de centres spécialisés, idéalement tous formés en addictologie, tenteront de mener à bien

comorbid cocaine dependence: a replication and extension study, *Journal of affective disorders* 2006, 93, 219-222.

(7) CARRERA MRA, ASHLEY J, WIRSCHING P, KOOB G, JANDA K, A second-generation vaccine protects against the psychoactive effects of cocaine, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2001, 98, 4, 1988-1992.

(8) CARRERA MRA, TRIGO JM, WIRSCHING P, ROBERTS AJ, JANDA KD, Evaluation of the anticocaine monoclonal antibody GNC92H2 as an immunotherapy for cocaine overdose, *Pharmacol Biochem Behav* 2005, 81, 709-14.

(9) COUSINS MS, ROBERTS DCS, DE WIT H, GABAb receptor agonists for the treatment of drug addiction: a review of recent findings, *Drug and Alcohol Depend*, 2002, 65, 3, 209-220.

(10) DACKIS CA, KAMPMAN KM, LYNCH KG, PETTINATI HM, O'BRIEN CP, A double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for cocaine dependence, *Neuropsychopharmacology* 2005, 30, 205-211.

(11) DACKIS CA, LYNCH KG, YU E, SAMAHA FF, KAMPMAN KM, CORNISH JW et al, Modafinil and cocaine: a double-blind, placebo-controlled drug interaction study, *Drug Alcohol Depend* 2003, 70, 1, 29-37.

(12) DOMIC Z, RICHARD D, SENON JL, INGOLD R, TOUSSIRT M, La cocaïne, [www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier\\_coke.pdf](http://www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier_coke.pdf)

(13) ELKASHEF A, BISWAS J, ACRI JB, VOCCI F, Biotechnology and the treatment of addictive disorders: new opportunities, *Bio Drugs* 2007, 21, 4, 259-67.

(14) FARES I, MC CULLOCH KM, RAJUN TN, Intrauterine cocaine exposure and the risk for sudden infant death syndrome: a meta analyse, *J Perinatol*, 1997, 17, 179-182.

(15) FAVRAT B, CHEVALLEY A-F, MUSSET T, Cocaïnomanie, *Flash Addiction*, 2002, 4, 1-14.

(16) FELTENSTEIN MW, ALTAR CA, SEE RE, Aripiprazole blocks reinstatement of cocaine seeking in an animal model of relapse, *Biol Psychiatry* 2006.

(17) FREUD S, De la cocaïne (écrits réunis par Robert Byck), Bruxelles, Editions Complexe, 1976, 350 p.

(18) GAILLOT-GUILLET Y, Pharmacologie des opiacés et autres drogues illicites, in : REYNAUD M, *Traité d'Addictologie*, Paris, Médecine-Sciences Flammarion 2006, 74-80.

(19) BAKER DA, MCFARLAND K, LAKE RW, SHEN H, TODA S, KALIVAS PW, N-acetyl cysteine induced blockade of cocaine-induced reinstatement, *Ann N Y Acad Sci* 2003, 1003, 349-351.

(20) KAMPMAN KM, PETTINATI H, LYNCH KG, DACKIS C, SPARKMAN T, WEIGLEY C, A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence, *Drug and Alcohol Dependence*, 2004, 75, 3, 233-240.

(21) KANTAK KM, Anti-cocaine vaccines: antibody protection against relapse, *Expert Opin Pharmacotherapy* 2003, 4, 2, 213-8.

(22) KARILA L, COSCAS S, BENYAMINA A, EDEL Y, LÉPINE J, LOWENSTEIN W et al, L'addiction à la cocaïne : données actuelles, *Rev Prat Med Gen* 2007, 21, 790-3.

(23) KARILA L, MAHAUT C, COSCAS

S, BENYAMINA A, LOWENSTEIN W, lepine jp ET AL, *Altérations cognitives liées à l'usage de cocaïne : une revue de la littérature*, *Alcoologie Addictologie* 2007, 29, 33-43.

(24) KARILA L, WEINSTEIN A, BENYAMINA A, COSCAS S, LEROY C, NOBLE F et al, *Pharmacothérapies actuelles et immunothérapies dans l'addiction à la cocaïne*, *Presse Med*. 2008, 37, 689-698.

(25) KOSTEN TR, ROSEN M, BOND J, SETTLES M, ROBERTS JS, SHIELDS J et al, *Human therapeutic cocaine vaccine: safety and immunogenicity*, *Vaccine* 2002, 20, 7-8, 1196-204.

(26) LEVIN FR, EVANS SM, BROOKS DJ, GARAWI F, *Treatment of cocaine dependent treatment seekers with adult ADHD: Double-blind comparison of methylphenidate and placebo*, *Drug and Alcohol Depend* 2007, 87, 20-29.

(27) MARDIKIAN PN, LA ROWE SD, HEDDEN S, KALIVAS PW, MALCOLM RJ, *An open-label trial of N-acetylcysteine for the treatment of cocaine dependence: a pilot study*, *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007, 31, 389-94.

(28) MARTELL BA, MITCHELL E, POLING J, GONSAI K, KOSTEN TR, *Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence*, *Biol Psychiatry* 2005, 58, 2, 158-64.

(29) OEDT, Observatoire européen des drogues et toxicomanies, *Etat du phénomène de la drogue en Europe*, Rapport annuel, 2006.

(30) OFDT, Observatoire français des drogues et toxicomanies, *Tendances n°49*, septembre 2006.

(31) ORIZET C, *Toxicomanie à la cocaïne : réflexions à propos d'une expérience clinique de 16 mois dans un hôpital américain*, Thèse Méd., Univ. Strasbourg I, 1989, 112 p.

(32) RAHIOUI H, *Entretien motivationnel*, in : REYNAUD M, *Traité d'Addictologie*, Paris, Médecine-Sciences Flammarion 2006, 242-248.

(33) RICHARD D, *La coca et la cocaïne*, Paris, PUF coll. Que sais-je?, 1994, 128 p.

(34) SCHUBINER H, SAULES KK, ARFKEN CL, JOHANSON CE, SCHUSTER CR, LOCKHART N et al, *Double-Blind Placebo-Controlled Trial of Methylphenidate in the treatment of Adult ADHD patients with comorbid cocaine dependence*, *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2002, 10, 3, 286-294.

(35) SHOFTAW S, YANG X, ROTHERHAM-FULLER EJ, HSIEH YC, KINTAUDI PC, CHARUVASTRA VC et al, *Randomized placebo-controlled trial of bupropion for cocaine dependence: preliminary effects for individuals with chronic patterns of cocaine use*, *J Clin Psychiatry* 2003, 64, 12, 1440-8.

(36) SOFUOGLU M, KOSTEN TR, *Emerging pharmacological strategies in the fight against cocaine addiction*, *Expert Opin Emerg Drugs* 2006, 11, 1, 91-8.

(37) SOMOZA EC, WINHUSEN TM, BRIDGE TP, ROTROSEN JP, VANDERBURG DG, HARRER JM Et al, *An open-label pilot study of methylphenidate in the treatment of cocaine dependent patients with adult attention deficit/hyperactivity disorder*, *Journal of Addictive Diseases*, 2004, 23, 1, 77-92.

(38) TASSIN JP, *La place de la dopamine dans les processus de dépendance aux drogues*, *Bull Acad Natle Méd* 2002, 186, 295-305.

(39) TASSIN JP, *Neurobiologie de l'addiction : proposition d'un nouveau concept*, *L'information psychiatrique* 2007, 83, 91-97.

(40) TASSIN JP, LANTERI C, SALOMON L, *Un nouveau concept explicatif de la pharmacodépendance : le découplage des neurones sérotoninergiques et dopaminergiques*, *Médecine sciences* 2006, 22, 798-800.

(41) VELEA D, CARO F, *Actualités cliniques : nouvelles pistes pour la prise en charge de la cocaïne*, *Revue toxibase*, 2006, 21, 9-13.

(42) VOCCI FJ, ELKASHEF A, *Pharmacotherapy and other treatments for cocaine abuse and dependence*, *Curr opin psychiatry* 2005, 18, 265-270.

(43) WINHUSEN T, SOMOZA EC, CIRAULO DA, HARRER JM, GOLDSMITH RJ, GRABOWSKI J, *A double-blind, placebo-controlled trial of tiagabine for the treatment of cocaine dependence*, *Drug Alcohol Depend*. 2007, 1, 91, 2-3, 141-8.

Figure 1

	Usage au cours de la vie	Usage récent (12 derniers mois)	Usage actuel (30 derniers jours)
Population européenne de 15 à 64 ans en 2006 :			
- millions habitants	10	3,5	1,5
- pourcentage	3%	1%	0,5%

Figure 2

	Parmi les nouveaux patients traités pour toxicomanie en France	
	Pourcentage de demandes de traitement pour cocaïnomanie	Nombre de demandes de traitement pour cocaïnomanie
1999	11%	13 000
2005	24%	33 000

(Gabitril®) dosée à 24mg/j, ou la gabapentine (Gabapentin®) dosée à 1600 mg/j ont, également, montré leurs potentialités. Les agents dopaminergiques intéressants sont le disulfirame (Espéral®) dosé à 250 mg/j, surtout en cas de co-intoxication alcoolique et les agonistes partiels dopaminergiques D2 (16) comme l'aripiprazole (Abilify®) dosé à 10 mg/j. Les agents glutamatergiques (2,27) concernent essentiellement la N-acétylcystéine (Mucomist®) dosé à 2,4 g/j, soit douze sachets. Enfin, la piste de l'immunothérapie passive (anticorps monoclonaux) (7) ou active (vaccin) si elle reste à confirmer demeure séduisante (7,21,25,28).

### Cocaïnomanie : traitement psychothérapeutique

Une telle prise en charge n'est en aucun cas à négliger. Si il passe par des entretiens réguliers tenant lieu de soutien, un traitement plus structuré est possible par le biais des thérapies cognitivo-comportementales. Les entretiens motivationnels (32) consistent en une « méthode directive centrée sur le patient dans le but d'augmenter sa motivation intrinsèque vers le changement en l'aidant à explorer et à résoudre son ambivalence » (Miller et Rollnick). Le management des contingences vise à renforcer, systématiquement, les comportements désirés comme l'observance, l'abstinence, etc. et à supprimer voire à punir les comportements délétères comme le non respect du cadre thérapeutique, etc. L'entraînement aux compétences de coping comprend l'entraînement à la prévention de la rechute, l'entraînement aux compétences sociales et la gestion des émotions négatives. La technique des interventions brèves est utilisée si la persuasion directe et l'appel à l'autorité professionnelle sont donnés de façon directive (1). D'autres thérapies sont envisageables, notamment celles issues du courant

avec l'entourage informé, la prise en charge conjointe de ces patients difficiles, souvent polytoxicomanes aux lourds antécédents. ■

Dr Pierre-Matthieu Dang-Vu

CHU Saint Jacques, Psychiatrie Adulte, Service du Pr Sechter, Besançon.

### Bibliographie

(1) AUBIN HJ, *Modèles cognitivo-comportementaux des addictions*, in : REYNAUD M, *Traité d'Addictologie*, Paris, Médecine-Sciences Flammarion 2006, 74-80.

(2) BAKER DA, MCFARLAND K, LAKE RW, SHEN H, TODA S, KALIVAS PW, N-acetyl cysteine induced blockade of cocaine-induced reinstatement, *Ann N Y Acad Sci* 2003, 1003, 349-351.

(3) BALLON JS, FEIFEL MD, A systematic review of modafinil: potential clinical uses and mechanisms of action, *J Clin Psychiatry* 2006, 67, 554-556.

(4) BALLON N, LACOSTE J, CHARLES-NICOLAS A, *Cocaïne et crack*, in : REYNAUD M, *Traité d'Addictologie*, Paris, Médecine-Sciences Flammarion 2006, 598-607.

(5) BOISSONNAS A, VIDAL-HOLLAENDER B, TEICHER E, SALLIOT C, *Pathologies somatiques non infectieuses des opiacés, de la cocaïne et des autres drogues illicites*, in : REYNAUD M, *Traité d'Addictologie*, Paris, Médecine-Sciences Flammarion 2006, 568-578.

(6) BROWN ES, PERANTIE DC, DHANANI N, BEARD L, ORSULAK P, RUSH AJ, *Lamotrigine for bipolar disorder and*

*done-treated patients: results of a randomized pilot study*, *Addiction*, 2003, 98, 11, 1625-1632.

(20) KAMPMAN KM, PETTINATI H, LYNCH KG, DACKIS C, SPARKMAN T, WEIGLEY C, A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence, *Drug and Alcohol Dependence*, 2004, 75, 3, 233-240.

(21) KANTAK KM, *Anti-cocaine vaccines: antibody protection against relapse*, *Expert Opin Pharmacotherapy* 2003, 4, 2, 213-8.

(22) KARILA L, COSCAS S, BENYAMINA A, EDEL Y, LÉPINE J, LOWENSTEIN W et al, *L'addiction à la cocaïne : données actuelles*, *Rev Prat Med Gen* 2007, 21, 790-3.

(23) KARILA L, MAHAUT C, COSCAS

### La crise... se résigner ?

par oublier notre savoir, nos techniques et être gênés pour les transmettre et les faire évoluer. Chacun se replie sur un discours minimaliste et peureux. Le champ des idées se rétrécit, la recherche se trouve sans moyens et la loi se durcit. Pour toutes ces raisons, l'extraordinaire diversité qui faisait la spécificité de la psychiatrie française s'avère sérieusement menacée, y compris dans ses organes de presse, dont certains se voient destinés à beaucoup souffrir.

Faut il pour autant se résigner?... Non. Si on accepte d'invoquer la crise, il faut aussi accepter ce que une crise, même douloureuse, veut dire... surtout en médecine, et encore plus en psychiatrie : « changement décisif en mal... ou en bien ». En un moment où chacun se cherche, se « met à la cape », politiques, professionnels (soignants, justice, police...) doivent confronter leurs points de vue pour sortir grandis de cette période si difficile afin qu'elle ne débouche pas sur un scandale psychiatrique. ■

## LIVRES

**Le rire étrange  
Bergson avec Freud**Jean-Luc Giribone  
Editions du Sandre

Un film de Jacques Tati nous montre le jardin parfait d'un appartement modèle, où les jets d'eau se détraquent : nous rions. Mais s'ils se détraquaient encore davantage, désolés à toute injonction humaine et sortant de notre réalité, nous ne ririons plus. Freud nous raconte comment un jour, perdu à Rome, tentant d'échapper au quartier des prostituées et s'y retrouvant régulièrement sans le vouloir, il a éprouvé une sensation bizarre ; le monde avait perdu sa familiarité, était devenu étrangement inquiétant. La même scène pourtant aurait pu être comique. C'est dire si ces deux registres apparemment opposés sont parents, sont même, comme le dit Mallarmé, en secrète correspondance.

Jean-Luc Giribone explore cette correspondance par une lecture en parallèle du *Rire* de Bergson et de *L'Inquiétante étrangeté* de Freud. Il essaie d'en dégager la profondeur, et en propose une interprétation.

**L'anthropologie du geste**Marcel Jousse  
Tel n°358  
Gallimard, 15,50 €

Marcel Jousse met en question l'hégémonie d'une civilisation de style écrit qui tend à s'imposer comme la civilisation unique. Pour lui, le livresque masque les abîmes souterrains de l'homme où se révèle ce qu'il y a de plus humain.

Chaque être humain reçoit la pression que le cosmos exerce sur lui, non seulement la reçoit mais l'assimile et la mime spontanément selon un rythme unique qui est le sien.

Si Marcel Jousse est traditionnel en ce qu'il croit à la nécessité d'un sol où s'enracine le langage, et se situe ainsi aux antipodes de Bultmann ou de Levinas, il est révolutionnaire en ce sens qu'il prend le parti de l'oralité. Malgré certaines apparences, la parole, partout dans le monde, est réprimée, souvent écrasée. En rendant manifestes les sources concrètes de la connaissance, Jousse fait œuvre de libération.

