



9^e JOURNÉE DE L'INTERNE

13 mars 2009

Hôpital SAINTE ANNE (Paris)

Association des amis de Pierre DENIKER
pour l'enseignement de la psychiatrie

&

AFFEP

Association pour la formation Française et Européenne en Psychiatrie





Journée de l'Interne 13 mars 2009 - Hôpital Sainte Anne, service du Pr Olié.

Sommaire

LES ASSOCIATIONS

- Association des amis de Pierre Deniker pour l'enseignement en psychiatrie
J.P. Otié p. 5
- AFFEP p. 7

CARRIERES ET PRATIQUES

- La formation des psychiatres : regard sur la situation européenne
E. Constant, S. Dal p. 11
- Pratiques de la psychiatrie : actualités sur le statut de P.H.
A. Consoli p. 15
- Pratiques de la psychiatrie : actualités sur la psychiatrie libérale
A. Zuber p. 17
- Le débat sur l'évaluation des psychothérapies
O. Bowvet de la Maisonneuve p. 19

SCHIZOPHRÉNIE, DE LA CLINIQUE AUX RECOMMANDATIONS THÉRAPEUTIQUES

- Les dimensions sémiologiques des schizophrénies
S. Dollfus p. 23
- Les recommandations thérapeutiques
O. Guillin p. 25
- Des recommandations aux pratiques
O. Canceil p. 27

LES CONDUITES AGRESSIVES

- Quels outils de compréhension pour les conduites agressives ?
R. Gaillard p. 31
- Quelles réponses face aux conduites agressives ?
Des recommandations aux prescriptions
M.J. Guedj p. 33
- Quels outils de prédiction des conduites agressives ?
M. Bodon-Bruzé p. 35

Les Associations

Association des amis de Pierre Deniker

Pierre Deniker (1917-1998) a mené sa carrière de psychiatre à l'Hôpital Sainte-Anne à Paris. Il a joué un rôle essentiel dans le développement de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique.

L'Association des amis de Pierre Deniker pour l'enseignement en psychiatrie est née de la volonté du docteur Jacques Servier, président des Laboratoires Servier, des proches et des élèves de Pierre Deniker, de faire reconnaître l'ampleur de ses travaux.

L'Association des amis de Pierre Deniker pour l'enseignement en psychiatrie entend promouvoir, soutenir ou aider tous les aspects de la psychiatrie : l'enseignement, la recherche clinique et les développements thérapeutiques, mais aussi favoriser les échanges entre scientifiques dans le domaine des neurosciences, dont la journée Pierre Deniker, la journée de fin d'internat et la journée de l'interne...

L'Association des amis de Pierre Deniker pour l'enseignement en psychiatrie, en partenariat avec l'AFFEP (Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie), rassemble depuis 8 ans les internes de première année venus de toutes les régions de France.

Nous souhaitons contribuer ainsi aux progrès de la thérapeutique psychiatrique.

J.P. Olié

Président

H. Lôo

Vice-présidents

J. P. Olié

L. Perret

Secrétaire générale

M. F. Poirier

Trésorier

M. Boudin

L'AFFEP

Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie

Je remercie l'Association des amis de Pierre Deniker notamment les Pr Olié et Lôo, le Dr Poirier pour nous avoir permis de participer à l'organisation des journées de l'interne et de nous recevoir dans ce lieu chargé d'histoire psychiatrique.

L'AFFEP (Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie), a été créée en 1998 initialement pour participer au forum européen des internes en psychiatrie. Cette association a différentes fonctions : favoriser les échanges entre internes de psychiatrie, diffuser les informations sur les formations proposées.

LES ÉCHANGES :

- au niveau national : la formation théorique et pratique reste très hétérogène entre les différentes régions. L'Affep est une association tendant vers une certaine unité nationale. Nous nous réunissons plusieurs fois par an au cours d'assemblées générales afin de favoriser cet échange inter-régions. Dans un souci d'être le plus représentatif possible, 2 coordinateurs nationaux contactent chaque région pour permettre une diffusion des informations. Chaque ville a en effet un référent AFFEP parfois intégré à l'association locale si elle existe.
- au niveau européen : l'Affep a également une représentativité au niveau européen. Deux internes de l'Affep sont représentants à l'EFPT (*European Federation of Psychiatric Trainees*). Ils interviennent notamment au forum européen annuel des internes en psychiatrie (présentations, posters...). Ils participent également aux discussions afin d'améliorer la formation à travers l'Europe. Ces propositions sont parfois retenues au niveau législatif dans certains états européens. Nous aimerions également favoriser les échanges entre les internes français et européens y compris par des stages cliniques.

L'AMÉLIORATION DE LA FORMATION :

- auprès des tutelles : n'étant pas un syndicat, l'Affep a plutôt un rôle de consultant. Cependant, notre association est présente en partenariat avec l'ISNIH, le syndicat national des internes lors des discussions aux ministères

de la santé et de l'éducation. Le débat actuel concerne la modification de la maquette. Cette situation est pour le moment bloquée compte tenu des présidentielles notamment. Des discussions sont également en cours avec le CNUP afin d'améliorer la formation théorique voire pratique. Les propositions de tutorat, de supervision clinique, d'une formation psychothérapeutique plus hétérogène au sein de chaque région...

L'Affep est également invitée aux réunions du CASP (Comité d'Action Syndicale des Psychiatres). Celui-ci regroupe plusieurs syndicats de psychiatres d'exercice public et libéral pouvant débattre des différentes positions à prendre sur des décisions politiques concernant notre pratique future.

- La formation sous plusieurs formes. L'Affep organise ses propres journées sur des sujets complémentaires à notre formation « classique » (psychopharmacologie, anthropologie, phénoménologie). Elle favorise la réalisation d'un congrès national annuel des internes en psychiatrie. L'association négocie des tarifs avantageux pour les internes au congrès de l'encéphale par exemple. Enfin, elle participe aux journées de l'interne organisées par l'association des amis de Pierre Deniker.
- L'Affep participe à certaines réunions de la FFP (Fédération Française de Psychiatrie) tant sur le plan scientifique que syndical. Au cours du congrès annuel de la SIP (Société de l'Information Psychiatrique), nous sommes invités à une réflexion (présentée par des internes) autour de la formation proposée sur le sujet du congrès.

Les informations et le site internet :

Toutes les informations sur la formation sont diffusées via le nouveau site de l'affep : www.affep.net

Ce site est le pivot central de la communication de l'AFFEP. Il comprend un forum, accessible à tous. Inscrivez-vous sur le site, vous pourrez ainsi recevoir régulièrement notre newsletter et cela nous permettra de pouvoir rentrer en contact avec vous si besoin...

Ces informations sont de plusieurs types et tentent de répondre aux questions que se pose l'interne tout au long de sa formation :

- description de l'internat ville par ville pour guider les D4 classés en rang utile pour la psychiatrie ;

- description du cursus, avec les DESC¹;
- explication des démarches à effectuer pour les stages à l'étranger, les stages inter CHU...
- liste des DU² et des masters disponibles... avec prochainement des conseils pour trouver une bourse et pouvoir financer son master ;
- petites annonces offrant des postes aux internes en fin de cursus.

Cette association tend à devenir une fédération réunissant les associations locales de plus en plus nombreuses... N'hésitez pas à nous contacter sur info@affep.net et à consulter notre site.

1 Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

2 Diplôme Universitaire

Carrières et pratiques

La formation des psychiatres : regard sur la situation européenne

D'après la conférence d'Eric CONSTANT et de Sylvain DAL*

Université Catholique de LOUVAIN

1 Place de l'Université

B-1348 LOUVAIN-LA-NEUVE

BELGIQUE

La formation en psychiatrie occupe au sein des spécialités médicales une situation unique, en ce qu'elle emprunte à la fois au champ médical une logique scientifique et expérimentale, et à la psychologie un champ d'études subjectif et contingent : le psychisme humain et ses variations pathologiques.

Le débat sur la validité des différentes approches psychothérapeutiques peut sembler un imbroglio déroutant pour l'interne qui peine à se repérer ; imbroglio d'autant plus difficile à démêler que l'on traverse actuellement une crise de légitimité des maîtres à penser. Il s'agit donc d'éclaircir le processus de construction identitaire de l'interne et d'en déterminer les différents mécanismes, notamment par la littérature à laquelle se réfèrent les jeunes psychiatres.