**Un siècle de psychanalyse  
Portraits des fondateurs**Alain Julien Brun  
L'Esprit du Temps, 18 €

C'est aux pionniers de la psychanalyse qu'est consacré ce livre ainsi qu'à des théoriciens et des praticiens non-psychoanalystes mais qui reconnaissent cette dimension particulière de l'être humain qu'est le psychisme.

A côté de ces grandes figures qui occupent le devant de la scène, viennent des chercheurs et des cliniciens qui, eux aussi, ont joué un rôle plus ou moins important dans cette invention du psychisme ; on trouve leur nom dans l'index qui suit ces portraits, accompagné d'une note. Contemporains ou non de Freud, ils ont tenté d'élaborer des théories, de formuler des explications. On ne sera pas surpris de trouver en première place dans ce livre celui qui précéda Freud dans le traitement de névroses : Joseph Breuer. Chaque portrait de cet ouvrage est enrichi d'une annotation le situant parmi les événements marquants de son époque, ainsi que d'une courte bibliographie.

composition. L'atelier de Rembrandt est à ce titre exemplaire, il comprenait une importante collection sculptée, gravée, ainsi que des bas reliefs antiques, mais également des fossiles et objets ethnologiques. C'est surtout au 19<sup>ème</sup> siècle, avec le développement de l'archéologie et de la préhistoire, que se développa la collection des restes archéologiques et qu'apparurent des commerces spécialisés que l'on a alors appelés *antiquaires*. Le substantif *antique* désignait essentiellement des objets mobiliers de l'antiquité, il était en très large partie synonyme de « *statuaire* ». C'est sous cette acception que nous allons parler d'une passion commune à deux personnages remarquables : Auguste Rodin et Sigmund Freud, dont on expose à Paris la collection de restes mobiliers anciens.

**La passion accumulative**

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 6000 et Freud lorsqu'il disparaît, plus de 3000.

Dès 1890, Rodin fréquente les antiquaires parisiens et achète de nombreuses pièces dans les salles de vente de l'Hôtel Drouot. Les prix ne sont pas excessifs et il peut rapidement constituer le noyau de sa collection. De nombreux amis, connaissant sa passion, lui offriront de nouvelles pièces qui augmenteront son musée au fil des ans. Ce sont d'abord de petits objets d'atelier, statuettes, figurines, bas reliefs... puis des œuvres plus importantes, voire monumentales. Sa Villa des Brillants est emplie de vestiges d'un autre temps comme, par la suite, l'hôtel Biron que lui fera découvrir Rainer Maria Rilke et qu'il habitera. Il avait alors le projet d'en faire un musée, ce pourquoi, à sa mort, il légua l'ensemble de son œuvre et de sa collection d'antiques à l'Etat pour constituer ce musée. Ce sera le musée Rodin.

**Le cabinet de Freud**

Freud commença sa collection dès les années 1880, profondément marqué par la passion de son maître d'alors, Jean-Martin Charcot, dont le bureau était rempli d'antiquités. Il n'est pas impossible que l'admiration qu'il portait à Charcot lui ait inspiré cette passion ainsi que le désir de le surpasser. Dans une lettre à Martha, le 2 février 1886, Freud disait combien il admirait Charcot, ce grand médecin « *qui vit dans un musée* », et combien il rêvait de l'égaliser. Mais c'est dix ans plus tard, en même temps que naît la *psychanalyse*, que débute véritablement sa collection. Freud achète la majorité de ses pièces auprès d'antiquaires viennois et lors de ses voyages, en Grèce, en Italie... A la différence de Rodin qui se fiait à son instinct artistique pour choisir ses pièces, Freud a la démarche d'un érudit qui décrypte le sens de la statuaire qu'il acquiert. A plusieurs reprises, il fera des parallèles entre le travail psychanalytique et la lecture des *antiques* : « *En fait, l'interprétation des rêves est tout à fait analogue au déchiffrement d'une écriture pictographique ancienne telle que les hiéroglyphes d'Égypte* ». (*L'intérêt de la psychanalyse*, 1913, p. 390). Emporté par sa passion, Freud multipliera les achats, les présentant en général d'abord à sa famille, avant de les ranger sur ses meubles, dans les vitrines et surtout dans son cabinet de consultation. Loin de la neutralité qui habite

# L'exposition Rodin-Freud

une part des cabinets de psychanalystes, le patient qui pénétrait dans le cabinet de Freud se trouvait face à des centaines de figurines, des centaines de regards qui l'accueillaient.

A son départ de Vienne, en 1938, la collection de Freud fut miraculeusement sauvée par Marie Bonaparte qui versera une « *rançon* » aux nazis pour permettre leur extradition dans sa maison du 20 Maresfield Gardens à Londres, aujourd'hui devenue le Freud Museum.

**L'atelier de Rodin**

Dès les débuts de sa collection, Rodin va développer un nouveau style, amorcé en 1818-1819 avec *l'Étude du Torse de l'Homme qui marche*. Séduit par les antiques fragmentés et abimés par le temps, il applique les mêmes traitements à ses propres sculptures. Il crée alors des figures sans tête ou sans bras, qui pourraient sembler inachevées mais qui sont des œuvres à part entière. Le fragment antique lui permet ainsi de se libérer des règles académiques, des proportions classiques, pour se concentrer sur certains détails qu'il agrandit, amplifie, dans un jeu extrêmement créatif. « *J'aime les statues de la Grèce antique : ils furent et ils demeurent mes maîtres* », proclame Rodin dans Valfori, le 25 décembre 1906.



Dans les années 1890, Rodin découvre le vase antique dans lequel il voit la forme du corps féminin : « *Je faisais des vases pareils à tous les autres, je n'étais pas arrivé à trouver une beauté de proportions et de lignes telle que je la pressentais, parce que je n'appuyais mes recherches que sur les combinaisons de mon imagination. Depuis, j'ai dessiné des corps de femmes et l'un de ces corps m'a donné, dans sa synthèse, une superbe forme de vase, avec des lignes vraies, des rapports harmonieux. Il ne s'agit donc pas de créer. Créer, improviser, ce sont des mots inutiles. Il s'agit de comprendre...* » (Cladel, 1903, p. 91-92). Rodin va ainsi jouer de multiples combinaisons en assemblant les parties de ces vases : femme-vase, femme devenue vase, femme avec vase... Cette pratique de l'assemblage paraît être une émanation de sa passion des antiques. Il en va de même pour Freud avec les nombreux parallèles qu'il fit entre création et psychanalyse, sculpture et psychanalyse. Mais la *Gradiva* est sans doute l'exemple le plus séduisant du lien que Freud établit entre archéologie et psychanalyse. C'est en 1906 que Jung conseille à Freud la lecture de la nouvelle de Wilhelm Jensen : *La Gradiva, fantaisie pompéienne*. Le récit évoque un jeune archéologue en vacances à Pompéi, agacé par le nombre de couples en voyage de noces qu'il croise et qui, en plein midi, est saisi par la vision au milieu des ruines d'une jeune revenante, échappée du passé avec qui il va établir un échange. Passionnément amoureux de celle qu'il

croit être une ombre, il s'avisera qu'il s'agit en réalité de sa voisine, Zoé Berggang, dont le nom signifie « *la vie qui marche* », traduction de « *Gradiva* » (celle qui avance), dont on peut voir aujourd'hui le bas relief au Musée du Vatican.

Cette nouvelle de Wilhem Jensen fera l'objet d'une analyse (*Délires et rêves dans la « Gradiva »* de Jensen, 1907) par Freud qui y avait trouvé un matériel passionnant pour sa théorie du refoulement de la sexualité et de l'halucination de désir. Il se rendit à Rome la même année et découvrit au musée Chiaramonti le relief des Agaurides en marbre. Comme le héros du livre de Jensen, il en acheta un moulage qu'il plaça au-dessus de son divan, dans son cabinet du 19 Bergasse à Vienne. Grâce à un prêt exceptionnel, ce bas-relief est présenté au cours de cette exposition.

De nombreux « *passeurs* », c'est-à-dire des maillons possibles entre Rodin et Freud, sont évoqués également au cours de cette exposition : Hugo Heller, libraire éditeur et galeriste viennois ; Rainer Maria Rilke, figure marquante de la littérature du début du 20<sup>ème</sup> siècle, symbolisant l'union du monde de l'art et de celui de la pensée ; Lou Andreas-Salomé ; Stefan Zweig, Romain Rolland.

**L'exposition Rodin-Freud**

L'exposition, *La passion à l'œuvre, Rodin et Freud collectionneurs*, se tient au Musée Rodin, 79 rue de Varenne, 75007 Paris, du 15 octobre 2008 au 22 février 2009.

**Psychanalyse et sculpture**Extraits de textes de la revue  
Topique n°104**Freud archéologue  
Sophie de Mijolla-Mellor**

Si Freud se réfère à l'archéologue pour parler du refoulement et de sa levée, c'est au sculpteur qu'il compare le psychanalyste dans l'exercice de son métier. Certains développements de la théorie et de la pratique psychanalytiques n'auraient peut-être pas été les mêmes si Freud n'avait pas tenté de reconstituer la démarche d'un Michel-Ange, mettant son regard dans celui du sculpteur.

Réciproquement, dans une perspective qui est celle des « *interactions de la psychanalyse* », il est pertinent de s'interroger sur ce que l'expérience du sculpteur peut apprendre à l'analyste sur le « *per via di levare* », qui, selon Léonard de Vinci, caractérise sa méthode par opposition à celle du peintre (« *per via di porre* »).

De nombreuses questions se posent notamment pour rendre compte de

l'expérience particulière vécue par des analystes qui ont, par ailleurs, une pratique de sculpteur :

Est-ce que l'influence d'une tradition morale et spirituelle de l'ascèse dans le travail de soustraction que le sculpteur impose à la matière permet d'éclairer sa réactualisation dans la démarche de l'analyste ?

L'irréversible de l'entaille du sculpteur peut-il mieux alerter sur le point de non-retour d'une interprétation ?

Pris lui aussi dans l'inachevable, le « *per via di levare* » du sculpteur, qui peut conduire à la destruction de l'œuvre, peut-il nous aider à mieux saisir le risque de la pulsion de mort qu'aggrave un certain purisme analytique ?

Et, surtout, la confrontation au bloc de pierre, comme celle qui met l'analyste face à l'opacité initiale d'une première rencontre avec un patient sont-elles comparables ?

Comme l'a montré Anton Ehrenzweig, le créateur fait l'expérience d'un déjà là de la forme en attente de sa délivrance. Se confronter au temps géologique de la pierre, temps incommensurable pour l'humain, prépare-t-il à la confrontation avec le hors-temps de l'inconscient ?

Tenant compte de tout ce questionnement, on pourra enfin se demander en quoi la présence de sculptures dans le cabinet de l'analyste peut faire partie du cadre de la cure et d'un dispositif d'écoute.

**Malaise dans la sculpture  
Francis Drossart**

Si le travail du psychanalyste est souvent comparé par Freud à celui de l'égyptologue, de l'archéologue ou du policier, celui du sculpteur est par contre rarement évoqué. Certes, l'on pourra dire que la sculpture est faite pour être exposée, que ce soit au public ou à des collectionneurs, et que la psychanalyse est de l'ordre de l'intime. Mais n'en est-il pas de même pour la science égyptologique, archéologique et policière ?

Bien sûr chacun connaît la citation de Léonard où la pénibilité du travail du sculpteur pourrait évoquer l'image achéronienne du psychanalyste. « *Le voici avec le visage tout barbouillé et poudré de poussière de marbre, si bien qu'il a l'air d'un boulanger...* ».

Mais il faut convenir qu'il existe, dans l'esprit de Freud, un éloignement certain entre ces deux disciplines. Certes, comme le remarque D. Anzieu, « *les objets antiques, les figurines égyptiennes... Freud collectionneur et psychanalyste les a désormais dans le champ de son regard pendant qu'il travaille* ». Mais si l'on connaît la « *passion immodérée* » de l'inventeur de la psychanalyse pour les objets d'antiquité, il faut noter cependant qu'à l'exception notable du Moïse de Michel-Ange, et contrairement aux exemples littéraires et pictographiques, les sculptures sont peu évoquées par Freud.

Dans le *Moïse*, si nous voyons une description d'une précision impressionnante (« *en deux endroits de la figure de Moïse se trouvent ainsi des détails qui n'ont pas été remarqués jusqu'ici...* »), il saute aux yeux que c'est le personnage même du chef religieux qui a fasciné Freud - personnage sur lequel, comme on sait, il reviendra plus tardivement. Et sa construction selon laquelle le prophète s'irrite de voir son peuple s'adonner au culte du Veau d'or a surtout peut-être valeur de projection de la part d'un maître irrité par la défection de ses disciples, Adler et bientôt Jung... A y regarder de près, le regard du *Moïse* de Saint-Pierre aux Liens nous paraît plus mélancolique, errant vers les collines de la Terre Promise, que courroucé... Mais laissons-là ce débat, pour remarquer qu'il y a peu de place,

dans le commentaire, pour le lien entre la discipline analytique et la discipline sculpturale. C'est précisément ce lien qui nous intéresse ici : non pas ce que la psychanalyse peut nous dire sur la sculpture, mais ce que la sculpture peut nous dire sur la psychanalyse.

Propos certes tout à fait éloigné (malgré l'ambiguïté du titre « *malaise dans la sculpture* ») d'une réflexion philosophique ou sociologique sur l'art classique ou contemporain.

J'énoncerai la proposition suivante : c'est la nécessaire incomplétude de l'acte analytique qui la rend tout à fait comparable à celui des sculpteurs. C'est de cette incomplétude que parle J. Altounian dans un autre registre, celui de l'intraduisible. En ce sens, toute sculpture se caractérisera par un certain inachèvement. C'est ainsi que, dans l'une des œuvres considérées comme les plus achevées, l'« *Esclave mourant* » de Michel-Ange, apparaît au pied de l'esclave un singe à peine esquissé. « *Qu'est le singe pour l'homme ? Un éclat de rire, ou une honte qui fait mal* » (Nietzsche). Il témoigne de l'inachèvement de l'humain, ici évoqué par Michel-Ange au même titre que la *Pieta Rondanini*, laissée par lui réellement inachevée. « *Tout ce que je fais est raté* » confesse Alberto Giacometti, ajoutant qu'il continue à sculpter pour que la nouvelle sculpture annule l'échec de la précédente.

A cette logique commune aux deux activités, de l'achèvement inachèvement si évocatrice de la situation analytique (Citons *Analyse sans fin, analyse avec fin*) s'ajoute la problématique de l'animé/inanimé. « *On a souvent l'impression, avec le désir du pénis et la prostation virile, de s'être frayé un passage, à travers toute la statification psychologique jusqu'au "roc d'origine" et d'en avoir fini avec son travail. Il ne peut pas en être autrement, car pour le psychisme le biologique joue véritablement le rôle du roc d'origine sous-jacent* ». (Extrait de Francis Drossart, *Malaise dans la sculpture*, Topique, 2008, 104, 67-72).

### La prima materia Hélène Jousse

Transformer la *prima materia* en partant ou du trop plein ou du trop vide. La taille : partir du plein, du trop plein ou attaquer la matière dans un geste définitif pour en révéler le cœur. Le bloc de matière brute sorti de la carrière ou de l'arbre arrive au sculpteur qui, par retraits successifs, et par le biais d'outils doit donner corps à la forme vers laquelle il tend. La taille directe est une attaque violente, mais surtout définitive qui représente une lutte physique et exige une maîtrise parfaite. Elle ne permet aucun droit à l'erreur, tout morceau retiré du bloc l'est à jamais (pas de remord possible comme c'est le cas pour la terre). Il faut « voir » qui est en trop, ce qui cache la sculpture enfouie sous la pierre et savoir retirer ce trop là mais pas d'avantage, pour révéler la forme.