L'importance du contexte historique et politique dans la formation proposée, les attentes et propositions actuelles en termes de formation des internes seront abordées au travers d'une revue de la littérature sur les publications descriptives et explicatives sur les formations en psychothérapie. Suivra la présentation de l'étude réalisée par le Dr Dal sur les déterminants de l'orientation théorique des psychiatres.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

(d'après l'intervention du Pr E. CONSTANT)

Historique des formations aux psychothérapies

Lorsque l'on adopte une perspective historique, on ne peut manquer d'observer des phénomènes de mode entre psychiatrie, psychanalyse et psychothérapies, qui entrent en résonance avec des problèmes sociaux propres à certaines époques.

Le Pr Widlöcher étudie en 2004 l'évolution historique de la psychanalyse. Il décrit une phase « avant-guerre » où seuls quelques pionniers portaient un intérêt à la psychanalyse, une seconde phase de 1945 à 1970 d'enthousiasme important, une phase d'emprise des années 70 aux années 90, et enfin une phase contemporaine de déclin de la psychanalyse et d'engouement pour la TCC¹.

Dans une étude publiée en 2001, Delahousse note lui aussi une popularité massive de la psychanalyse chez les internes, dans les années 70, avec un désinvestissement

excessif de la psychiatrie classique, après la dissociation entre la neurologie et la psychiatrie. Il constate de même un retour actuel à l'hypermédicalisation, à une recherche de références scientifiques. Il remarque que les nominations aux postes hospitaliers se font dans une perspective de rigueur scientifique.

Aux USA² en 2006, Mellman constate un accroissement de la portée de la médecine fondée sur les preuves (EBM³), qu'il met en parallèle avec la baisse du nombre de psychanalystes, qui sont en grande partie âgés de plus de 50 ans, comme le remarque Bodkin en 1995. Bodkin ajoute en outre que les psychiatres âgés de 59 ans et plus se réfèrent plus souvent au modèle psychothérapeutique. Au sein de ce groupe, il retrouve davantage : de femmes, de consommation de cannabis, de traitement personnel psychotrope et une histoire familiale psychiatrique plus fréquente. En revanche selon ses données les psychiatres de moins de 40 ans favorisent le modèle biologique, et exercent 4 fois plus d'activité de recherche. L'étude suisse de Jürg Willi de 2002 met aussi en évidence que la psychiatrie est de plus en plus considérée comme une émanation de la neurobiologie, et devient de ce fait moins attractive pour de jeunes médecins. Alors que les restrictions budgétaires favorisent les interventions brèves, la psychothérapie pourrait être à terme menacée par son manque de visibilité, d'autant plus que l'obtention de chaires de psychiatrie semble souvent orientée pour les neurobiologistes, accordant une grande importance au DSM⁴.

Politiques de formation aux psychothérapies

L'importance des politiques nationales n'est pas non plus à négliger. Fuminger compare la Suisse et la France en 2005. La scission qui s'est produite entre la neurologie et la psychiatrie dans les années 50 en France, s'est produite plus tôt en Suisse. Ce qui a conduit à une formation et à un paysage psychiatrique différents. Il y a eu une intégration dans le *curriculum* psychiatrique de formations aux psychothérapies en Suisse ; ce qui n'est pas le cas en France. Beigel et Santiago décrivent en 1995 une évolution du métier de psychiatre, devenant un coach, un manager d'équipe. Ceci correspond à un besoin de santé public, qui vient renforcer cette évolution actuelle.

Maturation et acquisition de compétences au cours de l'internat

Pour Holt (1959), l'internat en médecine et plus spécifiquement en psychiatrie, est choisi par l'étudiant pour sublimer ses pulsions. Il constitue une phase d'évolution psychologique, un processus de maturation durant laquelle l'influence des pairs est majeure. Il est en effet l'occasion d'une supervision, et de critiques par ses supérieurs selon Drucker (1978).

Cependant, Yager et Pasnan pointent en 1976 que le manque d'objectif des internes entraîne des difficultés émotionnelles. Souvent après la 2^{ème} année de formation naît une insatisfaction vague, une critique de la psychiatrie (la 1^{ère} année correspondant à une acceptation sans remise en cause) qui se résout à partir de la 3^{ème} année par une intégration plus mesurée mais aussi plus constructive. Pour Ford (1963), l'internat est l'occasion de faire l'expérience de supervisions analytiques.

Mais Caryell note en 1987 une diminution des analyses personnelles, avec une recherche de psychanalyse de formation, et montre que les exigences actuelles tendent vers une meilleure formation médicale, clinique et pharmacothérapeutique. Ce qui est corroboré par Van Beinem pour lequel l'internat est un temps d'entraînement théorique et d'acquisition de compétence pratiques. Plus précisément Yager (2003) considère que l'interne doit au cours de son *cursus* faire l'expérience des thérapies brèves, de la TCC, des psychothérapies pharmacologiques, psychodynamiques, et de la thérapie de soutien : le but étant d'avoir acquis des compétences dans ces 5 formes de psychothérapies. De même Zafran, suggère des formations à différentes psychothérapies, suivies d'une spécialisation secondaire de l'interne.

LES DÉTERMINANTS DE L'ORIENTATION CHEZ LES ASSISTANTS DE PSYCHIATRIE EN BELGIQUE (d'après la conférence du DR S. DAL ; sylvain.dal@swing.be)

Introduction

Intéressé par la compréhension de la formation psychiatrique et du processus d'acquisition d'une orientation psychothérapeutique, le Dr Dal s'est appuyé sur les caractéristiques de son pays pour réaliser une étude chez les assistants de psychiatrie belges (équivalents des internes français). En effet, avec ses parties wallonne et flamande, la Belgique possède une triple spécificité géographique, linguistique et théologique, ainsi qu'une certaine parenté avec les Pays-Bas.

L'objectif de l'étude est de définir les différences d'orientation théorique entre les internes de régions adjacentes, et d'en identifier des variables déterminantes. La méthode employée consiste en un autoquestionnaire de 6 pages transmis à tous les internes en psychiatrie belges (wallons et flamands) et néerlandais. Une fois rempli, il a été renvoyé de façon anonyme sous enveloppe. Ce questionnaire évalue le lieu de la formation, l'orientation psychothérapeutique, les théories influençant la

pratique quotidienne, les données démographiques. L'évaluation des éléments importants de la constitution de l'identité de soignant se fait au moyen d'une échelle de Likert, cotant de 1 à 7 l'orientation psychanalytique, systémique ou comportementaliste.

Analyse des résultats

Les taux de réponse ont été de 35 % pour la Wallonie, de 26 % pour les Flandres et de 16 % pour les Pays-Bas.

1. Impact des variables socio-économiques sur l'orientation

Pour caractériser les internes, il a été tenu compte de leur origine régionale, de leur sexe, de leur religion, de leur âge de début de la psychiatrie, de leur nombre d'années de stage accomplies. La variable à expliquer est l'orientation revendiquée par l'assistant. Les Néerlandais se réclament à la fois d'une orientation psychanalytique et comportementaliste bien que cette dernière prédomine largement. Etre francophone augmente le « risque relatif » d'être d'orientation psychanalytique, de même qu'un background catholique et un âge supérieur. Le profil systémique est lui revendiqué de façon stable dans les 3 régions étudiées.

2. Influence des auteurs sur le travail quotidien

Les étudiants devaient cocher dans une liste d'auteurs ceux qu'ils avaient lus. Il s'est avéré que Freud, Winnicott, Mélanie Klein, Jung, Piaget étaient populaires partout. Kernberg, Linehan, Beck, Rogers, Kohut obtenaient des meilleurs scores au Pays-Bas. Au Sud en revanche Lacan, Dolto et Bateson étaient plus connus, ce qui corrobore le fait que la Wallonie a une école plus lacanienne, plus phénoménologique, plus systémicienne que les Flamands. De même chez ces derniers, Cyrulnik, Bergeret, Ey, Oury, Deleuze sont inconnus. D'autres auteurs sont quant à eux orphelins de tout lectorat belge et néerlandais tel Blankenburg, Cattell...

Discussion

Cette étude soulève de nombreuses questions. Pourquoi les internes néerlandophones considèrent-ils que leur orientation psychanalytique est une part importante de leur identité alors que ces auteurs sont peu lus ? Pourquoi l'orientation psychanalytique semble-t-elle corrélée à la culture catholique, tandis que le milieu protestant calviniste se révèle plus en faveur des TCC ? Des explications sociologiques peuvent être avancées mais une étude plus poussée reste à apporter. L'importance de la langue dans la transmission n'est pas à négliger : il s'avère que les auteurs ont du mal à passer les frontières.

Conclusion

La différence de formation entre les internes de pays différents semble désormais indiscutable. Ce travail de modélisation des facteurs qui influencent l'orientation

psychothérapique reste à poursuivre. Il permet de mieux conceptualiser nos formations en psychiatrie, et d'améliorer la transmission du savoir et des valeurs du champ psychothérapeutique.

1. TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale
2. USA : United States of America
3. EBM : Evidence Based Medicine
4. DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

* *Synthèse rédigée par Marie Bon Saint-Côme*

Pratique de la psychiatrie : actualités sur le statut de P.H.

D'après la conférence d'Angèle CONSOLI*
Service de Psycho-Pathologie de l'Enfant et l'Adolescent
Hôpital Robert Debré
75935 PARIS

LES DIFFÉRENTES FONCTIONS MÉDICALES HOSPITALIÈRES

• **Assistant**

L'assistant à l'hôpital représente un élément central pour assurer la continuité des soins. Il occupe une activité temps plein qui correspond à 10 demi-journées par semaine (sans que le total des heures hebdomadaires effectuées ne puisse dépasser 48 heures). Il reçoit des émoluments forfaitaires mensuels, qui peuvent varier selon la spécialité dans laquelle il exerce.

• **Chef de Clinique-Assistant**

Sa particularité réside dans son statut double, à la fois hospitalier et universitaire. Il occupe les mêmes fonctions hospitalières que celles précédemment citées ; il exerce en outre des activités d'enseignement et de recherche. Son temps d'exercice hebdomadaire est lui de 11 demi-journées par semaine.

• **Praticien Hospitalier**

Les missions des praticiens hospitaliers sont diverses : diagnostic, traitement, soins variés, activités d'urgence, activités de gestion du service, permanence des soins obligatoire. L'exercice peut se faire à temps plein (soit 10 demi-journées par semaine), mais également à mi-temps (correspondant en fait à 6 demi-journées par semaine). Le statut donne droit à 25 jours de congés annuels auxquels s'ajoutent 21 jours de RTT¹.

LE CONCOURS DE PH

Pour accéder au statut de PH, il est nécessaire de passer un concours, qui est national. Il en existe deux types selon le parcours antérieur.

Concours de type 1

Le concours de type 1 est réservé aux médecins ayant exercé des fonctions d'assistant ou de chef de clinique-assistant.

Il implique la constitution d'un dossier mentionnant les différentes activités cliniques, les travaux de recherche (thèse, publications de recherche), ainsi que les services rendus (gardes, travaux d'accréditation, missions de

gestion d'enseignements). Il comporte ensuite un entretien oral avec un jury.

Concours de type 2

Le concours de type 2 est ouvert à tous les médecins thésés candidats.

Il comporte un examen des connaissances sous la forme d'une épreuve écrite, également suivie d'un entretien oral.

Il est nécessaire de garder toutes les traces écrites de l'ensemble des activités cliniques, de recherche et administratives, effectuées depuis le début de l'internat ; car elles servent de justificatifs pour le dossier du concours PH. Il paraît donc indispensable de bien se préparer à cette éventualité le plus tôt possible dans son parcours en psychiatrie, pour pouvoir produire facilement les pièces du dossier au moment du concours.

Le succès au concours de PH donne droit à l'inscription sur liste des PH, qui reste valable 4 ans. Passé ce délai, il faut se présenter de nouveau au concours.

On peut ensuite postuler pour un poste vacant. Le choix d'un poste fait accéder au statut de PH probatoire, qui correspond à une période d'essai.

QUELQUES DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Demi-journées d'intérêt général

Il est possible de travailler en dehors de l'hôpital, par exemple dans des structures associatives, dans la limite de 2 demi-journées par semaine.

Consultations privées à l'hôpital

Il est autorisé de réaliser des consultations privées à l'hôpital ou de travailler dans une structure privée à condition de reverser 30 % des revenus générés à l'hôpital. Le volume des consultations privées à l'hôpital ne doit en aucun cas dépasser le volume consacré aux consultations publiques. Lorsqu'un praticien réalise des consultations privées il doit s'affranchir des cotisations au titre libéral pour la retraite.

Par contre, un praticien qui décide d'avoir un exercice

public exclusif reçoit une prime (de l'ordre de 500 euros par mois).

Statut de PH attaché

Il s'agit d'un statut fixé pour un praticien qui réalise au moins 3 vacations par semaine.

Activité d'expertise

Un PH peut réaliser une activité d'expert. Celle-ci donne droit à rémunération, considérée comme une activité libérale donc soumise à la déclaration URSSAF².

1. RTT : Récupérations du Temps de Travail
2. URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales)

* *Synthèse rédigée par Nicolas Bruno*

Pratique de la psychiatrie : actualités sur la psychiatrie libérale

D'après la conférence d'Antoine ZUBER*

Psychiatre libéral
5 rue Antoine Vollon
75012 PARIS

DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA PSYCHIATRIE LIBÉRALE

Il existe sur le territoire français actuellement 6.600 psychiatres libéraux, 10.000 lits d'hospitalisation privés en psychiatrie, et 30.000 lits associatifs.

Par ailleurs, la France se situe parmi les pays ayant une très forte densité de psychothérapeutes par habitant : une des plus élevée au monde (4 fois plus qu'en Grande Bretagne par exemple). Mais ces chiffres incluent l'ensemble des psychothérapeutes, prenant ainsi en compte les psychothérapeutes non médecins (psychologues, psychanalystes...).

Il existe des incertitudes quant au nombre de psychiatres libéraux à l'avenir. Depuis 1990, il y a eu une diminution générale de 37 % des internes spécialisés en psychiatrie. En 2020, la France devrait compter 40 % de psychiatres libéraux.

PROFIL DES PSYCHIATRES LIBÉRAUX

Une étude de 1990 relevait que les psychiatres libéraux étaient :

- à 60 % des hommes ;
- avec une activité salariée en parallèle représentant en moyenne 10h de travail par semaine pour 4 % d'entre eux ;
- productifs : avec 50 patients vus par semaine en moyenne ;
- engagés dans une activité de psychiatrie d'adolescents et d'enfants pour 20 % d'entre eux.

PROFILS DES PATIENTS VUS EN PSYCHIATRIE LIBÉRALE

Concernant les pathologies occasionnant la prise en charge, il s'agit pour :

- 60 % de troubles névrotiques ;
- 20 % de troubles de l'humeur ;
- 11 % de troubles psychotiques ;
- 9 % autres.

Parmi les patients qui accèdent au soin en psychiatrie libérale :

- 20 % sont adressés par leur médecin traitant pour avis ;
- 25 % sont adressés par leur médecin traitant pour engagement dans un suivi ;
- 55 % consultent en accès direct.

PRESCRIPTIONS EN PSYCHIATRIE LIBÉRALE

Lorsque l'on examine les prescriptions et les actes faits en psychiatrie libérale, on observe que :

- 5 % des actes sont des nouvelles consultations ;
- un tiers des nouveaux patients consultant un psychiatre libéral bénéficient d'une chimiothérapie ;
- les psychiatres libéraux prescrivent 10 euros de traitement médicamenteux par acte en moyenne ;
- 45 % des patients suivis en ville n'ont pas de psychotropes ;
- 75 % des patients sont considérés en psychothérapie régulière.

ACTIVITÉ PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

Parmi les psychiatres libéraux, 80 % se déclarent psychothérapeutes : 70 % dans une mouvance psychodynamique (36 % dans une activité d'analyse stricte), et 15 % dans une mouvance cognitive et comportementale.

Quand elle est pratiquée, l'activité analytique pure l'est de façon très minime en regard du volume de consultation total. Au contraire, les psychiatres libéraux thérapeutes cognitivo-comportementalistes ont un exercice exclusif de cette activité ; ils sont en moyenne plus jeunes et prescrivent plus.

CONCLUSION

Une question se pose de façon cruciale : celle de la formation de ceux qui se destinent à une activité libérale. Non seulement se pose la question de la formation à l'activité libérale en elle-même, mais également celle à la psychothérapie, domaine pour le moment laissé en marge de l'éducation au métier de psychiatre en France.

* Synthèse rédigée par Nicolas Bruno

Le débat sur l'évaluation des psychothérapies

D'après la conférence d'Olivier BOUVET DE LA MAISONNEUVE*

Psychanalyste

Service Hospitalo-Universitaire de Santé Mentale et Thérapeutique

Hôpital Sainte Anne

75014 PARIS

INTRODUCTION

Un amendement concernant le titre de psychothérapeute vient d'être adopté par l'Assemblée Nationale dans le cadre de la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (amendement qui sera probablement avalisé par le Sénat, dans la mesure où il est confirmé par le Ministre de la Santé). Cet amendement prévoit d'imposer aux médecins une formation spécifique théorique et clinique en psychopathologie clinique, pour avoir le titre de psychothérapeute. Cette nouvelle disposition témoigne de l'aboutissement d'un processus ancien de revalorisation de la place des psychothérapies au sein de la psychiatrie et en tant que priorité de Santé Publique. Elle implique aussi la mise en place de formations évaluées scientifiquement ; mais les modalités d'évaluation font encore débat.