Il n'est pas étonnant qu'elle ait été la technique privilégiée de Michel-Ange, satisfaisant, à la fois, l'exigence de maîtrise qu'il s'imposait à lui-même et son aspiration à réaliser des œuvres à la fois titanesques et parfaites. Michel-Ange aimait se battre avec la matière, se mesurer à elle et la soumettre à la forme qu'il avait choisie pour elle.

Dominer la pierre, c'est un peu l'illusion de dominer la nature, la création divine. Serait-ce se mesurer à Dieu ? Pour le moins, c'est conquérir sa liberté. Michel-Ange ne pouvait se satisfaire que d'un combat avec la pierre ou le marbre. « *Je me sens le courage de faire de cette œuvre (...) tant en architecture qu'en sculpture, le miroir de toute l'Italie* », dit-il à propos de l'entreprise cyclopéenne que représente la façade de l'église San Lorenzo. Le sculpteur est avant tout un bâtisseur. La matière dure offre aussi cette particularité de perdurer intacte au cours du temps, gage

d'immortalité pour son auteur.

Le modelage : ajouter la matière à la matière, partir du vide et remplir.

La peau est en contact direct avec la terre humide sans médiation d'outils. C'est une construction plus sensuelle qui nécessite de partir du vide et, cela étant, d'accepter ce vide afin, par ajouts successifs, de donner une forme et une tenue à une matière molle et malléable. Dans un cas, il s'agit d'assouplir la rigidité de la pierre pour procurer une illusion de mouvement à ce qui n'est que statique, dans l'autre, il s'agit de « monter » la sculpture, de donner l'impression d'une colonne vertébrale, d'un squelette qui « tient » le tout, là où il n'y a rien, au départ. Ce type de travail convient parfaitement à certains tempéraments qui ont besoin de « *pétrir* », de « *donner chair* ».

Modeler, c'est remplir l'espace vide de chair, alors que, tailler, c'est dévider le plein pour trouver en son noyau la forme vivante. Rodin excellait dans cette aptitude à faire vibrer la matière-terre grâce à son modelé. Il parlait d'ailleurs de science du modelé : « *je m'efforçais de faire sentir dans chaque renflement du torse ou des membres l'affleurement d'un muscle ou d'un os qui se développait en profondeur sous la peau* ». Il aimait cette illusion. Sa sensualité exacerbée guidait ses mains qui sculptaient le corps. Se penchant sur une sculpture « *comme s'il en eût été amoureux* », rapporte le témoin Paul Gsell, il dit « *C'est de la vraie chair (...) on la croirait pétrie sous les baisers et les caresses !* », puis mettant la main à plat sur la hanche de la statue, il ajouta « *on s'attendrait presque en tâtant le torse à le trouver chaud* ».

Rodin cherche la chair partout. Il dénude. Il fusionne. Il tente d'abolir la distance entre lui et le corps de l'autre. Les représentations d'un Balzac ou d'un Victor Hugo, pourtant commandes officielles, seront livrées nues, non pour être désacralisées mais bien au contraire devenir emblématiques de notre incarnation sublimée.

Modeler la terre humide, c'est aussi revenir aux jeux des enfants qui pétrissent la boue, l'écrasent dans leurs mains, la font couler... Jeux sans fin qui nourrissent un plaisir qui n'est pas sans rapport avec la pulsion anale.

Le contact avec la terre *prima materia*, satisfait donc à plusieurs titres une tendance régressive. Chaque sculpteur, selon sa personnalité, ira instinctivement vers tel ou tel matériau. Rien d'étonnant qu'un Giacometti, hanté par les squelettes, ait privilégié le plâtre qu'il ajoutait avec parcimonie sur des fils de fer, qui jouaient le rôle du sque-

lette souvent à peine recouvert. Pour lui, les femmes ne sont pas de chair mais d'os. La forme qu'il cherche, poussée à son extrême, c'est le fil. Là où Rodin ôte les vêtements, il ôte la chair elle-même. (Extrait de Hélène Jousse, *Spécificité des processus psychiques en œuvre chez le sculpteur*, Topique, 2008, 104, 73-100).

### La phobie du toucher Eric Toubiana

Le rapport au toucher fait l'essence de la sculpture. Il y a d'abord et bien sûr le toucher du sculpteur. Celui qui contemple la sculpture ne peut que difficilement contenir le désir de la toucher, de la palper, d'établir une relation tactile entre lui et l'objet. Celui qui touche est, lui-même, le touché de ce qu'il effleure. Dans un bref article signé de Luc Cartier et de Jacques Roux (*Psychobiographie - Auguste Rodin* sur [www.psychanalysemagazine.com](http://www.psychanalysemagazine.com)), l'internaute peut apprendre que la mère de Rodin, Marie Cheffer, possédait une force de caractère certaine mais était aussi dotée d'un symptôme assez particulier pour la mère d'un enfant qui, sa vie durant, ne cessera de modeler la glaise et de polir le marbre : Marie Cheffer présentait une phobie du toucher... Singulière coïncidence qui n'est pas le propos de notre approche mais qui mérite cependant d'être signalée tant elle peut servir d'éclairage et de point de liaison entre les différents aspects de la puissance créatrice de Rodin. Rodin fut, après bien sûr avoir connu gloire et célébrité, souvent qualifié de génie. Le génie est celui qui se démarque de ses repères identitaires. Rodin n'aimait pas parler de son père, un modeste employé administratif de la préfecture de police de Paris. Il évitait aussi d'évoquer les particularités de sa mère et l'atmosphère pesante et étriquée régnant dans le foyer familial durant ses premières années passées dans un bien modeste appartement de la rue de l'Arbalète, dans le Ve arrondissement de Paris. Auguste était profondément attaché à Maria, sa sœur aînée d'une année avec qui il partageait ses jeux. Rodin était un enfant taciturne, ne s'intéressant pas à ses études mais plutôt à ses dessins. Il a 22 ans lorsque Maria meurt après un épisode sévère de mélancolie due à une rupture sentimentale. Rodin, gravement déprimé à son tour, veut alors entrer dans les ordres. Il est admis au cloître et là, un religieux, le Père Eymard le dissuade d'asseoir sa décision et l'encourage à se consacrer à son talent pour le dessin et le modelage... Il n'est pas utile ici de s'attarder longuement sur la biographie de Rodin. L'enfant qu'il eut peu après être sorti de

ce cloître (mais ne reconnut jamais), ses amours avec Camille Claudel, sa soif jamais étanchée de conquêtes amoureuses, son mariage tardif avec Rose Beuret le 29 Janvier 1917. Rose, qu'il connut lorsqu'elle avait 20 ans – il en avait 24 –, resta sa fidèle compagne tout au long de sa vie et mourra quelques semaines après ce mariage, le 14 février, le précédant de peu. L'analyse de la biographie de Rodin pour éclairante qu'elle soit n'est pas matière à ce propos, même si un détail mérite encore d'être cité : Rodin se fit de plus en plus renfermé sur lui-même et resta taciturne, froid et distant. Ses principales créations d'alors furent des dessins érotiques, des nus de femmes, principalement des nus de femmes... Rodin était un homme du tactile. Rodin était un homme du sensoriel. Ce serait céder à une facilité interprétative de supposer que Rodin n'avait de cesse de rechercher l'objet manquant. Rodin aimait les femmes. Rodin aimait voir, sculpter, aimer. Ses dessins et ses aquarelles érotiques montrent des femmes abandonnées, cuisses écartées, vulves offertes au regard. Il était un grand anatomiste doué d'une mémoire exemplaire ; il n'avait besoin d'aucun modèle pour dessiner et peindre. Rodin se souvenait de ces corps et de ces postures lascives. Le sexe de la femme est pour Rodin en même temps qu'un objet de contemplation, une zone d'ombre qu'il savait traduire d'un coup de pinceau d'aquarelle plus sombre que de nature. La plupart des sculptures de Rodin sont pudiques malgré la nudité exposée. Il disait que la sculpture n'était qu'un dessin vu de tous les angles mais il osait, par le dessin, choisir les angles d'approches les plus précisément intrusifs. (Extrait de Eric Toubiana, *L'Homme qui marche, Freud entre Rodin et Giacometti*, Topique, 2008, 104, 109-126).

### L'inachèvement chez Camille Claudel Silke Schauder

*Femme lisant une lettre*, oeuvre de Camille Claudel, nous montre le dispositif même de la sculpture : des drapés mi-soulevés, mi-baissés délimitent la scène et en voilent entièrement la vue de dos. Ils évoquent des linges mouillés qui jouent un rôle essentiel dans la conservation et l'humidification d'un plâtre en cours. D'une séance à l'autre, ces linges assurent la reprise possible du travail et s'adaptent continuellement à l'évolution du projet. Afin que le sculpteur puisse reprendre son travail là où il l'a laissé, il faut que le plâtre reste suffisamment humide pour que de nouveaux rajouts puissent prendre. En même temps, il ne faut pas non plus trop d'humidité pour conserver la stabilité des formes déjà dégagées.

A travers ces drapés, que nous donne à voir Camille Claudel ? On aurait pu trouver très moderne son choix d'intégrer ces drapés, comme marquant une oeuvre en train de se faire. Mais ces drapés ont une toute autre fonction : ils se ferment sur une création qui ne se fera plus. Des draps tombent comme des linceuls sur l'intérieur d'une femme étouffée, séquestrée – ils arrêtent un monde tant interne qu'externe, un univers figé, minéralisé, sidéral. Les drapés montrent non un *work in progress*, mais un *work in regress* qui recule, s'enlise, ne progressera plus : les voiles sont ceux de l'illusion qu'il est interdit de lever. Non, les linges mouillés ne protègent pas un plâtre en cours, ils cachent un projet que l'artiste craint de ne pouvoir commencer. Tels des suaires, ces linges masquent la béance d'une oeuvre devenue impossible.

Si la sculpture est définie avant tout par son rapport singulier à l'espace, aux pleins, aux vides et aux passages entre eux pour y inscrire un mouvement, *Femme lisant une lettre* interrompt cette circulation heureuse, puissante, qui a caractérisé auparavant les œuvres de

### Comment être psychanalyste d'enfants

Hélène Brunschwig

Erès

Les éditions Erès publient quelques articles d'Hélène Brunschwig, psychanalyste d'enfants. Ces textes témoignent d'un parcours soignant montrant une pensée au travail dans la prise en charge toujours délicate des jeunes enfants et des nourrissons en difficulté avec leurs mères. Le mot mère doit d'ailleurs, à cet âge de la vie, être compris comme le support bionien permettant la transformation d'impensés en éléments alpha assimilables par le psyché du nourrisson. L'ensemble de ces articles est très vivant, restant très actuel, très « *nourrissant* » pour tous ceux qui ont à prendre en charge des troubles précoces du lien parent-enfant.

A. Frottin

Camille Claudel. La femme est assise dans une grotte, une sorte de coquille qui va se refermer sur elle et son espace cloître. La facture de la sculpture traduit le même empêchement – le plâtre est presque laissé à l'état brut, des boulettes restent non érasées, des tas de matière brute s'empilent, des pans entiers de la sculpture sont à l'abandon. Prise dans la gangue de la mélancolie, l'artiste a lutté avec la matière dans *Femme lisant une lettre*, sans pouvoir encore en organiser la forme : la représentation peine à se détacher de l'informe qui, dans son aspect mortifère, célèbre ici une triste victoire. Empêchement, engluement, ensevelissement – la négativité de ces processus annonce la rage avec laquelle Camille Claudel va détruire ses œuvres à partir de 1905, l'équilibre entre les pulsions de vie et de mort étant définitivement rompu.

*Femme lisant une lettre* nous permet d'aborder une question essentielle tant en art qu'en psychanalyse : quand une oeuvre est-elle commencée ? Et quand est-elle finie ? Ne pas finir l'oeuvre ne veut pas dire qu'elle n'est pas achevée, ne pas pouvoir terminer une oeuvre est parfois le signe que l'artiste n'a pas pu la commencer. *Femme lisant une lettre* serait de celles-là, cette sculpture est terminée avant que Camille Claudel n'ait pu la commencer. Véritable manifeste de la mort de la sculpture, elle signe l'impuissance de l'artiste à imprimer son projet dans la matière qui lui résiste, se dérobe, s'évanouit. Paradoxalement, la matière dans cette sculpture semble à la fois se liquéfier et se pétrifier, les deux processus s'attaquant, par les deux extrêmes, à la forme qui n'est plus maîtrisée par l'artiste. (Extrait de Silke Schauder, *Figures de l'inachèvement, Notes sur quelques sculptures de Michel-Ange et de Camille Claudel*, Topique, 2008, 104, 173-190). ■

© L'Esprit du Temps, 2008. (Le texte complet de ces cinq extraits se trouve dans le volume 104 de la revue *Topique*, disponible en librairies ou sur le site [www.lespritdutemps.com](http://www.lespritdutemps.com))

### Visite de l'exposition Rodin-Freud

Musée Rodin, 79 rue de Varenne, Paris 7ème.

Organisée par le site [www.oedipe.org](http://www.oedipe.org)  
Une exceptionnelle visite commentée par Bénédicte Garnier, commissaire de l'exposition, est prévue le samedi 24 janvier 2009 à 17 h.

Inscription à adresser par chèque (30 €) à « *Association Eclipe sur Internet* », 6 rue Mizon, 75015 Paris, en précisant votre adresse e-mail.

## PSYCHANALYSE ET SCULPTURE

Journée organisée par la revue *Topique*

**Samedi 31 janvier 2009**

**11h : visite de l'exposition *La passion à l'œuvre. Freud et Rodin collectionneurs***  
au Musée Rodin, 79 rue de Varenne, Paris 7ème.

12h30 : déjeuner libre

**14 h : colloque *Psychanalyse et sculpture***

Musée de la Halle Saint Pierre, 2 rue Ronsard, Paris 18ème.  
avec Sophie de Mijolla-Mellor, Hélène Jousse, Silke Schauder, Laurent le Vaguerèse, Fernando Bayro-Corrochano, Francis Drossart et Eric Toubiana.  
Présenté par Philippe Brenot.

**17h : visite de l'exposition *Fred Deux - Cécile Reims***, graveurs et sculpteurs  
ainsi que des œuvres de Michaux, Brauner, Ernst, Sima, Matta, Pons...  
Musée de la Halle Saint Pierre.

**18h30** : fin de la journée

Inscriptions (35 € comprenant l'entrée aux 2 expos + l'entrée au colloque + 1 ex. de la revue *Topique* 104, *Psychanalyse et sculpture*) par chèque libellé à l'ordre des Editions L'Esprit du Temps, BP 107, 33491-Le Bouscat Cedex (renseignements : 05 56 02 84 19, le matin).

Les inscriptions sont limitées à 80 auditeurs.

Les horaires de cette journée ont été aménagés pour permettre aux collègues de province de bénéficier de l'ensemble de la journée.

## LIVRES

## Prof toi-même

Serge Poignant  
Actes Sud

Infirmier, puis éducateur spécialisé depuis 1978 à l'hôpital de Maison-Blanche, élève d'Yves Racine, Serge Poignant a soutenu en 1987 une thèse de doctorat en sciences humaines intitulée *Ethnologie d'une population juvénile*. Il a publié en 1992 chez L'Harmattan, *La Baston ou les Adolescents de la rue*. Comme le premier ouvrage, *Prof toi-même* se présente comme une suite de petites vignettes, écrites d'un même style alerte et agréable. Le récit rend compte d'une expérience originale, inspirée des groupes Balint (groupe de soutien au soutien), qui s'est déroulée pendant une dizaine d'années en milieu scolaire difficile. Acteur engagé, attentif et modeste, Serge écoute, observe et décrit, avec sincérité, bon sens et finesse. Les psys n'ont pas réponse à tout... et tout comme aider au travail de deuil ne fait pas revenir l'être ou l'objet perdu, le travail d'analyse de la pratique avec les enseignants en souffrance ne restaure pas la paix, ni ne fait retrouver l'harmonie d'un âge d'or improbable. Entre fascination devant la transgression, l'insoumission, et compassion, empathie réciproque, à la recherche des Absents de l'Intérieur...

M. Caire

## Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant

Michèle Mazeau  
Masson, 2<sup>e</sup> édition

La pédopsychiatrie ancre ses références théoriques dans une dimension psychodynamique et sociale, et dans un substrat neurologique. Le bilan neuropsychologique doit être un outil connu et utilisable par tout praticien. Ce véritable petit traité de neuropsychologie infantile envisage les différents troubles : dysphasies, dyspraxies, troubles mnésiques, troubles attentionnels et de l'apprentissage, et décrit les différentes épreuves permettant de les mettre en évidence, car cette séméiologie peut être masquée par d'autres manifestations à type de caractéropathie ou d'inhibition. Bien évidemment, le syndrome mis en évidence doit ensuite être replacé dans le cadre de l'économie psychique du sujet; on assiste souvent en effet à la mise en place de causalités circulaires pathologiques et la prise en charge vise, en premier lieu, à dénouer ces interactions. Cet ouvrage doit être considéré comme une base de données, interrogeable en fonction des besoins. Sa présence est indispensable dans la bibliothèque de tout lieu de soin prenant en charge des jeunes enfants. Tout praticien en santé mentale, s'occupant d'enfants, d'adolescents, et même de jeunes adultes le consultera avec profit.

A. Frotin

## L'adolescent difficile et ses parents

Kati Varga  
Préface de Rémy Puyuelo  
In Press, 22 €

Kati Varga est psychanalyste, membre titulaire de la Société Psychanalytique de Paris, chargée de cours à la faculté de médecine Toulouse-Rangueil, et l'auteur de l'ouvrage *L'adolescent violent et sa famille*, Payot Rivages, 2002. A travers dix cas cliniques d'adolescents difficiles, elle montre comment la parole des parents en thérapie peut dénouer une situation familiale qui paraissait inextricable. Son livre est nourri de références théoriques et s'appuie sur une écoute et une pratique clinique ouverte.

éléments qui concourt à la réussite de ceux-ci ; (2) la mauvaise observance au traitement est un problème fréquent en psychiatrie comme dans les autres spécialités médicales ; on peut faire l'hypothèse que les APAP pourraient, du coup, améliorer le pronostic à moyen terme.

En l'absence d'études spécifiques sur les APAP chez l'enfant et l'adolescent, nous nous proposons dans cet article d'examiner cette hypothèse au plan théorique, afin de discuter l'opportunité de promouvoir la mise en route de telles études.

## L'alliance thérapeutique à l'adolescence : cas particulier de la schizophrénie à début précoce

L'analyse de la littérature montre que plusieurs concepts sont proposés : compliance, observance, adhésion aux soins, alliance thérapeutique. Certains auteurs, dans une simplification pragmatique, tendent à assimiler ces différents concepts. Nous préférons les distinguer et retenir les définitions suivantes. L'observance correspond au respect strict des prescriptions médicales et le mot incite à mettre l'accent, avant tout, sur le respect d'une consigne, d'une règle ou d'une prescription. A l'extrême, ces consignes sont vidées de toute subjectivité. La compliance qui, en principe, a la même signification, puisqu'il s'agit de l'utilisation en français d'un terme anglais, possède du fait d'une racine linguistique très différente (se plier) une valeur beaucoup plus relationnelle. Se plier aux exigences du médecin insiste donc sur le contenu, mais aussi sur la volonté de l'autre qui s'y révèle. Enfin, le terme d'adhésion met l'accent sur la volonté propre du sujet, sur sa démarche active et donc, finalement, sur son choix subjectif qui est assumé. Le terme d'adhésion insiste sur la position de sujet du patient. Dans le champ de la relation médecin/malade, on voit bien le parallèle qui existe entre les trois niveaux d'enjeux différents renvoyés par les trois termes d'observance, de compliance et d'adhésion. On les retrouve quand, au niveau de notre pratique, on est passé du paternalisme hippocratique au partenariat et à l'information libre et autonome du patient, au lendemain du procès de Nuremberg. Pour notre part, nous préférons le terme d'alliance thérapeutique car il insiste sur les deux polarités de cette relation et traduit mieux la dialectique transférentielle de celle-ci (5). C'est un facteur clef dans la prise en charge thérapeutique en psychiatrie comme dans les autres spécialités médicales.

A l'adolescence, les déterminants de l'alliance thérapeutique sont multiples. On distingue volontiers les facteurs familiaux, les facteurs liés au patient et à son style et d'autres facteurs liés à la maladie, à la perception de celle-ci et aux traitements prescrits. Les adolescents souffrant de SDP sont très à risque de mauvaise observance. Mais il serait tout à fait exagéré de dire qu'à l'adolescence, on se trouve systématiquement dans le registre de la déraison, de l'opposition et donc, prédisposé aux difficultés de compliance. De la même façon, dire qu'il faut traiter l'adolescent comme un adulte et ne plus tenir compte de son entourage, le serait tout autant. Il importe donc, d'être prudent et de ne pas faire de généralisations qui ont une connotation péjorative et peuvent parfois aboutir à des contre-attitudes. C'est en se plaçant dans une perspective développementale que l'on va pouvoir aborder, au plus près de la clinique, la question de la compliance chez l'adolescent (5).

Les déterminants de l'observance sont assez bien délimités et ils sont à peu près les identiques chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte. Ils sont cependant très nombreux, ce qui rend l'analyse

## Les antipsychotiques à libération prolongée (APAP) ont-ils un intérêt dans la schizophrénie à début précoce ?

des situations individuelles très complexe, et la part respective de chacun de ces déterminants reste difficile à analyser de manière globale. On trouve des facteurs familiaux, des facteurs socio-démographiques, des déterminants liés au patient, d'autres liés à la relation de soins et enfin des déterminants liés à la maladie, à sa perception et au traitement prescrit. En ce qui concerne les facteurs liés à la maladie, on notera l'extrême dépendance aux proches, ce qui est souvent le cas chez les adolescents présentant des pathologies psychiatriques sévères comme les troubles schizophréniques, bipolaires et les personnalités limites. Dans le cas particulier de la SDP, il est indispensable de distinguer la période aiguë, qui peut s'accompagner d'un déni complet des troubles, de la période de symptomatologie résiduelle, quelle qu'en soit la sévérité, pendant laquelle les soins sont, dans la grande majorité des cas, ambulatoires.

Chez l'adolescent suivi pour SDP, et pendant la phase aiguë, il est toujours possible de s'appuyer sur l'autorité parentale pour accéder à une situation de contrainte aux soins, mais la pérennité du suivi et des soins reste aléatoire et ne pourra advenir que s'il s'ins-

chez les adolescents psychotiques sous neuroleptiques (6).

## Antipsychotiques typiques vs antipsychotiques atypiques dans la schizophrénie à début précoce

## L'efficacité

En matière de SDP, peu d'études se sont intéressées aux particularités de la prise en charge de ces patients et, encore moins, en matière de prescription médicale. Bien que les antipsychotiques constituent le traitement de choix dans la SDP (7), le choix de la molécule reste peu codifié et cela est d'autant plus problématique plus que les aspects neuro-développementaux doivent être pris en considération (8). Entre les antipsychotiques classiques d'une part et les atypiques d'autre part, le choix semble aléatoire même si la plupart des collègues respectent les recommandations formulées pour les conférences ad hoc. Une méta-analyse récente s'est intéressée aux différentes études concernant la prescription des

gère que la clozapine tend à être plus efficace que l'olanzapine dans les formes résistantes de la SDP (10).

## Les effets secondaires

Les effets secondaires des neuroleptiques sont décrits depuis l'apparition des premières études et sont bien connus. Mais l'existence de particularités liées à l'âge est sous-estimée en l'absence d'étude spécifique. Concernant la SDP, très peu d'études se sont intéressées aux particularités des effets secondaires observés avec les différentes classes d'antipsychotiques. Dans la méta-analyse citée plus haut (9), les antipsychotiques atypiques apparaissent plus sédatifs et semblent avoir plus d'effets métaboliques surtout en matière de prise de poids. Par ailleurs, cette méta-analyse ne retrouve pas de différence significative entre les deux classes d'antipsychotiques (classiques vs atypiques) concernant les effets secondaires extrapyramidaux (tremblements, syndrome Parkinsonien, akathisie et dyskinésies) alors que la plupart des études chez l'adulte montrent que les antipsychotiques atypiques donnent moins d'effets extrapyramidaux. Ce résultat est probablement discutable car les études sur les antipsychotiques

Tableau 1 : Revue des études d'efficacité et de tolérance des APAP dans la schizophrénie de l'adulte et dans les premiers épisodes psychotiques

Auteur, année	N, %M	Age	Dose	Design de l'étude	Critères de mesure	Répondeur*
Parellada et al, 2005 (16)	382 69%	29 (17-45)	51% : 25 mg 25% : 37,5 mg 24% : 50 mg	Essai ouvert multicentrique 6 mois	PANSS CGI-S, GAF SF36, ESRS	15% à 1 mois 40% à 6 mois
Emsley et al, 2006 (17)	51 65%	25,3 (15-43)	96% : 25 mg Max : 50 mg	Essai ouvert multicentrique 12 mois	PANSS CGI-S ESRS	40% à 3 mois 82% à 12 mois
Fleischhauer et al, 2003 (18)	615 69%	42 (18-84)	19% : 25 mg 37% : 37,5 mg 44% : 50 mg	Essai ouvert multicentrique 12 mois	PANSS CGI-S ESRS	29% à 3 mois 49% à 12 mois
Lasser et al, 2007 (19)	66 64%	23,3 (18-30)	35% : 25 mg 65% : 50 mg	Même étude que Fleischhauer et al, mais analyse des plus jeunes	PANSS CGI-S	Amélioration progressive 64% à 12 mois

M = mâle ; CGI-S = Clinical Global Impression-Severity Scale ; PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale ; GAF = Global Assessment of Functioning ; SF36 = Assessment of quality of life ; ESRS = Extrapyramidal Symptoms Rating Scale.

\*La définition des répondeurs est établie à partir de l'échelle en gras dans la colonne « critères de mesure ».

taure une relation thérapeutique authentique avec l'adolescent. La perception qu'ont les adolescents de leur pathologie (hallucinations, croyances délirantes, épisodes dissociatifs), intervient également dans la compliance. Si la connaissance de la conduite du traitement n'est pas forcément associée à la compliance, il semble que les perceptions personnelles du sujet et ses croyances influencent fortement celle-ci.

Concernant les facteurs liés aux traitements, ils sont bien connus et similaires à ceux retrouvés chez l'adulte. On note la perception subjective de l'efficacité du traitement ainsi que son anticipation quant aux effets secondaires. Le nombre de médicaments à prendre chaque jour (s'il est supérieur à trois), le nombre de prises médicamenteuses ainsi que les effets secondaires liés aux molécules prescrites interfèrent, souvent négativement, avec la compliance. On note particulièrement l'impact négatif des dyskinésies, du sentiment de « camisole chimique » au plan du senti corporel et de la prise de poids

neuroleptiques depuis leur apparition dans les années soixante. Cette méta-analyse a comparé les molécules classiques versus les atypiques chez de jeunes patients âgés de 5 à 18 ans suivis pour SDP (9). Les auteurs ont colligés 15 essais seulement ayant inclus de jeunes patients souffrant de SDP. Au total, 205 patients ont reçu un antipsychotique classique contre 85 un antipsychotique atypique. Parmi ces 15 études, 7 proposaient un design avec groupe de comparaison et double aveugle, dont seulement 2 un bras placebo. Cette méta-analyse montre qu'en terme d'efficacité, les antipsychotiques classiques semblent être plus efficaces que les atypiques puisque les auteurs retrouvent respectivement un taux moyen de réponse de 72% versus 56%, soit un effect size de 0,36 en faveur des molécules typiques. Cela dit, cette méta-analyse n'a pas pris en compte un essai réalisé dans la SDP résistantes du fait de sa publication toute récente. Financé par le National Institute of Health, cet essai, malgré de petits effectifs (25 sujets au total) sug-

tiques sont le plus souvent anciennes (11 études sur 12 réalisées avant 1984) et n'ont probablement pas aussi systématiquement recherché et recueilli les effets indésirables. Du reste, dans une étude naturaliste portant sur 76 adolescents traités par antipsychotique pour SDP, Gebhardt et al (11) ont retrouvé que les patients traités par antipsychotiques classiques présentaient, significativement, plus de signes extrapyramidaux que ceux traités par antipsychotiques atypiques. Pour ce qui concerne l'étude des effets secondaires, une exception notable est à souligner : la risperidone. Cette molécule a fait l'objet de nombreuses études contrôlées randomisées chez l'enfant dans les troubles du comportement associés au retard mental (4 études) ou aux troubles envahissants du développement (5 études) ayant conduit à une AMM dans cette indication. Enfin, 3 autres études ont été conduites dans le syndrome de Gilles de la Tourette (12). Le profil des effets secondaires de la risperidone est, du coup, beaucoup mieux documenté chez l'enfant et

l'adolescent. Parmi ces principaux effets, on peut citer une sédation souvent transitoire (30-50%), des effets extrapyramidaux (0-18%), une prise de poids (1,8-2,7 kg à 2 mois ; 4,2-5,7 kg à 6 mois), une augmentation de l'appétit (10-15%), et une augmentation de la prolactine (12).

Il est possible que le sujet jeune soit particulièrement à risque d'effets secondaires métaboliques des antipsychotiques atypiques. Il est, d'autre part, probable que les antipsychotiques atypiques ne soient pas équivalents de ce point de vue. Dans une étude contrôlée en double aveugle comparant rispéridone (N=19), olanzapine (N=16) et halopéridol (N=15) chez des adolescents présentant un trouble psychotique, les auteurs retrouvent à huit semaines une prise moyenne de poids de 7,1 kg avec l'olanzapine, 4,9 kg avec la rispéridone et 3,5 kg avec l'halopéridol ( $p < 0,005$ ) (13).

## Intérêt des APAP dans la schizophrénie à début précoce

Les stratégies de prise en charge de la schizophrénie ont pour objectif de traiter l'épisode aigu mais également d'améliorer le fonctionnement psychosocial et la qualité de vie des patients, d'obtenir leur rémission et de prévenir une éventuelle rechute (8). La prévention de la rechute dépend, pour une grande part, de la compliance des patients. Celle-ci est souvent partielle avec les antipsychotiques administrés par voie orale. Les neuroleptiques d'action prolongée (NAP), sont apparus dans les années 60, dans l'objectif de simplifier les médications et de lutter contre les problèmes de compliance des patients. Cependant, l'avènement d'une telle classe thérapeutique n'a pas permis de dépasser les difficultés de prise en charge des schizophrénies, en particulier du fait de leur profil d'effets secondaires. L'apparition des antipsychotiques de seconde génération, au début des années 90, a beaucoup modifié la perception de la prise en charge et ils sont aujourd'hui les traitements de première intention.

Dans la schizophrénie à début précoce, il paraît très légitime de s'intéresser aux APAP et de discuter leur intérêt chez les jeunes schizophrènes. Actuellement, la rispéridone est le premier antipsychotique atypique disposant d'une forme à libération prolongée, le Risperdal Consta LP. La molécule est intégrée dans des microsphères constituées d'une matrice de copolymères (acide glycolique/acide lactique) dont la biodégradation lente libère progressivement la rispéridone. A la différence des neuroleptiques classiques à action prolongée, la rispéridone n'ayant pas de groupement hydroxyle pour une estérification, la poudre pour suspension injectable est administrée par voie intramusculaire dans un solvant aqueux. Après injection intra-musculaire, les microsphères subissent d'abord une phase d'hydratation de trois semaines in situ puis une hydrolyse progressive qui est à l'origine de la libération contrôlée du principe actif sur une période prolongée. Les produits de dégradation du copolymère sont du dioxyde de carbone et de l'eau (14, 15).