HISTORIQUE DES TRAITEMENTS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

Le terme de « psychothérapie » désigne « toute méthode de traitement des désordres psychiques ou corporels qui utilise des moyens psychologiques et plus précisément qui portent sur la relation entre thérapeute et patient ». Les plus anciennes psychothérapies relevaient du domaine du religieux, comme à Epidaure ; ce domaine joue toujours un rôle important dans les sociétés traditionnelles et dans certains milieux ruraux.

Au XVIII^{ème} siècle, la philosophie des Lumières étudie les phénomènes humains sous l'angle de la raison, et s'accompagne du développement d'un intérêt pour la santé mentale. La « psychothérapie » apparaît en médecine au XIX^{ème} siècle, par opposition à la « physiothérapie ». Dès le départ, ce terme regroupe des pratiques hétérogènes dont les principaux axes sont la pédagogie, le repos, la suggestion, l'activité physique, et surtout le soutien moral.

La psychanalyse naît à la fin du XIX^{ème} siècle et joue d'emblée un rôle important dans le débat d'idées autour des psychothérapies. Puis viennent les comportementalistes au XX^{ème} siècle qui renouvellent les pratiques en théorisant la manière de modifier des comportements humains. Enfin, depuis les années 1960, on assiste à une explosion du nombre et de la variété des psycho-

thérapies, ainsi qu'à leur sortie d'un champ médical exclusif.

ÉTAT ACTUEL DES PRATIQUES EN FRANCE

Actuellement, il existe environ 400 méthodes différentes en France, que l'on peut regrouper en 6 catégories de thérapies.

- Les thérapies pédagogiques : basées sur l'usage de la raison. Elles s'inscrivent dans une démarche de rééducation et de correction des processus mentaux. Ce sont les TCC¹, la psychoéducation).
- Les thérapies psychodynamiques : elles cherchent à approcher l'inconscient par le transfert. Ce sont la psychanalyse, les psychothérapies d'inspiration analytique, le psychodrame, les psychothérapies brèves, les thérapies interpersonnelles...
- Les thérapies familiales.
- Les thérapies institutionnelles.
- Les thérapies à médiation corporelle.
- Les charlatans et sectes.

En France, on compte, en 2008, 27 000 psychologues en exercice, 13 500 psychiatres dont 6 000 libéraux pour lesquels 60 à 80 % de l'activité consiste en psychothérapies ; 8 000 à 12 000 psychothérapeutes, dont 25 % de psychologues et 25 % de médecins non psychiatres, 5 000 psychanalystes et 500 comportementalistes.

EVALUATION SELON LE NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE

L'evidence-based-medicine, ou médecine fondée sur le niveau de preuve, tend vers une utilisation rigoureuse et judicieuse des meilleures données disponibles lors des décisions de soins. Elle vise à associer les données de la science et l'expérience clinique dans un effort de conceptualisation, pour guider le clinicien dans sa pratique tout en tenant compte de la réalité du patient. Cette approche a conduit au développement de critères d'évaluation des pratiques de soins, et à la hiérarchisation du niveau de preuves sur lesquelles ces pratiques sont recommandées. Ainsi l'HAS² reconnaît cinq niveaux de preuve allant du niveau 1 où l'efficacité est établie sur des arguments scientifiques solides, au niveau 2 lorsqu'il

existe une présomption d'efficacité, jusqu'au niveau 5, où en l'absence d'étude, l'efficacité est convenue par accord professionnel.

LA QUERELLE DES AMENDEMENTS

En 2003 les psychothérapeutes réclament à l'Etat un statut. L'amendement Accoyer vise ainsi à l'obtention d'un titre de psychothérapeute, directement pour les médecins thésés et les psychologues, et au terme d'une formation pour les autres prétendants au titre (modalités rediscutées depuis).

Dans ce contexte et dans une démarche normative, en octobre 2003, l'INSERM³ réunit un comité d'experts pour évaluer les psychothérapies et notamment leur niveau de preuve en terme d'efficacité pour les différentes pathologies. Il en ressort que les thérapies psychodynamiques bénéficient d'un niveau 1 de preuve de leur efficacité pour la prise en charge des troubles de la personnalité et d'un niveau 2 avec une simple présomption d'efficacité pour le trouble panique sans attaque de panique. De même les TCC ont prouvé leur efficacité dans l'agoraphobie, les phobies sociales, l'anxiété généralisée, le stress post-traumatique, les TOC⁴, les états dépressifs d'intensité moyenne, la schizophrénie et la personnalité borderline avec un niveau de preuve de rang 1 ; et pour les phobies simples, les personnalités évitantes et les troubles bipolaires avec un niveau de preuve de rang 2. Enfin la thérapie familiale a fait la preuve de son efficacité dans la prévention des rechutes de la schizophrénie, de l'alcoolisme et bénéficie d'une présomption d'efficacité pour le trouble bipolaire et l'anorexie.

Ce rapport soulève des protestations de la part de psychanalystes, qui refusent cette évaluation de leur pratique. Ils contestent également les modalités de reconnaissance de leur statut par l'amendement Mattei-Dubernard qui prévoit le titre de psychothérapeute pour les psychanalystes appartenant à une école reconnue. Face à ces mouvements de protestation, le ministre

de la Santé, Philippe Douste-Blazy retire le rapport de l'INSERM. La publication en 2006 par des comportementalistes d'un livre noir de la psychanalyse, qu'ils présentent comme une imposture, apparaît comme une riposte dans ce contexte.

Dans ce conflit, il s'avère que l'évaluation et le fait d'être évaluable (outré d'être un argument en faveur des TCC) constitue une question incontournable de la validité et de la scientificité de nos thérapies. Ce rapport de l'INSERM, réalisé à la façon d'une méta-analyse de méta-analyses (sans en avoir les critères méthodologiques) présente plusieurs limites. Il s'appuie sur des études très hétérogènes pour formuler des recommandations. La disparité des travaux rend la comparaison impossible entre les différentes thérapies. La psychanalyse et les thérapies familiales apparaissent comme particulièrement difficiles à évaluer, car situées en dehors du DSM-IV⁵, de durée élevée, avec des cohortes de faibles effectifs...

CONCLUSION

Aujourd'hui, il importe de dépasser la polémique en prenant en compte les besoins croissants de la population en psychothérapies. Tout médecin devrait connaître les différentes méthodes et leur complémentarité. L'évaluation de chaque psychothérapie doit se baser sur son efficacité clinique. A ce sujet les psychanalystes ont un gros travail à fournir, pour se positionner vis-à-vis des évaluations, de cette recherche de résultats et acquérir un statut de science.

1. TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales
2. HAS : Haute Autorité de Santé
3. INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
4. TOC : Troubles Obsessionnels et Compulsifs
5. DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual, 4^{ème} version

* Synthèse rédigée par Marie Bon Saint-Côme

Schizophrénie, de la clinique
aux recommandations
thérapeutiques

Les dimensions sémiologiques des schizophrénies

D'après la conférence de Sonia DOLLFUS*

CHU CAEN

Boulevard Henri Becquerel

BP 5229

14033 CAEN Cedex 5

RAPPEL HISTORIQUE

L'hébéphrénie a été décrite par Hecker en 1871, puis la catatonie ou « folie de tension » par Kalhbaum en 1874. Emil Kraepelin les regroupera avec la forme paranoïde sous le nom de « démence précoce », dont le point commun, selon lui, est l'évolution vers un appauvrissement des fonctions affectives et intellectuelles.

C'est Bleuler qui emploie pour la première fois en 1911 le terme de schizophrénie. Il s'appuie sur les descriptions de ses prédécesseurs mais réfute le critère évolutif de Kraepelin. Il propose comme hypothèse explicative le « spaltung », qui signifie littéralement « dislocation » des fonctions psychiques. Du point de vue étiopathogénique, il distingue : les symptômes primaires, « qui naissent directement du processus pathologique », comme la dissociation mentale ; des symptômes secondaires, « qui viennent par la réaction du psychisme à la maladie mentale ». Il fait ainsi, en quelque sorte, la synthèse des courants organiciste et psychanalytique. Sur le plan diagnostique, il insiste sur les symptômes fondamentaux : trouble de l'association des idées, trouble de l'affectivité, ambivalence et autisme (dit les quatre « A » de Bleuler). Ces symptômes fondamentaux « présents en tout temps et dans tous les cas », par opposition aux autres symptômes, dits accessoires.

En 1912, Chaslin, un aliéniste français, emploie le terme de « folie discordante » opérant un regroupement basé sur l'observation clinique objective sans présupposé étiopathogénique. En 1946, Delay insistera sur « l'hypothymie ou affaïssement du tonus instinctivo-affectif de base » chez les sujets hébéphrènes. Schneider proposera, en 1947, des « symptômes de premier rang » qui recourent largement ceux de l'automatisme mental. Un seul de ces symptômes, à un moment donné de l'évolution, devait suffire pour poser le diagnostic. Ces critères se sont révélés insuffisamment spécifiques, mais ouvrent la voix aux classifications diagnostiques qui marquent la deuxième moitié du XX^{ème} siècle.

DIMENSION NÉGATIVE

On pourra à nouveau citer Delay : « il s'agit de jeunes gens indifférents, apathiques qui se désintéressent peu à

peu de tout. Ils recherchent la solitude et passent leur temps à ressasser. Ils n'ont plus aucun attachement sentimental ni affection pour leurs parents ni camarades ni amours - ils semblent avoir perdu tout élan. [...] Les sources de l'affectivité sont glacées. Ils apparaissent lointains distants absents. On tente vainement d'établir un contact avec eux ; leur visage sans expression rien ne laisse deviner. Il y a disparition des pulsions et apragmatisme. »

Carpenter fait la distinction entre signes fonctionnels négatifs primaires, liés à la maladie, et signes fonctionnels négatifs secondaires liés par exemple aux effets indésirables des neuroleptiques, à un syndrome dépressif ou à l'absence de stimulations sociales.

DIMENSION DE DÉSORGANISATION

L'expression du syndrome dissociatif peut être affective, psychomotrice - avec un risque de passage à l'acte - ou intellectuelle.

Cette dernière sera mise en évidence par des troubles du cours de la pensée (barrage ou fading). Le discours est diffluent, les associations d'idées sont souvent hermétiques, ou fonctionnent par simple assonance. Le contenu du discours est modifié ; le patient peut utiliser des néologismes, des métaphores pseudo-philosophiques, ou avoir une tendance à l'abstractionnisme. L'altération du système logique est illustrée par le rationalisme morbide, les pensées magiques ou l'illogisme.

DIMENSION POSITIVE

Les hallucinations sont présentes chez 70% des patients. On détaillera : le petit automatisme mental : dévidage muet des souvenirs, idéations parasites, mots jaculatoires fortuits, arrêt de la pensée ; et le grand automatisme mental : où actions, idées, sensations et émotions sont vécues comme imposées.

Parmi les hallucinations psychosensorielles, on pourra repérer les hallucinations acoustico-verbales par des attitudes d'écoute ou de protection. Moins connues sont les hallucinations verbales kinesthésiques : « je n'entends pas, je me sens parler », ou les hallucinations verbales motrices : « j'ai l'impression que je joue les ventriloques,

il y a une voix dans ma gorge qui dit que je les déteste », toutes deux décrites par Ségla en 1892.

AUTRES DIMENSIONS

Les catégories précédentes n'incluent pas certaines dimensions de la schizophrénie, certes non spécifiques mais souvent présentes, et qu'il faut savoir rechercher. Il s'agit de la dépression - il ne faut pas oublier que 10 % des patients schizophrènes meurent par suicide - de l'anxiété, et de l'hostilité.

LES ÉCHELLES D'ÉVALUATIONS

Trois échelles standardisées sont couramment utilisées pour mesurer l'intensité des symptômes dans la schizophrénie. La PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) pour les dimensions positives et négatives, la SANS (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) pour la dimension négative, et la SAPS (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms*) pour la dimension positive. Ces échelles ont montré leur validité et leur fidélité interjuge.

LIENS AVEC LES CLASSIFICATIONS DIAGNOSTIQUES

Les classifications du DSM IV¹ et de la CIM 10² sont des outils développés initialement en recherche, pour aider à former des groupes de patients homogènes. Puisqu'elles diffèrent par leurs critères, il faut avoir à l'esprit qu'elles sélectionneront des populations différentes.

Le DSM IV requière, pour porter le diagnostic de schizophrénie, une durée d'évolution de 6 mois et s'approche de la conception kraepelinienne.

En ce qui concerne la CIM 10, le nombre de critères nécessaires est moins important et la durée ramenée à 1 mois, se rapprochant ainsi d'avantage de l'idée de Schneider.

On peut regretter que Bleuler ait été « oublié » dans ces classifications, notamment dans la prise en compte de la dimension négative.

1. DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^{ème} version
2. CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} version

* Synthèse rédigée par Aurélie Durand

Les recommandations thérapeutiques

D'après la conférence d'Olivier GUILLIN*

Centre hospitalier du Rouvray
4 rue Paul Eluard
76301 SOTTEVILLE-LES-ROUEN cedex

L'objectif des recommandations thérapeutiques est d'indiquer le parcours de soin et la prise en charge optimale des patients présentant une pathologie donnée. Ces recommandations sont basées sur une revue systématique de la littérature. Elles doivent faire l'objet d'un consensus et indiquer leur niveau de preuve. Elles peuvent émaner des instances de tutelles (HAS¹, NICE²), d'associations de psychiatres (APA³, RCANZP⁴, ACP⁵) ou de sociétés savantes (WFSBP⁶).

UN ANTIPSYCHOTIQUE EST NÉCESSAIRE

Les antipsychotiques constituent le traitement pharmacologique de référence (HAS). Ils sont la pierre angulaire du traitement de la schizophrénie (RCANZP) pour la plupart des patients (ACP) voire pour tous les patients à long terme (WFSBP). Ils ne se conçoivent que dans une prise en charge globale médicopsychosociale.

NEUROLEPTIQUE DE PREMIÈRE OU DE DEUXIÈME GÉNÉRATION ?

C'est la question la plus délicate : il n'y a pas de preuve forte pour favoriser l'un par rapport à l'autre en termes d'efficacité (ACP, APA, WFSBP) mais il existe des différences majeures en termes de profil de tolérance. Les neuroleptiques de deuxième génération sont recommandés en première intention (HAS) notamment dans les premiers épisodes (ACP, APA, RCANZP, NICE) ou chez l'adolescent (NICE). Les neuroleptiques de première génération seront utilisés en deuxième intention (RCANZP) ou en première intention si le patient avait bien répondu antérieurement (HAS). Il n'y a évidemment pas de changement à faire pour un patient équilibré sous neuroleptique de première génération ; par contre, il faudra lui substituer un neuroleptique de seconde génération en cas de mauvaise tolérance (toutes les recommandations). Certaines recommandations tiennent compte du coût du traitement (NICE).

INFORMATION DU PATIENT

Le patient doit toujours être impliqué dans le choix du traitement. Le traitement doit être individualisé.

FORME GALÉNIQUE

On choisira la forme la plus simple possible (une seule prise, un nombre minimum de comprimés). La voie orale est préférée (HAS). Les neuroleptiques d'action prolongée sont envisagés en cas de mauvaise observance (HAS, APA, ACP) ou en cas de préférence du patient pour cette voie (APA, RCANZP, WFSBP).

POSOLOGIE

L'augmentation sera rapide pour les américains (APA) limitée seulement par l'apparition d'effets indésirables ; ou par paliers hebdomadaires pour les canadiens (ACP). Les doses doivent être dans la fourchette de l'AMM sinon la prescription devra être documentée. La « dose minimale efficace » d'entretien est difficile à déterminer pour les neuroleptiques de seconde génération (WFSBP, NICE, APA) mais les doses plus faibles que dans la phase aiguë semblent moins efficaces. Pour les neuroleptiques de deuxième génération on choisira la dose maximale ne donnant pas d'effet secondaire.

EVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT

La réponse initiale au traitement sera évaluée au bout de 2 à 4 semaines pour l'APA, de 4 à 6 semaines pour l'HAS et de 4 à 8 semaines pour l'ACP. La surveillance sera ensuite au minimum mensuelle (APA). L'amélioration globale des symptômes sera jugée sur une durée de 6 mois (APA) à 1 an (ACP).

DURÉE DU TRAITEMENT

Le niveau de preuve est faible concernant la durée de traitement d'un épisode unique : au minimum deux ans (APA) voire 5 ans (HAS, ACP, NICE, WFSBP). Le traitement sera poursuivi à vie : à partir de 2 épisodes en 5 ans ; et, à plus forte raison, en cas de rechutes multiples (toutes les recommandations).

MONOTHÉRAPIE OU POLYTHÉRAPIE ?

On préférera toujours une monothérapie (HAS). Une bithérapie est envisageable en cas d'échec d'une

monothérapie (HAS), lors d'une substitution (HAS, ACP, RCANZ) ou pour ajouter un neuroleptique de première génération de type phénothiazine à visée sédatrice (APC, NICE, RANZCP).