Les études menées auprès de jeunes adultes schizophrènes ou de patients ayant présenté un premier épisode psychotique, ont montré le grand intérêt des APAP (Tableau 1). Les APAP sont aussi efficaces que les autres formes sur les signes positifs de la maladie avec moins d'effets indésirables métaboliques et extrapyramidaux. La couverture antipsychotique est fiable du fait des taux plasmatiques stables et d'une meilleure biodisponibilité. De plus, le traitement d'action prolongée évite le risque de surdosage. L'amélioration de la biodisponibilité permet une réduction de la dose administrée. Par ailleurs, les

études soulignent également l'amélioration de l'observance avec cette classe thérapeutique. Dans le cas d'un premier épisode psychotique chez les jeunes adultes, certains auteurs avancent que les APAP permettaient, en outre, une meilleure intégration socio-professionnelle au long cours du fait de la préservation des capacités cognitives. Ainsi, les APAP semblent améliorer particulièrement l'observance et permettent une meilleure prise en charge des jeunes adultes psychotiques (20, 21, 22).

## Illustrations cliniques

En matière de schizophrénie à début précoce et en l'absence de travaux publiés concernant l'intérêt des APAP chez les adolescents, nous proposons d'illustrer la possible place de cette classe thérapeutique dans la SDP à partir de deux observations cliniques tirées de notre pratique récente.

### Observation n° 1

SH âgé de 17 ans, a été hospitalisé pour un épisode délirant avec adhésion intense et retentissement comportemental important. Dans ses antécédents personnels, on note une précédente hospitalisation d'une semaine, trois ans auparavant, pour un premier épisode délirant aigu à thématiques multiples (ensorcellement, persécution et influence) et à mécanisme hallucinatoire. Ce tableau était associé à une angoisse massive et une culpabilité importante. Un traitement par rispéridone est initié mais l'ambivalence de la mère à l'égard des soins l'a conduite à demander au bout d'une semaine la sortie de son fils contre avis médical conduisant à une mesure d'investigation éducative en milieu ouvert. On retrouve dans les antécédents familiaux, une dépression chez la grand-mère maternelle et un oncle maternel suivi pour une schizophrénie, actuellement stabilisé sous olanzapine. Les parents de SH sont séparés depuis qu'il a l'âge de 10 ans. Suite à cette séparation décrite comme étant très douloureuse pour cet adolescent, une prise en charge psychologique a été alors initiée. Sur le plan développemental, les acquisitions de SH sont bonnes. La scolarité est marquée par un fléchissement net à l'entrée en 6ème.

A son admission dans le service, SH présente une production délirante riche et polymorphe à mécanisme hallucinatoire, une angoisse massive, des troubles du comportement avec une composante d'excitation et d'exaltation de l'humeur. Un traitement associant halopéridol (15mg/j) et Rivotril (4mg/j) est instauré. L'évolution est lente. Le délire est durable et résiste à ce traitement. Par ailleurs, SH présente d'importants effets indésirables extrapyramidaux. Il présente une rigidité marquée, une akinésie et une difficulté majeure à écrire. Devant ces effets invalidants, un relais par la rispéridone à la dose de 6mg/j est alors initié. L'évolution est favorable avec une nette amélioration des effets secondaires. Lors de cette deuxième hospitalisation, la maman informée sur le diagnostic de son enfant comprend mieux la nécessité de soin et l'accepte.

Par contre, l'adolescent présente une grande ambivalence par rapport à son traitement expliquant son souhait de l'arrêter au plus vite. Avant sa sortie, devant cette mauvaise observance déclarée et le risque de rechute, SH accepte un traitement à base de Risperdal Consta (50 mg/15 jours). L'évolution sera marquée par une amélioration de l'observance permettant une très bonne stabilisation clinique avec une meilleure insertion socio-professionnelle. Après quatre ans de suivi, il termine un Bac professionnel et a pu entretenir une relation amoureuse pendant plusieurs mois.

### Observation n°2

BF âgé de 16 ans, a été hospitalisé à cinq reprises. Chaque hospitalisation a été motivée par des troubles du comportement et une activité délirante polymorphe. Depuis l'âge de quatre ans, BF est suivi au CMP pour des troubles du comportement faisant évoquer rapidement un diagnostic de schizophrénie à début précoce. BF est un enfant unique et il vit seul avec sa mère, son père s'étant séparé de sa femme pendant sa grossesse. Son développement a été principalement marqué par un retard d'acquisitions du langage, une angoisse de séparation et une énurésie primaire. Depuis le jeune âge, le suivi a été marqué par une certaine ambivalence de la mère par rapport à la prise en charge de son fils au cours des premières hospitalisations. Cette dernière reconnaît progressivement la nécessité des soins, mais n'arrive pas à avoir une autorité sur son fils pour lui faire prendre régulièrement son traitement. D'autre part, la maman travaillant de nuit, ne partage pas le rythme de son enfant ce qui la rend encore plus démunie quant à la gestion des difficultés de son fils.

Sur le plan thérapeutique, malgré la gravité du tableau clinique dont l'étiologie reste indéterminée malgré de nombreuses investigations génétiques et neuro-pédiatriques, nous avons constaté à chaque hospitalisation les bénéfices d'un traitement neuroleptique oral. Devant le nombre de rechutes et la difficulté de maintenir la continuité du traitement que la maman seule n'arrive pas à assumer malgré son alliance aux soins, un traitement par Risperdal Consta a été instauré lors de sa dernière hospitalisation il y a trois ans. Depuis, il n'a plus été nécessaire de l'hospitaliser. L'observance est bonne et l'on note une relative stabilité de la symptomatologie lui permettant de s'inscrire avec une relative autonomie dans un projet d'hôpital de jour.

## Conclusion

Les traitements neuroleptiques d'action prolongée ont été développés pour réduire les risques de rechutes. Ils ont présenté une avancée importante dans la prise en charge des patients au long cours. Par rapport aux neuroleptiques conventionnels d'action prolongée, les APAP, présentent l'avantage de mieux préserver les fonctions cognitives et d'assurer une meilleure insertion sociale. Ces avantages concourent à une meilleure alliance thérapeutique. Les études réalisées auprès des adultes jeunes suivis pour une schizophrénie suggèrent que les APAP constituent une alternative thérapeutique permettant la stabilisation des troubles avec moins d'effets secondaires et une meilleure observance. A partir de notre pratique et de quelques observations sentinelles, ils semblent que les adolescents qui débütent une schizophrénie puissent également constituer une bonne indication des APAP du fait de leur profil clinique particulier. Pour autant, en l'absence d'étude spécifique prospective dans la schizophrénie à début précoce, toute conclusion hâtive serait prématurée. ■

**Sonia Mghaieth, Olivier Bonnot, David Cohen**

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Université Pierre et Marie Curie, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière

## Bibliographie

- (1) BONNOT O, MAZET Ph, *Vulnérabilité aux schizophrénies à l'adolescence : revue de la littérature et applications cliniques*, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2006, 54, 92-100.
- (2) RAPOPORT JL, INOFF-GERMAIN G, *Update on childhood-onset schizophrenia*, Curr Psychiatry Rep 2000, 2, 5, 410-5.

(3) PULVER AE, LIANG KY, BROWN CH, WOLYNIEC P, MCGRATH J, ADLER L, et al, *Risk factors in schizophrenia. Season of birth, gender, and familial risk*, Br J Psychiatry 1992, 160, 65-71.

(4) COHEN D, NICOLAS JD, FLAMENT MF, PÉRISSÉ D, DUBOS PF, BONNOT O et al, *Clinical relevance of chronic catatonic schizophrenia in children and adolescents: Evidence from a prospective naturalistic study*, Schizophrenia Research 2005, 76, 301-308.

(5) COHEN D, *L'observance thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent*, Les carnets de l'observatoire des schizophrénies 2000, 45-51.

(6) CORRUBLE E, HARDY P, *Observance du traitement en psychiatrie*, Encycl Med Chir Psychiatrie 2003, 37-860-A-60.

(7) Fédération Française de Psychiatrie : Conférence de consensus, *Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques*, Janvier 2003.

(8) KANE JM, AGUGLIA E, ALTAMURA AC, AYUSO GUTTIERREZ JL, BRUNELLO N et al, *Guidelines for depot antipsychotic treatment in schizophrenia*, Eur Neuropsychopharmacol 1998, 8, 55-56.

(9) ARMENTEROS JL, DAVIES M, *Antipsychotics in early onset schizophrenia: systematic review and meta-analysis*, Eur Child Adolesc Psychiatry 2006, 15, 141-148.

(10) SHAW P, SPORN A, GOGTAY N et al, *Childhood-onset schizophrenia: a double blind randomised clozapine-olanzapine comparison*, Arch Gen Psychiatry 2006, 63, 721-730.

(11) GEBHARDT S, HÄRTLING F, HANKE M et al, *Prevalence of movement disorders in adolescent patients with schizophrenia in relationship to predominantly atypical antipsychotic treatment*, Eur Child Adolesc Psychiatry 2006, 15, 371-382.

(12) JENSEN P, BUTTELAAR J, PANDINA GJ, BINDER C, HAAS M, *Management of psychiatric disorders in children and adolescents with atypical antipsychotics*, Eur Child Adolesc Psychiatry 2007, 16, 104-120.

(13) SIKICH L, HAMER RM, BASHFORD RA, SHEITMAN BB, LIEBERMAN JA, *A pilot study of risperidone, olanzapine, and haloperidol in psychotic youth: a double-blind, randomized, 8-week trial*, Neuropsychopharmacology 2004, 29, 133-145.

(14) KEITH SJ, PANI L, NICK B, EMSLEY R, SAN L, TURNER M, CONLEY R et al, *Practical application of pharmacotherapy with long-acting Risperidone for patients with schizophrenia*, Psychiatric services Septembre 2004, vol.55, 9.

(15) HARRISON TS, GOA KL, *Long-Acting Risperidone: A review of its use in schizophrenia*, CNS Drugs 2004, 18, 2, 113-132.

(16) PARELLADA E, ANDREZINA R, MILANOVA V, GLUE P, MASIAK M, ST JOHN TURNER et al, *Patients in the early phases of schizophrenia and schizoaffective disorders effectively treated with long-acting Risperidone*, J Psychopharmacol, 2005, 19, 5, suppl 1, 5-14.

(17) EMSLEY R, OOSTHUIZEN P, KON L, NIEHAUS D, LEX A, MEDORI R, *First-line treatment with long-acting Risperidone in patients with first-episode psychosis: 12 months safety and efficacy results*, Poster n° 0305 presented LAEP, 2006, Birmingham UK.

(18) FLEISCHHACKER W, EERDEKENS M, KARCHER K et al, *Treatment of schizophrenia with long acting injectable risperidone: a 12 month open label trial of the first long acting second generation antipsychotic*, J Clin Psychiatry 2003, 64, 1250-57.

(19) LASSER RA, BOSSIE CA, ZHU Y, LOCKLEAR JC, KANE J, *Long-acting risperidone in young adults with early schizophrenia or schizoaffective illness*, Ann Clin Psychiatry, 2007, 19, 65-71.

(20) CURRAN MP, KEATING GM, *Management of schizophrenia: Defining the role of Long-Acting Injectable Risperidone*, Dis Manage Health Outcomes 2006, 14, 2, 107-125.

(21) JARBOE KS, LITRELL K, TUGRUL K, *Long-Acting Injectable Risperidone: An Emerging Tool in schizophrenia treatment*, Journal of Psychosocial Nursing, Vol.43, n°12.

(22) PARELLADA E, *Clinical experience and management considerations with long-acting Risperidone*, Current Medical Research and Opinion, 2006, 22, 2, 241-255.

## LIVRES

### Le statut du mineur détenu

Eudoxie Gallardo  
Préface de Philippe Bonfils  
*L'Harmattan, 30 €*

Cet ouvrage examine l'état du droit pénitentiaire des mineurs après les réformes de 2007, en les situant dans une continuité propre au droit pénitentiaire des mineurs : l'émergence d'un statut autonome du détenu mineur.

La prison, longtemps qualifiée de « zone de non-droit », a dû s'adapter à l'enfermement des mineurs délinquants. Soumis à un régime, certes particulier, mais n'ayant fait l'objet d'aucune évolution depuis près de trente ans, les détenus mineurs ont vu leur condition évoluer depuis les quatre dernières années.

Alors que le droit pénal des mineurs se détache d'une fonction protectrice pour se rapprocher d'une fonction répressive - l'éducation par la sanction -, le droit pénitentiaire des mineurs, s'il est permis de le nommer ainsi, met l'accent sur la protection du détenu mineur à l'égard de l'univers carcéral et de ses mesures les plus coercitives. Se substituant parfois à des pratiques déjà bien établies en milieu carcéral ou marquant des évolutions considérables dans la prise en charge des mineurs détenus, le nouveau régime de détention des mineurs, issu des décrets de 2007 et destiné principalement à la bonne marche des nouveaux Etablissements Pénitentiaires Spécialisés pour Mineurs, présente un aspect éducatif renforcé.

### Construire et soigner la relation mère-enfant

Marie-Dominique Amy  
*Dunod*

Les convictions de Marie-Dominique Amy concernant les dégâts causés par l'illusion d'un instinct maternel, sont fortes et anciennes. Elle a souhaité les partager avec les parents englués dans ce piège et avec les professionnels concernés.

Elle développe ses arguments de la façon suivante : dans la première partie de son livre, elle évoque la notion d'instinct, puis décrit une expérience faite dans une unité d'hospitalisation mère-bébé et la commente. Elle appuie, ensuite, ses propos sur des écrits de psychanalystes, psychologues de la petite enfance et de pédiatres.

Dans un deuxième temps, elle raconte une histoire de bouche et donne deux courtes vignettes cliniques qui illustrent différents aspects des dommages causés par l'absence d'une construction intersubjective.

La seconde partie de ce livre présente des parcours cliniques entrepris dans le champ des thérapies familiales, de couple ou individuels. Les situations abordées sont lourdes, mais c'est à dessein, afin d'insister du mieux possible sur les effets des avatars de la parentalité. Avatars qui seraient absents ou, en tout cas, bien moindres, si l'instinct maternel (et paternel) s'avérait existant et vérifiable. Des réflexions sont développées au cours de rencontres avec des collègues, des parents et des grands-parents.

Ces parcours cliniques ne se bornent pas à évoquer les difficultés rencontrées dans les débuts de la coexistence entre un bébé et ses parents, ils montrent que tout au long du parcours familial, des embûches peuvent surgir mettant en péril les points d'équilibre et de confiance mutuelle.

Une conclusion aide à mieux comprendre comment et pourquoi les femmes assument une maternité dont les clés ne leur sont jamais données d'avance.

## LIVRES

**Les âges de la vie  
Psychologie du développement  
humain**

Bee H., Boyd D.

3<sup>e</sup> édition, Edition du Renouveau  
Pédagogique

Dans un esprit encyclopédique, cet ouvrage présente chronologiquement, suivant les âges de la vie, le développement humain qu'il soit physique, langagier, social ou de la personnalité. Il se base sur des modèles théoriques pertinents, notamment piagétiens, psychanalytiques, sociaux cognitifs et de l'apprentissage. Très riche en informations, il traite en de rapides articles de multiples sujets comme l'adoption, la pauvreté et la résilience, le suicide... Organisé comme un ouvrage scolaire, on y trouve des synthèses de rapports de recherche, des applications pratiques de la théorie, des sujets de controverse, et même des « *pauses apprentissage* », en fait des questions en fin de chapitre qui évaluent la compréhension du lecteur.

Ch. Tazartez

**L'impact du vieillissement  
sur les structures de soins à  
l'horizon 2010, 2020, 2030**Marie-Claude Mouquet et  
Philippe OberlinEtudes et résultats 2008 n°654  
Dress

On peut craindre que le vieillissement de la population française n'accroisse considérablement les besoins en hospitalisation dans les années à venir. L'analyse des hospitalisations en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique (MCO) des années récentes révèle que le nombre de journées a baissé entre 1998 et 2004. Pourtant la prise en compte de la seule évolution démographique observée durant cette période aurait conduit à son augmentation.

Cette étude prospective indique qu'il existe des marges d'action importantes et que le vieillissement de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière en MCO, même si les patients âgés les plus fragiles nécessiteront toujours une prise en charge par des structures hospitalières lourdes, similaires à celles qui assurent les soins aigus aujourd'hui. Mais tout cela n'est possible que si des structures alternatives ou d'aval (consultations externes spécialisées, réseaux de soins, hospitalisations à domicile, soins de suite et de réadaptation, établissements pour personnes âgées dépendantes...) se développent.

**Hospitalisation et santé à  
domicile****Une alternative à****l'hospitalisation traditionnelle**Laurent Castra, Philippe Jeanne  
Berger-Levrault, 45 €

L'hospitalisation à domicile et, de façon plus large, la santé à domicile, constituent un enjeu en termes d'évolution et de transformation du système de soins, désormais avec des interactions multiples entre différents acteurs : établissements des secteurs hospitalier, social et médico-social, professionnels de santé libéraux, familles, assistants sociaux, soignants, puissance publique, secteur associatif.

Ce livre permet de comprendre les raisons du recours à ce mode d'hospitalisation et d'en saisir les perspectives de développement.

Il replace l'hospitalisation à domicile au cœur du système de soins et l'étudie dans toutes ses dimensions : humaine, économique et budgétaire, familiale, juridique et, enfin, européenne.

Avec l'âge plus tardif du vieillissement, les personnes âgées de plus de 80 ans se retrouvent de façon non rare aux urgences psychiatriques, avec pour motif principal l'agitation dont l'origine est parfaitement polymorphe. Cette présence aux urgences s'avère ni incongrue, s'il y a urgence ressentie, ni dommageable si on se donne un peu de temps pour la traiter, sur le mode dit de consultation prolongée de 24 heures.

**Particularités du  
vieillessement, facteurs  
de risque de l'urgence**

Les facteurs de risques prédisposant, provoquant ou aggravant un vieillissement pathologique ont d'autant plus d'impact sur l'état clinique de la personne qu'ils sont associés et non isolés. Le poids des facteurs biologiques dans le retentissement psychique est ici majeur. Les troubles vasculaires de l'hypertension, et les chutes de tension associées soit au traitement antihypertenseur soit à une déshydratation fortuite déclenchent des troubles psychiques liés au déficit de vascularisation cérébrale, notamment des troubles dépressifs. Il s'y ajoute le tabagisme, le surpoids, la sédentarité, les pathologies somatiques diverses comme le diabète, les cardiopathies, l'asthme et les pathologies pulmonaires obstructives chroniques, toutes sources de handicap et de perte d'autonomie, toutes ces pathologies favorisent la dépression « *Dépression et pathologie somatique s'aggravent réciproquement* ».

Les facteurs psychologiques et environnementaux dont la tonalité dominante se situe du côté des pertes et des deuils, constituent l'un des traumatismes majeurs de la vieillesse, le plus important étant la mort du conjoint. Dans le même registre on peut ranger la mise à la retraite, les déménagements, la baisse des ressources, l'isolement qui peuvent être à l'origine d'un sentiment de blessure dans l'identité sociale, avec une baisse de l'estime de soi et une régression narcissique à l'origine de troubles anxieux ou dépressifs.

Ces facteurs de risque s'ajoutent aux 6 caractéristiques repérées dans le vieillissement normal. On décrit des modifications cognitives avec diminution des performances mais celle-ci est hétérogène, multifactorielle et peu prévisible. Par ailleurs, l'adaptation au changement est ralentie, se transformant en troubles de l'adaptation quand s'y ajoutent des troubles de la personnalité avec rigidification des défenses, ou encore un facteur extérieur de stress débordant les capacités d'adaptation. Pourtant, des changements d'investissement qui deviennent plus modestes, plus concrets, sont une réelle adaptation qui se différencie de la réelle baisse de motivation allant jusqu'à l'apathie et la perte d'autonomie. Les modifications

# La personne âgée et l'urgence psychiatrique

## Intérêt de la consultation prolongée

portance des pertes à cet âge, l'équilibre affectif évolue et c'est tout le tissu social qui doit être exploré car de nouveaux liens avec un voisin, un travailleur social, finissent par devenir des points d'appui importants.

**Quelques données chiffrées d'un  
service d'urgences psychiatriques**

On recueille en 11 mois les données concernant le passage de 72 personnes de 80 ans et plus. Pour cette tranche d'âge :

- la présence aux urgences psychiatriques paraît incongrue,
- l'orientation en hospitalisation psychiatrique aussi,
- l'étalement est souvent affaibli,
- les intrusions pathologiques sont la règle.

50% n'ont ni antécédents psychiatriques, ni antécédents de déficits cognitifs.

83% ont toujours un domicile.

50% seront hospitalisés au décours de l'urgence pour une demande initiale à 100%.

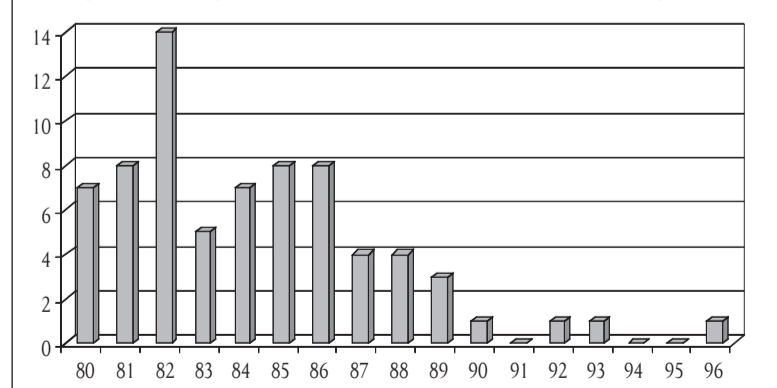
35% viennent pour un état d'agitation.

**1<sup>er</sup> contact avec la psychiatrie**

1	1970
1	1991
1	1992
1	1993
1	1997
1	1999
1	2000
1	2003
2	2005
2	2006
51	2007
9	non renseignés

Ces patients sont adressés, dans la moitié des cas, par un service hospitalier ou par les urgences, mais ils viennent d'eux-mêmes ou accompagnés par la famille dans un quart des cas, le reste se répartissant entre la police, les structures d'aide sociale... L'envoi par les maisons de retraite a transité, généralement, par un service d'urgences.

Motif	Patients
Agitation, agressivité, errance	37%
Syndrome dépressif, anxiété, angoisse, plaintes somatiques	25%
Etat confusionnel ou délirant	20%
Tentative de suicide	5%
Autres	13%

**Répartition des patients CPOA 80 ans et + en 11 mois : 72 patients**

de l'activité restent différentes d'un sujet à l'autre et toute évaluation passe par la connaissance précise de l'activité antérieure. Enfin, les changements affectifs peuvent être majeurs, on n'insistera jamais assez sur le rôle et l'im-

C'est volontairement que nous ne relèverons pas de diagnostic catégoriel affirmé face à ces troubles où dominent les dimensions d'inadaptation, de débordement du comportement, et de souffrance psychique, d'autant que plusieurs

diagnostics sont souvent intriqués, essentiellement les troubles thymiques et les affaiblissements démentiels. Une place à part est réservée aux troubles organiques dominants qui représentent 10% de la population.

propos ou un comportement incohérent, ou une interpellation liée à une fausse reconnaissance.

La surveillance au calme, non pas dans la salle d'attente mais dans une chambre si possible, accompagnée de

**ANNEXE 1 : Protocole prise en charge personnes âgées****Investigation de départ****Importance en tout premier lieu du bilan somatique**

Fréquence de la présentation psychiatrique des pathologies organiques. Pathologie psychiatrique pouvant masquer une pathologie organique sous-jacente.

Etablir précisément la liste des médicaments (diurétiques...) : fréquence de la iatrogénie chez la personne âgée.

Contactez les intervenants médicaux et précisez la date et les résultats des derniers bilans pratiqués.

Préciser rigoureusement le diagnostic psychiatrique en tenant compte du caractère atypique et de la variabilité des symptômes chez la personne âgée.

Liens avec l'entourage : qualité des réseaux de soins, autonomie du patient. Evaluation de l'entourage immédiat : aidant indifférent, rejetant voire maltraitant.

**Principales indications de l'hospitalisation en psychiatrie**

Mélancolie (fréquence de la note anxieuse),

Troubles du comportement qui débordent les capacités de soutien de l'entourage habituel et menacent la sécurité du patient,

Evolution de pathologies délirantes ou thymiques anciennes documentées.

Toute autre demande qui serait équivalente à un placement en institution ne constitue pas l'indication d'une hospitalisation.

**Indications de la consultation prolongée**

Bilan somatique en cours ou à faire,

Observation d'un tableau psychiatrique qui n'est pas franc,

Evaluation d'une crise suicidaire,

Service receveur non préparé sachant qu'un projet de soin précis et élaboré est préférable,

Attente d'un membre de l'entourage,

Attente de contact avec le réseau de soins.

**Pour les autres cas**

Mise en relation avec le secteur psychiatrique,

Penser aux réseaux de soins à domicile et à la médecine de ville,

Services de médecine gériatrique.

**Orientation**

Hospitalisation libre : aux urgences psychiatriques en hospitalisation brève, en service de gériatrie ou de gérontopsychiatrie

34%

Hospitalisation psychiatrique

19%

Consultation ambulatoire

27%

Retour en institution

10%

Urgences Médicales

10%

L'orientation en service de psychiatrie, pour ces patients, le plus souvent sans antécédent psychiatrique, est moindre que pour l'ensemble des consultants du CPOA. L'hospitalisation brève, in situ, correspond à un travail de crise permettant soit le retour à domicile (le leur ou celui d'un proche) avec une équipe d'aide à domicile, soit l'obtention d'une place en service spécialisé gériatrique ou gérontopsychiatrique.

**L'accueil en urgence**

Les conditions de l'accueil sont déterminantes pour permettre une restauration des repères dans ce milieu étranger. En effet, les urgences représentent un lieu d'agression pouvant aggraver les troubles en raison :

- de l'augmentation de l'anxiété liée à l'urgence,

- de la succession des changements de lieu et de l'arrivée non anticipée aggravant la perte des repères,

- du risque d'être bousculé par un patient plus jeune, en réaction à un

la présentation des lieux et du fonctionnement de la consultation, en intégrant le conjoint et les enfants s'il y a lieu, constitue souvent un apaisement.

**Conduite de l'entretien****Conditions de l'entretien**

L'entretien commence par une recherche rapide des déficits sensoriels pour s'y adapter (ne pas crier si hypoacusie) et des capacités de compréhension cognitives et culturelles. Il en est de même de l'évaluation de la vigilance, car la mise en évidence d'un syndrome confusionnel impose le retour aux urgences médicales. Cette première évaluation nécessite réassurance, explications patientes et adaptées, sans attitude surprotectrice ou infantilissante.

**Le bilan organique préalable**

- traitements en cours, pathologies connues,

- examen clinique essentiel, état des téguments, mobilité, douleurs, rétention,

- biologie et imagerie cérébrale doivent faire partie du bilan standard pour la personne âgée accueillie aux urgences,

- élimination d'une cause évidente révélée par des cris, des plaintes, un état d'agitation anxieuse : fièvre, déshydratation, fécalome, rétention urinaire, plaie, décompensation cardio-pulmonaire.

**Recueil de l'anamnèse et des conditions de survenue des troubles.**

Facteurs individuels :

- antécédents somatiques, maladie en

évolution, trouble métabolique, traitement en cours, observance du traitement ;

- antécédents psychiatriques, prises en charges hospitalières, soins spécialisés actuels et passés, rupture du traitement ;
- caractère, traits de personnalité (anxieux, dépendant, rigide, tyrannique), modification ou aggravation récente de ces traits ;
- existence d'une addiction ancienne ou récente ;
- qualité des fonctions supérieures avant l'épisode actuel ;
- niveau d'autonomie ;
- chute récente : facteur d'aggravation ou début des troubles cognitifs ?

#### Facteurs familiaux :

- pertes récentes : amis, fratrie, enfant, et surtout conjoint,
- qualité des relations familiales existantes,
- parfois isolement total.

#### Facteurs environnementaux :

- existence d'un réseau d'assistance : médecin traitant, aide ménagère, assistante sociale, relations avec le voisinage ;
- qualité de l'environnement immédiat : aidant, indifférent, rejetant ou maltraitant ;
- projet d'entrée en maison de retraite ;
- maison de retraite ou établissement de long séjour déjà mis en place, qualité de l'adaptation.

#### L'évaluation des troubles est répétée dans le temps de l'urgence du fait de leur variabilité

Elle comporte plusieurs axes qui seront appréciés simultanément :

- tests cognitifs,
- bilan somatique,
- exploration du mode de vie et du mode relationnel,
- analyse psychopathologique.

#### Les principaux tableaux à rechercher isolés ou en association sont les suivants :

- idées dépressives, nombreuses formes atypiques,
- idées délirantes,
- syndrome démentiel,
- réactions anxieuses variées, agitées, confuses,
- conduites addictives.

Il existe des aides au diagnostic, simples et fiables : MMSE, IADL, test de l'horloge.

## Rôle central de l'investigation auprès de l'entourage

#### Quel entourage ?

##### Entourage familial

L'accueillir avec le patient pendant toute la durée de l'observation.

Apprécier le débordement de ses capacités, le degré de souffrance et d'épuisement.

Ne pas oublier la maltraitance intrafamiliale.

##### Le réseau

Selon les cas : médecin généraliste traitant, personnel de la maison de retraite, assistante sociale du secteur d'habitation, aide ménagère, voisinage qui peut avoir un rôle important de soutien.

#### Dans quel but ?

Compléter l'interrogatoire de la personne troublée par la situation d'urgence et de déplacement, ou présentant des troubles ne permettant pas un interrogatoire fiable (anamnèse, conditions de survenue des troubles). Apprécier la qualité des aidants et des professionnels en réseau.

## La consultation prolongée et l'hospitalisation brève

La consultation dite prolongée sur 24 heures (éventuellement dite de lit-porte) est systématique pour se donner le temps de l'investigation et de

l'observation. Elle peut être poursuivie par une hospitalisation brève in situ de 4 jours en moyenne.

#### Ces deux modalités ont pour but

- les investigations somatiques (un bilan plus ou moins récent ne saurait suffire),
- l'observation des troubles du comportement,

et médicales.

#### L'orientation est ainsi mieux préparée

- réduction des hospitalisations psychiatriques,
- concertation avec le service receveur,
- préparation du retour à domicile.

L'échelle OCEAN donne un bon score d'alerte des états d'agitation :					
	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	En permanence
Opposant, refuse toute activité	0	1	2	3	4
Déambule, hyperactivité diurne	0	1	2	3	4
Agressivité verbale et/ou accélération du débit	0	1	2	3	4
Cris dans la journée	0	1	2	3	4
Comportement sexuel provoquant	0	1	2	3	4
Total par colonne					
Total général					

- l'évaluation cognitive une fois passée l'émotion de l'état d'urgence,
- la suspension partielle ou totale du traitement, car les pathologies iatrogènes sont nombreuses à cet âge, et les ordonnances pléthoriques sont habituelles,
- la surveillance des risques de passage à l'acte suicidaire, passage à l'acte agressif, fugue, aggravation ou décompensation d'une maladie organique, apparition ou persistance d'un syndrome confusionnel, hypotension, troubles de l'équilibre, chutes, fausses routes nécessitant la surveillance rapprochée des repas.