LES COPRESCRIPTIONS

Les benzodiazépines peuvent être utilisées pour traiter la catatonie, l'anxiété ou l'agitation (APA). Un antidépresseur sera ajouté devant un épisode dépressif majeur ou un trouble obsessionnel compulsif associé (APA, HAS, WFSBP) et un thymorégulateur en cas d'agressivité ou d'hostilité (APA, HAS).

PLACE DE LA CLOZAPINE

La clozapine est indiquée dès qu'on identifie une schizophrénie résistante, définie par l'échec de deux traitements bien conduits sur une durée de 6 à 8 semaines (HAS). La clozapine peut donc être introduite dans les six mois (RCANZP, NICE) qui suivent le diagnostic ! Cette molécule serait à privilégier en cas d'idées suicidaires persistantes (ACP) ou dans des situations d'hostilité ou d'agression (APA).

PLACE DE L'ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE (ECT)

Les ECT sont envisagées chez les patients catatoniques non répondeurs au lorazépam (APA), ainsi que chez

ceux ayant des symptômes sévères et une intolérance ou une résistance aux traitements médicamenteux (APA, RCANZP, WFSBP). Il faut savoir que la catatonie ou la participation affective importante sont susceptibles de bien répondre et doivent donc encourager le recours aux ECT.

POUR DONNER ENVIE AUX INTERNES DE LIRE CES RECOMMANDATIONS

Il est intéressant de noter les points communs mais aussi les différences de pratiques en fonction des pays, laissant entrevoir les différences de culture dans le soin.

On pourra citer de nombreux intérêts à lire ces recommandations : en premier lieu le fait qu'on y apprend beaucoup et de façon hiérarchisée. Il s'agit de plus d'une obligation professionnelle ; les malades et leurs familles les lisent. Sans oublier le fait que ces documents sont gratuits et faciles à trouver... Il n'y a plus d'excuse !

1. HAS Haute Autorité de Santé
2. NICE National Institute for Health and Clinical Excellence
3. APA American Psychiatric Association
4. ACP Association Canadienne de Psychiatrie
5. RCANZP Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists
6. WFSBP World Federation of Societies of Biological Psychiatry

* Synthèse rédigée par Aurélie Durand

Des recommandations aux pratiques

D'après la conférence d'Olivier CANCEIL*

Secteur 75G17

Centre Hospitalier Sainte Anne

75014 PARIS

La prise en charge de la schizophrénie s'inscrit dans la durée et vise à optimiser la qualité de vie des patients, afin de leur permettre d'atteindre d'avantage d'indépendance, et de favoriser la réintégration sociale

HISTORIQUE DES RECOMMANDATIONS

Les objectifs thérapeutiques ont évolué avec le temps. En 1960, on cherchait avant tout à diminuer les symptômes. A partir des années 80, on souhaite obtenir une amélioration durable et prévenir les récurrences. Dans les années 90, la notion de bien-être subjectif et de qualité de vie émerge ; les symptômes neurocognitifs deviennent une cible des traitements. Et à partir des années 2000, tous les efforts sont réalisés afin de permettre une rémission complète, une efficacité maximale pour le patient. Cette évolution se retrouve au travers des recommandations successives d'experts.

Ainsi, la conférence de consensus française de 1994 recommande en première intention une monothérapie de neuroleptiques, d'éviter la prescription systématique d'antiparkinsoniens, et de s'abstenir d'antidépresseurs en phase aiguë.

En 2003, la conférence de consensus au sujet de la schizophrénie débutante préconise les APA¹ de seconde génération, si besoin en association avec les thymorégulateurs. Elle contre-indique les cures de type analytique, mais conseille de mettre en place d'autres thérapies et en particulier des TCC² (même si cela reste peu fait en pratique).

Les stratégies thérapeutiques actuellement validées sont : les pharmacothérapies, la formation à l'autogestion de la maladie, les approches cognitivo-comportementales, les programmes psychoéducatifs pour les familles, le soutien à l'insertion professionnelle, les traitements intégrés pour les patients qui ont un double objectif (par exemple en cas d'addiction associée).

SURVEILLANCE DES TRAITEMENTS ANTIPSYCHOTIQUES, SELON LES DONNÉES PUBLIÉES PAR L'HAS EN JUIN 2007 :

En cas de traitement antipsychotique, l'HAS³ recommande les bilans paracliniques de surveillance suivants :

- glycémie trimestrielle puis semestrielle ;
- bilan lipidique annuel en l'absence d'anomalies, trimestriel dans les autres cas ;
- NFS⁴, ionogramme, créatinine, transaminases annuels ;
- dosage de prolactine initial puis selon les données cliniques ;
- ECG⁵ lors du bilan initial ;
- dosage sanguin du traitement antipsychotique : si la réponse clinique est inadaptée, aux âges extrêmes, en cas de doute sur l'observance, comme un moyen pour stimuler l'observance, en cas d'effets secondaires indésirables, ou en cas de polymédication.

Concernant le syndrome métabolique : il est important de garder ce risque en mémoire et rester toujours vigilant quant à son dépistage.

Au sujet de l'allongement du QT, les experts rappellent que les principaux antipsychotiques qui augmentent le QT sont la chlorpromazine, la cyaméazine, l'amisulpride, le tiapridal. Ils recommandent aussi d'éviter l'association de deux des antipsychotiques suivants : clozapine, rispéridone, amisulpride et olanzapine.

FAVORISER L'ADHÉSION AU TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE

L'adhésion au traitement est un élément capital de l'observance au long cours. En effet, on relève actuellement 42 % d'arrêts du traitement dans les 2 ans suivant son introduction ; et une observance très variable avec 40 % de mauvaise observance à un an, et seulement 52,5 % de patients respectant quotidiennement leur prises.

La proposition d'antipsychotique de longue durée d'action, une prise simplifiée au maximum (le soir), une psychoéducation efficace semblent être des pistes pour améliorer la compliance, comme le suggère un modèle des changements de comportement.

Ce modèle transthéorique schématise les différentes étapes qui peuvent conduire à un changement durable de comportement. Développé initialement dans les prises en charge des dépendances (alcooliques, tabagiques), il a depuis été généralisé à l'ensemble des comportements de santé. Il stipule que pour changer de comportement (comme celui de prendre un traitement

alors que l'on n'en prenait pas), un sujet passe successivement par différentes phases :

- d'abord phase de non implication : *je ne sais pas* ;
- adhésion à l'information : *je suis concerné, je sais, je dois* ;
- décision d'un changement et préparation à l'action : *je veux, je peux* ;
- initiation du changement et mise en place d'un nouveau comportement : *je fais* ;
- maintien du changement : *je poursuis* ;
- rechute, reprise d'un comportement ancien la non observance : *je renonce, je craque* ;
- ou dégageant : *je poursuis*.

Il est important de repérer où se situe le sujet pour pouvoir l'accompagner dans son changement (qui correspond à l'acceptation et la bonne observance de son traitement).

En définitive informer, prodiguer une écoute de bonne qualité, et faire naître le doute et non la peur, permet d'aider le patient à se sentir concerné ; ce qui constitue un premier pas vers l'observance.

TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES

Ils ne sont à envisager qu'après la résolution de l'épisode aigu.

- **La TCC** : d'après 4 méta-analyses, en association aux médicaments, elle permet une baisse globale des symptômes, l'acquisition d'habiletés sociales et une diminution des rechutes à 18 mois, sans pour autant améliorer l'observance.

- **La psychoéducation** *via* l'information sur les troubles, les traitements, les attitudes adaptatives à adopter, apporte une aide efficace pour l'entourage familial, et diminue les rechutes.
- **L'entraînement aux habiletés sociales** au moyen de jeux de rôle, de coaching vise une meilleure gestion des traitements, des relations du patient avec sa famille et les soignants.
- **La remédiation cognitive** parvient à améliorer le fonctionnement cognitif.
- **Les thérapies psychodynamiques** ne bénéficient malheureusement d'aucune donnée publiée sur la question.

CONCLUSION

En pratique, prendre en charge un schizophrène reste une tâche ardue et multidisciplinaire, où l'enjeu principal d'une rémission pour le malade ne peut être obtenu que par la constitution d'une alliance thérapeutique solide. Pour cela, un traitement simplifié, préférentiellement des APA, voire des APA d'action prolongée, pris en continu et associé à des interventions psychosociales semble la meilleure façon d'y parvenir.

1. APA : AntiPsychotiques Atypiques
2. TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales
3. HAS : Haute Autorité de Santé
4. NFS : Numération et Formule Sanguines
5. ECG : ElectroCardioGramme

Synthèse rédigée par Marie Bon Saint-Côme

Les conduites agressives

Quels outils de compréhension pour les conduites agressives ?