## Urgence et agitation

Ce tableau extrêmement fréquent de recours à l'urgence, quelle qu'en soit l'origine, nécessite un développement à part entière.

L'urgence connaît divers déclenchements :

- addictions,
- anxiété,
- crise familiale,
- crise institutionnelle,
- confusion (iatrogénie, autres troubles organiques),
- traitement anticholinestérasique, sur-

#### ANNEXE 2: Consultation prolongée : information du patient

L'équipe du CPOA vous propose de rester en consultation dite prolongée, c'est-à-dire jusqu'à demain matin, avant qu'une décision définitive soit prise avec vous et votre entourage. Cela signifie que vous n'êtes pas hospitalisé mais vous êtes toujours en consultation d'urgence.

Le but est de mieux observer votre état, de vous permettre de vous reposer, et d'attendre que des personnes de votre entourage puissent vous aider, en accord avec notre équipe. La décision prise sera ainsi plus approfondie.

La consultation prolongée qui vous est proposée concerne l'un des cas suivants :

- adolescent,
- personne âgée,
- crise suicidaire quelque soit l'âge,
- surveillance après absorption de produits toxiques,
- attente d'informations médicales complémentaires,
- attente de l'entourage,
- délai d'observation pour décider si une hospitalisation sans consentement est nécessaire,
- autre.

#### En pratique :

- vous êtes installé dans une chambre jusqu'à ce qu'une décision soit prise le lendemain,
- vous revêtez un pyjama de l'hôpital,
- vos affaires font l'objet d'un inventaire signé,
- votre téléphone portable est remis à l'infirmier,
- aucun produit médicamenteux ou toxique n'est autorisé,
- les visites et appels téléphoniques (à partir du service) sont décidés en accord avec vous et l'équipe et inscrits,
- les occupations et sorties dans le parc du service sont décidés en accord avec l'équipe et inscrits.

N'hésitez pas à faire part de vos besoins et de vos souhaits

Au terme de cette consultation prolongée, les meilleurs soins seront décidés pour vous, c'est-à-dire :

- sortie à domicile et consultation auprès d'un médecin ou d'un psychiatre,
- sortie et nouvelle consultation au CPOA sur rendez-vous,
- hospitalisation à l'hôpital ou en clinique,
- hospitalisation au CPOA.

#### Il en découle

- une amélioration de la relation,
- une adaptation à la temporalité,
- un approfondissement de l'observation en l'absence des tiers,
- un entretien avec l'entourage pour instaurer une alliance évitant la multiplication des recours à l'urgence,
- une meilleure approche des contre-attitudes par rapport à la famille grâce aux multiples transmissions infirmières

tout s'il est indûment prolongé.

Les tableaux diagnostics sont très variables :

- troubles anciens du caractère ou de la personnalité exacerbés lors de changements familiaux,
- tableau confusionnel aigu,
- troubles délirants anciens,
- épisode dépressif dans sa dimension hostile,
- épisode maniaque,

- anxiété dans un contexte de stress,
- déficit sensoriel exacerbé par une inadaptation au lieu de vie,
- épuisement de l'entourage pour une démence jusque-là tolérée,

Ils entraînent régulièrement, et souvent à tort, le diagnostic hâtif de démence, d'où le recours à l'urgence, voire l'indication de placement.

Une fois évalués et apaisés les facteurs organiques et environnementaux de l'agitation, la question se pose du traitement médicamenteux, avec pour principe la faiblesse des posologies et la prolongation de l'observation dans le temps :

- simplification du traitement psychotrope,
  - arrêt de tout traitement psychotrope facteur d'agitation,
  - diminution de la posologie des sédatifs,
  - parfois contention brève plutôt qu'escalade médicamenteuse.
- Dès lors, les indications d'hospitalisation en psychiatrie se réduisent à :
- mélancolie (fréquence de la note anxieuse),
  - troubles du comportement débordant les capacités de l'entourage habituel et menaçant la sécurité du patient,
  - évolution de pathologies délirantes

ou thymiques anciennes documentées. Tout autre demande, équivalente à un placement en institution, ne constitue pas une indication d'hospitalisation. ■

M.J. Guedj, P. Lana

## Bibliographie

ASVAZADOURIAN R. GUEDJ M.J., *Les urgences psychiatriques des personnes de plus de 80 ans : étude au CPOA*, Perspectives psy 2003, 42, 1, 31-38.

FONTANIER D., OUANGO J.C., TESSIER J.F., CLEMENT J.P., LEGER J.M., *Aspects psychosociaux de la prise en charge du sujet âgé*, EMC (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie, 37-540-C-30, 2001, 11p.

LANA P., *La personne âgée*, in *Les urgences psychiatriques* (sous la direction de) MJ GUEDJ et F.CARPENTIER, Ed Masson Paris, Avril 2008, 675p.

RICHARD J. DROZ P., *Urgence psychiatrique et psychiatrisation d'urgence dans l'âge avancé*, Rev Med Suisse Romande 1990, 110, 283-287.

RIGAUD A.S., BAYLE C., LATOUR F., SEUX M.L., HANON O., PEQUIGNOT R., BERT P., BOUCHACOURT P., MOULIN F., CANTEGREIL I., VENISCH E., BATOUCHE F., De ROTROU J., *Troubles psychiques des personnes âgées*, EMC (Elsevier SAS, Paris), 37-540-A-10, 2005.

## LIVRES

### Psychopathologie du sujet âgé

Gérard Le Gouès, Gilbert Ferrey

6ème édition

Collection *Les âges de la vie*, Editions Masson, 33 €

G. Ferrey G. et Le Gouès nous proposent la 6ème édition de leur ouvrage de psychopathologie du sujet âgé paru pour la première fois en 1989, référence pour tous les acteurs du soin auprès des personnes âgées. Tout comme dans les précédentes éditions, ce vaste sujet est abordé de manière très exhaustive dans un format pratique. La nécessité d'être formé à la gérontopsychiatrie s'impose désormais du fait de l'explosion démographique des seniors et donc de leurs pathologies. C'est une clinique spécifique, souvent complexe et intriquée exigeant un examen précis, une analyse à plusieurs niveaux de chaque situation. C'est à la lecture d'une étude de 1988 de B. J. Burns et coll. qui signalait que dans les maisons de retraite américaines, 68% des pensionnaires avaient des troubles mentaux, mal pris en charge, que les auteurs se sont lancés dans ce travail, en supposant que la situation était au moins comparable en France.

Il se dégage quatre parties : la première centrée sur les particularités de l'appareil psychique du sujet âgé et de son vieillissement du point de vue du psychanalyste, la seconde remplace la personne malade dans un contexte social, épidémiologique et analyse son environnement, la troisième décrit la psychopathologie en tant que telle et la dernière les thérapeutiques tant psychothérapeutiques que biologiques.

Les références théoriques sont multiples, sans dogmatisme : analytiques, cliniques psychiatriques classiques, biologiques, cognitivistes et comportementales, systémiques, sociales... C'est un panorama complet, outil précieux dans un exercice pluriel auprès des personnes âgées. Cette 6ème édition est étoffée et agrémentée par quelques illustrations graphiques absentes des versions précédentes plus austères. Les descriptions cliniques s'inscrivent dans une tradition plus européenne qu'anglo-saxonne.

G. Ferrey met l'accent, notamment, sur la perte d'autonomie de la personne âgée, replacée dans le contexte médico-social et la psychopathologie, et sur le diagnostic des syndromes démentiels. Comment évaluer la dépendance de la personne âgée ? Quels sont les troubles expliquant la perte d'autonomie ? Quels en sont les facteurs environnementaux l'aggravant ou, au contraire, la réduisant ? Comment décider du maintien au domicile ou de l'entrée en institution ? Quel type d'établissement choisir ? Comment convaincre une personne âgée réticente pour laquelle l'entrée en institution est inéluctable ? Ce sont des questions fondamentales et qui se posent, quotidiennement, aux équipes de psychogériatrie. G. Ferrey donne des clés pour la compréhension de la perte d'autonomie mais aussi pour son évaluation et la quantification des soins nécessaires, tout en proposant une critique des outils à notre disposition (grilles AGGIR, PANTHOS, Modèle d'Accompagnement Personnalisé de l'UNAPEI). Il commente les évolutions de la loi de protection juridique des majeurs du 5 mars 2007.

G. Le Gouès s'attache à décrire l'appareil psychique du sujet âgé, son vieillissement et ses pathologies du point de vue psychanalytique. On reconnaît tout son talent pour le faire de manière limpide. La clinique des névroses vieillies, rarement décrite, est riche d'enseignements pour tous les soignants qui se sont un jour trouvés désarçonnés face à des patients dans un état de régression sévère ou des troubles hypochondriaques insolubles... Dans le chapitre consacré aux thérapies analytiques, il expose son concept de psycholyse (plus largement développée dans d'autres de ses ouvrages, *L'âge et le principe de plaisir* par exemple). Elle témoigne de la désorganisation de la pensée réflexive, à l'effacement progressif des représentations abstraites et de leurs liens chez les patients déments. C'est alors dans les résurgences affectives que le sujet puise ses moyens de défense. Les interactions avec l'entourage sont fondamentales, car l'aide qu'il recherche auprès des autres peut ne consister qu'en une confrontation à ses incapacités. Cette proposition de compréhension de l'appareil psychique du dément laisse la porte ouverte à une prise en charge psychothérapeutique.

Le public ciblé par l'éditeur peut être élargi à tous les soignants. A mettre entre toutes les mains.

C. Dufresne

## LIVRES

**La Mettrie (1709-1751), le matérialisme clinique**

Suivi de

**Le chirurgien converti**Simone Gougeaud-Arnaudeau  
Préface de Jocelyn Bézecourt  
L'Harmattan, 16,50 €

La Mettrie était à la fois médecin et philosophe. En examinant ce qui, dans sa pensée, est lié à la pratique médicale, on voit se dessiner un moment souvent méconnu de l'histoire de la médecine : la querelle qui a opposé les médecins et les chirurgiens alors que la chirurgie commençait à gagner ses lettres de noblesse.

Ce livre, écrit à la veille du tricentenaire de sa naissance, est davantage qu'un état des lieux historique et biographique. Il explore la manière dont La Mettrie a pris part à ce qui sera le combat idéologique des Lumières et ajouté, avec une interprétation du monde mécaniste, matérialiste et athée, un épisode nouveau à la longue conquête de la rationalité dans laquelle sont associées, dès l'origine, la philosophie et la médecine.

Le matérialisme du médecin malouin, n'est pas le résultat d'une réflexion uniquement mûrie dans un cabinet éloigné des fracas du monde : c'est sur les champs de bataille des armées de Louis XV qu'il observe les corps, leur douleur, leur rétablissement. Car le médecin est aussi chirurgien et il s'engage avec vigueur dans le débat qui oppose ces deux ordres. Mais un autre débat, plus fondamental, agite le siècle des philosophes, des médecins et des théologiens : l'âme, son immortalité ou, au contraire, sa localisation dans le corps. Avec une exubérance à l'image de son combat contre les préjugés, La Mettrie s'y invite et sa machinerie bouscule : il est vain de chercher l'âme ailleurs que dans la faculté de penser, de sentir.

**Dictionnaire freudien**

Sous la direction de Claude Le Guen

Assisté de Dominique Bourdin et Pierre Chauvel

Coordinatrices : Françoise Cribier et Annick Le Guen

Collection « Grands dictionnaires »  
PUF, 49 €

Le corpus freudien est évolutif, fait de remises en questions et d'incertitudes avouées, de repentirs et d'intuitions, de corrections soudaines ou graduelles des assertions premières, d'élans inspirés porteurs de conceptions inattendues.

Ce dictionnaire s'attache à suivre la réflexion de Freud dans son approche de l'idée, puis dans l'élaboration de la notion, enfin dans la construction du concept - parcours qui se révèle très divers selon les cas, et toujours fort instructif sur l'élaboration de la pensée psychanalytique. Pour chaque entrée, le terme est accompagné de sa traduction en allemand, anglais, espagnol, italien et portugais. A la suite de la définition (qui colle le plus possible au texte freudien), est faite une « mise en situation » historique, culturelle et linguistique de la notion. La partie suivante en étudie l'apparition et l'évolution au plus près du texte freudien, en en suivant le développement selon sa chronologie. Les « questions et enjeux » pouvant ainsi être soulevés sont discutés dans la dernière partie. Les passages des textes de Freud évoqués sont référés en notes, leurs paginations données dans l'édition française commune, dans les *Oeuvres complètes de Freud/ Psychanalyse* (PUF), et dans le texte allemand des *Gesammelte Werke*.

## ANNONCES EN BREF

**17 et 18 janvier 2009.** Paris. 10<sup>ème</sup> Colloque de Médecine et Psychanalyse sur le thème : *La décision entre médecine et psychanalyse : enjeux contemporains*. Renseignements et inscriptions : Tél. : 01 57 27 63 90. Fax : 63 78.

**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

**27 au 29 janvier 2009.** Lille. Secondes Assises de la Psychiatrie Médico-Sociale organisées par l'Association Scientifique de Psychiatrie Institutionnelle sur le thème : *Autisme : à tous âges, quelles institutions ? Leur place dans le secteur médico-social aujourd'hui ?* Informations : Association Scientifique de Psychiatrie Institutionnelle (AsPi), 240 bd Voltaire, 75011 Paris. Site : www.psy-institution.com et www.psy-enfant-ado.com. E-mail : fanny.boy@santexel.com

**30 janvier 2009.** Marseille. Colloque de la Commission Ethique et Psychiatrie, Espace Ethique Méditerranéen sur le thème : *Risque et psychiatrie : enjeux éthiques*. Renseignements : Secrétariat Espace Ethique Méditerranéen. Tél. : 04 91 38 44 26/27. Fax : 04 91 38 44 28. Site : www.medethique.com

**2 au 6 février 2009.** Genève. 7<sup>ème</sup> Congrès de l'IAEP, *Une conférence interdisciplinaire sur les urgences psychiatriques*, en association avec 20<sup>èmes</sup> Journées scientifiques internationales de l'AFERUP, 41<sup>èmes</sup> Journées scientifiques internationales du GEPS, 11<sup>èmes</sup> Journées scientifiques internationales de l'AFORUMP-SFP. Renseignements : International Association for Emergency Psychiatry (IAEP). www.iaepgeneve.ch

**5 et 6 février 2009.** Montpellier. Journées Nationales d'Etude sur l'autisme de l'ANCR sur le thème : *Autisme et changements : grandir et devenir adulte aujourd'hui*. Inscriptions : Secrétariat du Centre de Ressources Autisme Languedoc-Roussillon, SMPEA Peyre Plantade, 291 avenue du Doyen Giraud, 34295 Montpellier Cedex. Tél. : 04 67 33 99 68. Fax : 04 67 33 08 32. E-mail : cent-ress-autisme@chu-montpellier.fr

**21 février 2009.** Paris. Colloque de la Société Internationale d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse (SIHPP) sur le thème : *Psychiatrie, psychanalyse, psychothérapie : quel avenir pour les traitements de l'âme ? Hommage à Edouard Zarifian*. Inscriptions : F. Bing : 06 60 60 41 94. sihpp.ey@wanadoo.fr

**28 février 2009.** Blois. XXIII<sup>ème</sup> Journée nationale de Psychothérapie Institutionnelle organisée par la Fédération Inter Associations Culturelles et l'Association Culturelle de la Borde sur le thème : *Soin et dialectique institutionnelle*. Inscriptions : Tél. : 02 54 7977 70. E-mail : secretariatmedical.lb@wanadoo.fr

**6 et 7 mars 2009.** Paris. Colloque international de l'Association Parole-Bégaiement sur le thème : *Image de soi, regard de l'autre chez le sujet bégue*. Inscriptions : contact@begalement.org

**13 mars 2009.** Paris. Journée organisée par la Société Française d'Alcoologie sur le thème : *La clinique alcoologique aujourd'hui, du côté du soignant*. Inscriptions : Pr Michel Lejoyeux, Secrétaire général de la SFA, c/o Princes Editions, 64 avenue du Général de Gaulle, 92130 Issy-les-Moulineaux. Tél. : 01 46 38 24 14. Fax : 01 40 95 72 15. princeps.gdumas@orange.fr

**17 mars 2009.** Villejuif. 5<sup>ème</sup> Journée de Psycho-Oncologie sur le thème : *Découverte d'un cancer au cours de la grossesse : quels enjeux psychologiques ?* Renseignements et inscriptions : Audrey Morisset, COMM Santé. Tél. : 05 57 97 19 19. Fax : 05 57 97 19 15. E-mail : audrey.morisset@comm-sante.com

**19 mars 2009.** Versailles. Colloque

organisé par la CNSA et le CEDIAS sur le thème : *Handicaps d'origine psychique. Une évaluation partagée pour mieux accompagner les parcours des personnes*. Renseignements et inscriptions : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Direction de la communication, 66 avenue du Maine, 75682 Paris Cédex 14. www.cnsa.fr

**20 mars 2009.** Reims. Colloque organisé par l'Association Rémoise pour la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent sur le thème : *Nos institutions aujourd'hui... prennent-elles encore soin de l'humain ?* Inscriptions : Tél. : 03 26 78 70 73. Fax : 03 26 78 84 46. jcollet@chu-reims.fr

**21 et 22 mars 2009.** Lille. 10<sup>ème</sup> Colloque de l'Aléph, organisé par l'Association Lilloise sur l'Etude de la Psychanalyse et de son Histoire et le Collège de Psychanalystes-Aleph sur le thème : *De bouche à oreille. Psychanalyse des comportements alimentaires et des addictions*. Renseignements et inscriptions : http://www.aleph.asso.fr/ ou blemonier@cp.aleph.asso.fr. Tél. : 06 07 14 24 80.

**24 au 27 mars 2009.** Paris. 7<sup>ème</sup> édition du congrès annuel « La psychiatrie dans tout ses états » de l'Association de Recherche et de Soutien de Soins en Psychiatrie Générales (ARSPG), sur le thème : *La psychiatrie au féminin*. Inscriptions : Tél. : 01 53 26 03 70. Fax : 01 53 26 03 72. E-mail : arspg@d-s-o.fr

**27 et 28 mars 2009.** Lyon. Séminaire de formation sur le thème : *Le rêve et son interprétation, l'apport de Nicolas Abraham et Maria Torok*. Renseignements : Association Européenne Abraham et Torok, c/o D. Charazac, 66 cours de la Liberté, 69003 Lyon. E-mail : delphine\_charazac@hotmail.com

**28 mars 2009.** Paris. 15<sup>ème</sup> Journée de Psychopathologie du Nourrisson du Centre Alfred Binet - ASM 13 sur le thème : *Les voies lactées*. Inscriptions : Tél. : 01 40 77 43 18. Fax : 01 40 77 43 55. E-mail : sonia.rat@asm13.org - ingrid.favier@asm13.org

**6 avril 2009.** Paris. Colloque « Médecine et Recherche » de la Fondation IPSEN sur le thème : *Diabète, insuline et maladie d'Alzheimer*. Renseignements : Fondation IPSEN, 65 quai Georges Gorse, 92650 Boulogne-Billancourt Cédex. Tél. : 01 58 33 50 00. Fax : 01 58 33 50 01.

**21 au 24 mai 2009.** Paris. 69<sup>ème</sup> Congrès des Psychanalystes de Langue Française de la SPP sur le thème : *L'après-coup*. Renseignements : Tél. : 01 43 29 66 70 (lundi et mercredi 9h-13h, et mardi-jeudi 13h-17h). E-mail : congres@spp.asso.fr

**26 mai 2009.** Bordeaux. Colloque de l'Institut Michel Montaigne sur le thème : *Entre autorité et limites : la construction de l'identité*. Renseignements : Tél. : 05 56 37 90 95. InstMM@aol.com

**5 et 6 juin 2009.** Lille. 72<sup>èmes</sup> Journées Nationales de la SFPEADA sur le thème : *Psychopathologie de l'enfant et les neuro-sciences*. Inscriptions : GIP Santexel, Tél. : 03 28 55 67 52. Fax : 03 28 55 67 35. E-mail : fanny.boy@santexel.com

**19 juin 2009.** Brest. Journée scientifique « Autisme et insertion professionnelle ». Renseignements et inscriptions : Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, IMEBO - Institut Mère-Enfant de Bretagne Occidentale, Hôpital de Bohars, 29820 Bohars. Tél. : 02 98 01 50 46. Fax : 02 98 01 52 98.

**1er au 4 juillet 2009.** Paris. Colloque international de l'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice (ISRP) sur le thème : *Le bilan psychomoteur dans tous ses états, de l'évolution à l'involution. Eclairage particulier en gérontopsychomotricité*. Renseignements : Maria-Luisa Allenet, UEFP ISRP. Tél. : 01 58 01 00 60. uefp@isrp.fr

**3 au 6 septembre 2009.** Lisbonne. XIX<sup>ème</sup> Congrès international de la Société internationale de Psychopathologie de l'expression et d'art-thérapie (SIPE) sur le thème : *Mondes nouveaux : psychopathologie de l'expression et art-thérapie*. Renseignements : span@oninets-peed.pt



**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 PRESENTATIONS\*.** **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/Symptômes 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  $\geq 1/10$ ) 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 Desmoulines, TSA 91003, 92787 ISSY-LES-MOULINEAUX CEDEX 9.

Information Médicale et Pharmacovigilance. Tél. (n° vert) : **N° Vert 0 800 25 50 75**  
E-mail : medisource@its.jnj.com.

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

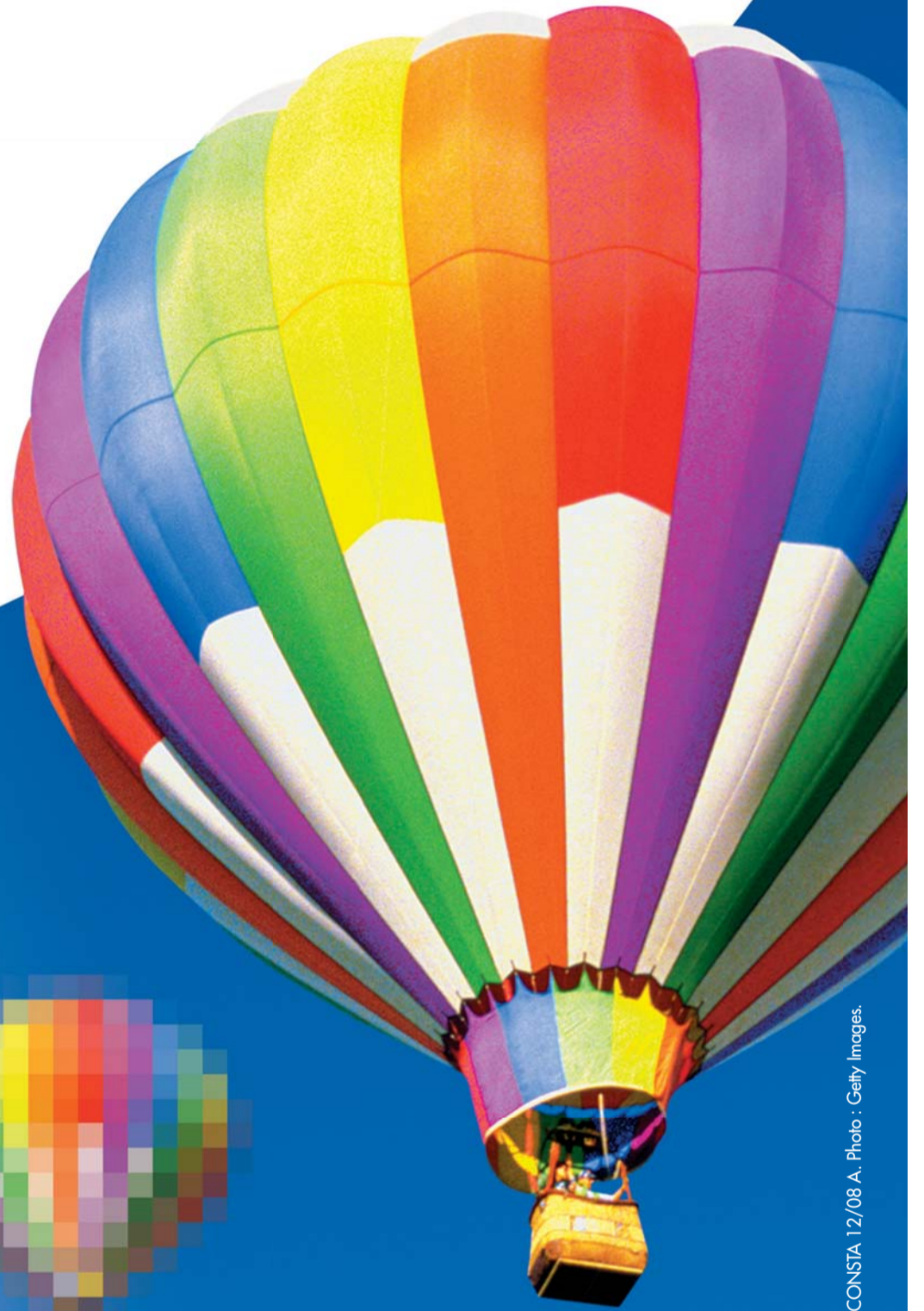
Le fichier utilisé pour vous communiquer le présent document est déclaré auprès de la CNIL. En application des dispositions de la loi « Informatique et Libertés » modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression auprès du Pharmacien Responsable de notre laboratoire pour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



# Risperdal **CONSTA**® 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**

**NERVURE**  
JOURNAL  
DE PSYCHIATRIE

**Pour vos annonces professionnelles**  
contactez Madame Susie Caron au  
**01 45 50 23 08**  
ou par e-mail  
**info@nervure-psy.com**

**ari** **Partagez notre projet médico-social dans le Sud de la France**

ASSOCIATION POUR L'INTEGRATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP OU EN DIFFICULTE

L'ARI accompagne, sur la région PACA, plus de 1000 enfants, adolescents et adultes dans ses établissements et services (ITEP, IME, EEAP, Foyers, CAT) et près de 3500 enfants suivis en CMPP, CAMSP et hôpitaux de jour.

Notre projet consiste à promouvoir et faciliter le soutien à l'intégration de ces personnes dans le milieu social, scolaire, culturel et professionnel, en les accompagnant de la nécessaire dimension de soins.

Notre souci permanent d'adaptation induit la reconnaissance de la diversité des pratiques et des modes de prise en charge ainsi que la promotion des approches plurielles. C'est pourquoi nous privilégions les structures adaptatives, pluri-professionnelles, souples, réduites et mobiles, organisées autour de la personne.

Si vous aimez travailler en équipe et que ce projet associatif vous intéresse, nous recrutons pour nos établissements des Bouches-du-Rhône et du Vaucluse :

**Des médecins psychiatres**  
**Temps complet ou temps partiel**

Vous travaillez dans l'ensemble de nos structures et assurez la prise en charge individuelle d'enfants ou d'adultes et de leur famille.

Vous soutenez et participez aux réflexions d'équipes pluridisciplinaires, notamment autour de la construction et de la mise en oeuvre des projets individuels.

[www.ari.asso.fr](http://www.ari.asso.fr)

**Adressez nous votre candidature, en précisant le type d'établissement, le lieu et le temps de travail recherchés à Nathalie MARTY, ARI - Direction des Ressources Humaines 26 rue St Sébastien, 13006 MARSEILLE ou par mail à l'adresse suivante : n-marty@ari.asso.fr**

**Le C.H.I. FONDATION VALLEE**

Fondation Vallée  
**CH.I. Gentilly**

Établissement public de santé spécialisé en pédopsychiatrie

**RECHERCHE**  
**2 ASSISTANTS SPECIALISTES**

1) - 5 demi-journées d'exercice dans une unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents (12-18 ans) psychotiques ou autistes,  
- 5 demi-journées d'exercice au C.M.P. de Chevilly-Larue : consultation et travail pluridisciplinaire.  
Poste à pourvoir immédiatement

2) - 5 demi-journées d'exercice dans une unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents (12-18 ans) présentant des troubles psychiatriques variés post-aigus.  
Missions en collaboration avec le praticien hospitalier : responsabilité des admissions, du projet de soins individuel et encadrement de l'interne,  
- 5 demi-journées d'exercice au C.M.P. de Villejuif : consultations thérapeutiques individuelles et familiales, guidance parentale, travail pluridisciplinaire et de réseau avec les partenaires extérieurs.  
Poste à pourvoir en mai 2009

Pour tout renseignement sur le profil du poste, s'adresser à :  
Mme le Pr JOUSSELME - Tél. 01 41 24 81 05

Pour toute candidature, envoyer un C.V. + lettre de motivation conjointement au Directeur et au Pr Jousselme au CHI Fondation Vallée, 7 rue Benserade - 94250 Gentilly

**Association l'Élan Retrouvé**

Etablissements spécialisés en santé mentale participant au service public hospitalier

**Recrute**

**pour ses services de psychopathologie et psychothérapie du travail et d'alcoolologie (à Paris 11ème)**

**UN MEDECIN PSYCHIATRE**

Temps plein C.D.I. - C.C.N. 51  
Possibilité de détachement pour un praticien hospitalier  
Poste à pourvoir 5 janvier 2009

\*\*\*

Merci d'adresser votre lettre de candidature et CV à  
M. GIRAULT  
président de l'association l'Élan Retrouvé,  
23 rue de la Rochefoucauld, 75009 PARIS  
E mail : elan@elan-retrouve.asso.fr

Renseignements sur le poste :  
Dr FRAYSSE, 01 44 93 22 00  
et Dr HABIB, 01 49 70 88 60

**Association Hospitalière Sainte-Marie**

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

*Centre Hospitalier privé à but non lucratif, nous disposons de 466 lits ainsi que d'une prise en charge en appartements relais*

*Nous recherchons pour notre établissement de Nice*

**des PSYCHIATRES pour nos différents pôles de psychiatrie pour adultes**

**et un PEDOPSYCHIATRE ou PSYCHIATRE intéressé par notre structure spécialisée pour adolescents difficiles (SIPAD)**

Salaire selon Convention Collective FEHAP 51  
Temps plein ou temps partiel  
Postes à pourvoir rapidement

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

**CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE MONTPON**

DORDOGNE  
Situé à 70 km de Bordeaux et 60 de Périgueux

**Cherche**

**PH TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIELS PSYCHIATRES ET PEDO PSYCHIATRES**

\*\*\*

Envoyer candidatures à : M. GUILLAUME - DRH - CH MONTPON 24700  
Tél. 05 53 82 82 82 poste 1020  
ou dominique.guillaume@ch-montpon.fr

**CHS de Blain**  
LOIRE ATLANTIQUE

**SERVICE de PSYCHIATRIE GÉNÉRALE**  
(4 CMP, 3 HDJ, 32 lits d'hospitalisation, 1 logement protégé)

**RECHERCHE**  
POUR PRATIQUE PSYCHIATRIQUE DE SECTEUR

**1 Psychiatre**  
(TOUT STATUT)

**CONTACTER LE DR CATALINA GALLARDO AU 02 40 51 51 20**

**NERVURE**  
JOURNAL  
DE PSYCHIATRIE

**Directeur de la rédaction :**  
Gérard Massé

**Rédacteur en chef :** François Caroli

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

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

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

**Publicité**  
médical  
**SUPPORTER**  
promotion

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

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

**Directeur de la Publication :**  
G. Massé

**www.nervure-psy.com**

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