D'après la conférence de Raphaël GAILLARD*

Service Hospitalo-Universitaire de Thérapeutique et Santé Mentale
Hôpital Sainte-Anne
75014 PARIS

Il est nécessaire de pouvoir aborder la question des conduites agressives en lien avec une pathologie mentale en évitant les deux écueils que sont la stigmatisation des maladies mentales dans la société, et à son opposé, une réaction de négation de la réalité (pour éviter cette stigmatisation) avec pour conséquence une absence de prise en charge spécifique de cette problématique.

QUELQUES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

La pathologie schizophrénique est associée à un risque de passage à l'acte accru : environ mille homicides par an aux Etats-Unis sont le fait de patients schizophrènes, un par semaine au Royaume-Uni (les données françaises ne sont pas connues). Une revue suédoise évalue à 5 % la part des crimes violents commis par des personnes présentant une maladie mentale.

Plusieurs facteurs de risque d'un passage à l'acte sont reconnus classiquement :

- des symptômes positifs importants ;
- l'existence d'une dépendance ;
- une situation d'exclusion sociale.

La présence de ces trois facteurs multiplie par douze le risque de passage à l'acte chez les hommes schizophrènes.

APPORTS DES RECHERCHES EN NEUROSCIENCES

Des scores élevés aux échelles de psychopathie sont également prédictifs d'un passage à l'acte violent. S'il est difficile d'évoquer pour autant un diagnostic formel de psychopathie, le profil neuropsychologique de ces patients peut être rapproché des sociopathies acquises décrites par Damasio (tableaux associés à des lésions préfrontales ventromédianes).

Ceci offre deux pistes pour la prise en charge préventive des passages à l'acte agressifs : l'identification de scores élevés de psychopathie et celle de substrats neuroanatomiques, préalables à la violence.

COMPRENDRE LA PSYCHOPATHIE AVEC LES SCIENCES COGNITIVES

Le profil neuropsychologique de la psychopathie paraît de prime abord paradoxal, réunissant deux clusters contradictoires :

1. une froideur affective, avec des actes calculés, à l'origine d'une violence prédatrice ;

2. une intolérance à la frustration, avec des actes impulsifs hyper réactifs, à l'origine d'une violence réactionnelle.

Les résultats de certaines expériences permettent de mieux appréhender l'articulation entre ces deux traits. Voici lesquelles :

• Les dilemmes moraux

Le dilemme du tramway présente la situation suivante : un tramway va écraser cinq personnes ; le sujet soumis à l'expérience a la possibilité de dévier la trajectoire du tramway qui écrasera alors une tierce personne. Il est demandé au sujet de choisir s'il modifie ou non la trajectoire du tramway. Choisir de dévier le tramway correspond à un choix utilitaire, mais rend directement le sujet responsable par son action de la mort d'une personne.

• L'ultimatum game

Cette expérience implique deux sujets, deux « joueurs ». Le premier reçoit de l'argent qu'il doit partager à sa convenance avec le deuxième joueur. Ce dernier doit ensuite accepter ou refuser la part d'argent proposé. S'il accepte, les deux joueurs reçoivent l'argent selon le partage proposé par le premier joueur ; si le deuxième joueur refuse le partage, aucun joueur ne reçoit d'argent. Bien que le deuxième joueur n'ait pas d'autre possibilité de recevoir de l'argent que celui proposé par le premier, certains sujets ont tendance à refuser l'argent lorsqu'ils jugent le partage inique (le plus souvent lorsque le premier joueur leur propose une part inférieure à 30 % de la somme totale).

Les sujets qui font le plus de choix utilitaires dans les dilemmes moraux sont ceux qui rejettent le plus souvent les offres « inéquitables » à l'ultimatum game. Dans les deux situations, les sujets tiennent peu compte de la subjectivité d'autrui, ou refusent son pouvoir.

Les choix utilitaires nécessitent une certaine froideur affective pour accepter la responsabilité directe par son action du décès d'une personne ; le refus des partages jugés iniques est de l'ordre de l'hyperréactivité, de l'intolérance à la frustration. Les résultats de ces expériences montrent donc que ces traits ne s'opposent pas, mais s'associent chez certains sujets.

ASPECTS NEUROANATOMIQUES

Les données de neuroimagerie cérébrale fonctionnelle montrent une activation des réseaux du cortex préfrontal médian et du cortex cingulaire postérieur dans la résolution des dilemmes moraux personnels ; du cortex préfrontal dorsolatéral lors des choix impersonnels. Les choix utilitaires sont plus fréquents chez les personnes atteintes de lésions des régions préfrontales ventrolatérales. La psychopathie est également en lien avec une moindre activation du circuit émotionnel amygdalien ; une moindre activation de ce circuit est associée à un plus grand nombre de choix utilitaires. Le taux de sérotonine influe aussi sur ces choix.

EMPATHIE ET PSYCHOPATHIE

L'empathie permet le partage d'expériences affectives avec autrui ; elle occasionne une expérience émotionnelle

isomorphe à l'expérience d'autrui, suscitée par l'observation d'autrui, en sachant bien qu'autrui en est à l'origine.

Etre empathique suppose de pouvoir se représenter l'expérience d'autrui. Les sujets qui sont insensibles de manière congénitale à la douleur sont ainsi moins empathiques à la douleur d'autrui. (L'empathie à la douleur est médiée par le cortex préfrontal médian, qui semble jouer un rôle clé dans ces allers-retours entre soi et autrui que supposent l'empathie).

La vulnérabilité aux passages à l'acte peut se comprendre comme un défaut de représentation du point de vue subjectif d'autrui, avec une tendance à manipuler autrui au mépris de sa propre liberté de détermination de pensée et d'action. La violence est sans frein si l'on ne ressent pas ce que ressent autrui ; c'est la perception de ce que vit l'autre qui arrête le passage à l'acte.

* Synthèse rédigée par Olivier Gay

Quelles réponses face aux conduites agressives ?

Des recommandations aux prescriptions

D'après la conférence de Marie-Jeanne GUEDJ*

Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

Centre Hospitalier Sainte-Anne

75014 PARIS

GÉNÉRALITÉS

Le terme d'« agressivité » est apparu dans le DSM II et a connu une utilisation exponentielle depuis. Il a supplanté le terme classique d'« agitation » ; et celui de « passage à l'acte », de connotation plus psychanalytique. L'agressivité suscite un problème de société, pour lequel la psychiatrie est aujourd'hui sollicitée, alors que ce sujet relevait classiquement du domaine judiciaire (ainsi le texte de loi sur la rétention de sûreté fait-il mention d'un diagnostic psychiatrique de « trouble antisocial »). Enfin rappelons, que tout acte agressif doit toujours faire éliminer en priorité une étiologie organique.

LES FACTEURS DE RISQUES DE CONDUITES AGRESSIVES

Il existe différents facteurs de risque de conduites agressives, qui peuvent être :

- **inhérents au sujet :**

le sexe masculin, l'isolement social et la pauvreté, avoir été victime de violence dans l'enfance, un QI faible, un mauvais insight, une faible tolérance à la frustration ;

- **inhérents au type de pathologie :**

les syndromes cérébraux organiques, les troubles de la personnalité, les psychoses, les toxicomanies ;

- **inhérents à la symptomatologie :**

une phase initiale de la maladie, les délires paranoïdes avec idées de persécution, les injonctions hallucinatoires ;

- **inhérents à l'environnement :**

manque de formation et rigidité inadaptée du cadre qui viennent renforcer le comportement du patient.

LES DIFFÉRENTES RECOMMANDATIONS

1. Haute Autorité de Santé

La Haute Autorité de Santé a édité un guide sur la conduite à tenir en cas d'agitation. Ce guide semble peu pertinent pour les psychiatres : il a essentiellement été réalisé par des urgentistes et recommande l'utilisation de loxapine en l'absence de diagnostic...

2. National Institute for health and Clinical Excellence

L'Institut National de Santé et d'Excellence Clinique anglais (NICE) a édité en 2005 un guide sur la gestion à court terme aux urgences des troubles du comportement et de la violence (<http://www.nice.org.uk/guidance/CG25>).

Il recommande :

- **en première intention des mesures non-médicamenteuses :**

- isoler la personne, lui parler, la distraire ;
- ne pas fixer le regard, ne pas induire une trop grande proximité ni de contact physique, laisser une porte de sortie (pour le patient comme le soignant) ;
- demander un avis spécialisé ;

- **un traitement médicamenteux adapté :**

en fonction des antécédents connus de troubles psychotiques, polytoxicomanie, de problèmes cardiovasculaires :

- Lorazepam *per os*, puis IM, voire une deuxième injection IM si besoin ;
- Halopéridol + Lorazepam (*per os* ou IM) en cas d'antécédent psychotique connu ou fortement probable, de violence importante, de mise en contention ;
- Ne pas oublier un traitement correcteur et/ou antidote.

Le recours aux forces de police doit se faire avec prudence car il peut majorer la situation violente.

3. Revue Lilloise

Une revue française réalisée à Lille sur l'agitation note qu'il convient :

- de travailler dans des locaux adaptés, sécurisés (évitant de mettre en danger patients et soignants) ;
- de toujours éliminer un état organique et de rechercher les antécédents ;
- de privilégier une approche non-médicamenteuse (voire utiliser la contention) ;
- de traiter en première intention par monothérapie de benzodiazépines ou neuroleptiques, en réservant leur association aux agitations les plus sévères.

La priorité est donnée aux benzodiazépines (en choisissant les formes à demi-vie intermédiaire). L'association benzodiazépines-neuroleptiques permet de diminuer

les doses de neuroleptiques, dont l'action se trouve potentialisée par les benzodiazépines, dans les cas où les benzodiazépines seules ne suffisent pas.

INDICATIONS MÉDICAMENTEUSES

Contrairement à des pratiques d'utilisation plus larges, seuls certains médicaments (voire certaines formes galéniques) ont l'indication d'utilisation dans l'agitation spécifiée dans leur autorisation de mise sur le marché :

- Halopéridol (Haldol®) IM ;
- Chlorpromazine (Largactil®) IM ;
- Létopromazine (Nozinan®) IM ;
- Loxapine (Loxapac®) *per os*, pour les états d'agitation associés aux troubles psychiatriques ou à la débilité ;
- Tiapride (Tiapridal®), indiqué chez les sujets âgés ou alcooliques ;
- Zuclopenthixol (Clopixol®).

Chez les enfants, sont indiqués :

- Létopromazine (Nozinan®) *per os* ;
- Risperidone (Risperdal®) *per os*, en monothérapie chez les enfants de 5 à 11 ans présentant un retard mental avec des troubles du comportement.

MESURES NON-MÉDICAMENTEUSES

Différentes mesures non-médicamenteuses peuvent être employées ; elles sont plus ou moins répandues en pratique courante :

- mise en isolement, voire en contention ;
- maintien dans un matelas-coquille ;
- projection d'un drap mouillé ;
- aspersion à la lance-incendie.

* Synthèse rédigée par Olivier Gay

Quels outils de prédiction des conduites agressives ?

D'après la conférence de Magali BODON-BRUZEL*

Service Médico-Psychologique Régional
Centre Hospitalier Paul Guiraud
Centre Pénitentiaire de Fresnes

GLOSSAIRE INTRODUCTIF

- l'**état dangereux** définit de manière prédictive une potentialité de passage à l'acte ; il peut faire l'objet de mesures de prévention primaire ;
- la **dangerosité** est évoquée de manière descriptive après un passage à l'acte ; elle peut faire l'objet de mesures de prévention secondaire ;
- l'**agressivité** se réfère à un mode d'expression pulsionnel.

DANGEROUSITÉS PSYCHIATRIQUE ET CRIMINOLOGIQUE

On peut distinguer schématiquement dangerosité psychiatrique et criminologique.

1. La **dangerosité psychiatrique** est liée à un trouble mental franc (de type psychotique) :
 - elle se situe dans le cadre de la maladie et de ses rechutes ;
 - le discernement est considéré comme « aboli » ;
 - le traitement est du domaine sanitaire ;
 - il existe des mesures de prévention primaire et secondaire s'appuyant sur les mêmes réseaux de soins (allant jusqu'aux HO¹, aux soins en UMD²).
2. La **dangerosité criminologique** peut être éventuellement liée à un trouble de la personnalité (de type antisocial par exemple) :
 - elle se situe dans le cadre de la délinquance et ses récidives ;
 - le discernement n'est pas considéré comme aboli ;
 - le traitement est du domaine pénal ;
 - il existe essentiellement des mesures de prévention secondaire (détention en milieu pénitentiaire).

PRISE EN CHARGE DE LA DANGEROUSITÉ PSYCHIATRIQUE

1. Prédiction de la dangerosité psychiatrique

Il est utile de faire un inventaire clinique de l'agir violent :

- en recherchant des indicateurs de profil à risque :
 - antécédents d'actes agressifs ;
 - rupture des soins ou chimiorésistance ;
 - usage de substances psycho actives ;

- en évaluant le niveau de :
 - reconnaissance des troubles ;
 - reconnaissance des passages à l'acte ;
 - présence d'affects adaptés ;
 - compliance thérapeutique.

2. Conduite à tenir

Il est utile de faire un diagnostic aussi précis que possible, avec un rappel exact des faits et circonstances des passages à l'acte s'il y a lieu.

- **Avec le patient** : nommer la maladie, rappeler les actes et leurs conséquences pour les victimes, énoncer la dangerosité et la nécessité de soins.
- **Avec l'équipe** : ne pas oublier les possibilités de judiciarisation (plainte en vue de dommages et intérêts : la responsabilité civile est toujours engagée).

3. Approche thérapeutique

Elle varie bien sûr suivant que la dangerosité est aiguë ou constituée. Il est utile de comprendre les mécanismes morbides présidant à l'agir violent, et de rechercher une chimiorésistance.

La prise en charge thérapeutique s'appuie sur les chimiothérapies, les soins institutionnels, la prise en charge sociale, les psychothérapies.

OUTILS D'ÉVALUATION DE LA DANGEROUSITÉ CRIMINOLOGIQUE

1. Objectifs de l'évaluation

Les outils actuels tendent à évaluer le risque de violence et de récidive, plus qu'à prédire avec certitude un agir dangereux, amenant par la suite à une prise en charge en terme de gestion de niveau de risque. Les évaluations statistiques ont été établies à partir de populations de délinquants, en étudiant en fonction du pourcentage de récidives les caractéristiques des individus. Sont ainsi définis différents profils auxquels correspondent différents pourcentages de récidive.

La passation d'une échelle d'évaluation permet de rapprocher le profil d'un individu de celui d'un groupe, défini en fonction du pourcentage de récidive. Ceci

sert d'indication pour évaluer le risque de dangerosité pour cet individu, l'intuition clinique poussant souvent par défaut à une grande prudence en termes de dangerosité criminologique.

2. Différents outils d'évaluation

Il existe de multiples échelles d'évaluation, définissant un risque selon des méthodes statistiques (VRAG³, SORAG⁴), un jugement clinique structuré (HCR20⁵, RSVP⁶), une évaluation dynamique (PCL-R20⁷) ; certaines évaluent tout particulièrement les violences à caractère sexuel (SORAG, RSVP).

3. Exemple de la PCL-R 20

Cette échelle détermine un score de psychopathie, en évaluant vingt *items* (côtés de 0 à 2) touchant quatre domaines : les situations interpersonnelles, le déficit affectif, le style de vie, les comportements antisociaux chroniques. Le score est proportionnel à la dangerosité ; une psychopathie est évoquée pour tout score supérieur

à 30 (dans un sens plus large que celui habituel de diagnostic formel du trouble de personnalité antisociale).

CONCLUSION

La dangerosité psychiatrique est indispensable à repérer, pour pouvoir établir une stratégie thérapeutique adaptée. La dangerosité criminologique doit elle aussi être évaluée, pour déterminer des conduites à tenir en termes de niveau de risque (notamment pour les questions de récidives).

1. HO : Hospitalisation d'Office
2. UMD : Unité pour Malades Difficiles
3. VRAG : Violence Risk Appraisal Guide
4. SORAG : Sex Offenders Risk Appraisal Guide
5. HCR20 : Historical Clinical Risk Management 20
6. RSVP : Risk of Sexual Violence Protocol
7. PCL-R20 : Psychopathy Check List Revised

* *Synthèse rédigée par Olivier Gay*

Coordination de la rédaction

Oliver Gay

Rédaction des synthèses

Marie Bon Saint-Côme

Nicolas Bruno

Aurélie Durand

Olivier Gay



Association des amis de Pierre DENIKER pour l'enseignement en psychiatrie
Hôpital Sainte-Anne
1, rue Cabanis
57014 Paris
e-mail : www.association-pierre-deniker.org



AFFEP
Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie
17, rue du Fer à Moulin
75005 Paris
Site internet : www.affep.com et e-mail : info@affep.com



Les Laboratoires SERVIER
partenaire de l'Association des amis de Pierre DENIKER pour l'enseignement en psychiatrie
22, rue Garnier
92578 Neuilly-sur-Seine Cedex
Site internet : www.servier.fr