

2e JOURNÉE DE L'INTERNE

8 mars 2002

Hôpital SAINTE-ANNE (Paris)

Association Pierre DENIKER

&

AFFEP

Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie

SOMMAIRE

Formation du psychiatre : J. ADES (Colombes) p. 3

Formation post-graduée en psychiatrie et
psychothérapie en Allemagne : B. PFUHLMANN (Würzburg) p. 5

Spécificités de la formation :

• Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : M. C. MOUREN-SIMEONI (Paris) p. 7

• Psychiatrie du sujet âgé : J. P. CLEMENT (Limoges) p. 9

Formation aux psychothérapies :

• Psychothérapie psychanalytique : V. KAPSAMBELIS (Paris) p. 13

• Thérapies cognitivo-comportementales : A. PELISSOLO (Paris) p. 15

• Psychothérapie systémique : S. KANNAS (Plaisir) p. 17

Formations à la recherche :

E. ARTIGES (Orsay) p. 19

L. MALLET (Paris) p. 21

Formation du psychiatre

d'après la conférence de Jean Adès

CHU Louis Mourier

178, rue des Renouillers 92700 Colombes

A. Enjeux et difficultés

a) Les enjeux

Former un psychiatre, c'est lui donner une formation théorique et pratique le préparant aux divers modes d'exercice de la psychiatrie, représentés par la psychiatrie publique, de secteur, institutionnelle, la psychiatrie libérale, la psychiatrie médico-légale et pénitentiaire, la psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent.

Ceci implique d'abord une formation théorique ; les champs de la psychiatrie sont actuellement d'une extraordinaire diversité : un des enjeux est d'aborder au cours du cursus les différents champs de la connaissance, aussi bien neurobiologiques, historiques, épidémiologiques, psychopharmacologiques, cliniques et thérapeutiques.

Le deuxième aspect est celui de la formation pratique, consistant à former le futur psychiatre à l'exercice de sa profession avec deux objectifs en particulier : d'une part la connaissance et le maniement des psychotropes, et d'autre part la formation à la relation et aux psychothérapies.

b) Les difficultés

La durée de la formation est souvent considérée comme trop brève, ce qui est en contradiction avec la nouvelle maquette du 18 octobre 2001, impliquant une réduction du temps de formation. Une formation théorique et pratique de quatre ans est déjà probablement insuffisante : dans de nombreux pays européens cette formation se déroule sur cinq ans.

La deuxième difficulté est due à l'hétérogénéité actuelle des cursus. Les internes ont libre choix des séminaires et des stages, sans aucun contrôle ; ainsi, certains auront une formation relativement polyvalente, d'autres auront seulement une formation partielle, voire partielle.

Une autre grande difficulté est l'absence de formation réelle et structurée à la relation et aux psychothérapies.

B. La formation actuelle en France

C'est la filière du DES 1, qui se déroule sur quatre ans, avec des maquettes malheureusement différentes selon les régions.

La formation théorique comporte généralement un séminaire dit "de base", puis, pour la région parisienne par exemple, la validation de trois séminaires de psychiatrie de l'adulte et deux séminaires de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

L'offre est très inégale selon les interrégions ; par exemple l'Ile-de-France propose 34 séminaires dont 11 de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ce qui est beaucoup trop pour homogénéiser un cursus.

La validation se fait actuellement sur la présence : peut-être faudrait-il envisager d'autres modalités engageant plus les internes, de la même façon que la rédaction du mémoire terminal.

La formation pratique est représentée par six stages de psychiatrie dans des services agréés, dont deux en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; deux stages éventuels hors filière (jusqu'à l'application de la réforme de la maquette) ; et seulement un stage obligatoire en CHU 2 ce qui est en désaccord avec toutes les autres maquettes de DES. Dans ces dernières, les internes ont l'obligation d'effectuer un seul stage en hôpital périphérique et les autres stages en CHU dans la maquette de psychiatrie paraît donc insuffisant.

Les carences observées sont donc l'absence de contrôle des connaissances en dehors du mémoire terminal, l'unique stage obligatoire en CHU, le libre choix des séminaires et des stages avec le risque d'une formation incomplète, et l'absence de formation structurée aux psychothérapies et à la relation. Lors de l'élaboration des critères d'agrément des services de psychiatrie, à laquelle ont largement participé les internes, un des critères principaux retenus était que ce service puisse proposer aux internes un minimum de formation à la relation thérapeutique.

C. La nouvelle maquette du D.E.S. : Arrêté du 18 octobre 2001

La nouvelle maquette a été élaborée par le ministère sans aucune concertation, ni avec les internes, ni avec les universitaires notamment.

La première directive concerne l'élaboration d'une formation théorique plus homogène, d'environ 250 heures, avec des enseignements généraux et des enseignements spécifiques.

La formation pratique est réduite à quatre semestres dans des services agréés pour le DES de psychiatrie de l'adulte, plus deux semestres dans des services agréés pour le DESC 3 de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; ces six semestres devant être effectués au moins dans deux services différents, on pourrait réaliser la totalité de son internat dans deux services. L'obligation d'effectuer un seul stage au minimum dans un service de CHU persiste.

L'inquiétude générale concernant cette réforme est principalement liée à l'obligation d'effectuer deux semestres hors filière. Une rencontre entre des membres du CNUP 4 et du SUP 5 et les conseillers du ministre de l'éducation nationale a eu lieu par la suite.

L'argument donné à cette modification de maquette est la nécessité pour les internes d'être polyvalents. En réalité ces deux semestres ne permettront pas d'apprendre la médecine, pourront mettre les internes de psychiatrie en difficulté dans les services de médecine, les services de médecine recevant des internes de psychiatrie pouvant également être en difficulté.

Les défauts graves de cette maquette concernent l'aspect imprécis de la formation théorique notamment la répartition des horaires, le raccourcissement à trois ans de la formation pratique, le seul stage en CHU obligatoire, et l'absence de formation prévue à la relation et aux psychothérapies.

L'arrêté du 18 octobre 2001 prévoit, de façon peu cohérente :

- Enseignements généraux :

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en psychiatrie.
- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en psychiatrie.

- Enseignements spécifiques :

- Développement et physiologie du système nerveux.
- Principes de génétique appliqués à la psychiatrie.
- Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en psychiatrie.
- Neurobiologie des comportements
- Histoire de la psychiatrie et évolution des concepts.
- Modèles théoriques de référence : biologique et neuroanatomique, comportemental et cognitif, psychanalytique, systémique.
- Critères de diagnostic et classification des maladies mentales.
- Epidémiologie, sémiologie descriptive et psychopathologie des grands syndromes psychiatriques de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte et de la personne âgée.
- Grands cadres sémiologiques et nosologiques en neurologie.
- Toxicomanies et dépendance.
- Thérapeutiques biologiques, socio-éducatives, institutionnelles.
- Psychothérapies et thérapies familiales.
- Organisation et prise en charge des urgences psychiatriques.
- Psychiatrie légale.

D. La formation du psychiatre en dehors de la filière du D.E.S.

La filière du DES reste la filière essentielle de la formation du psychiatre mais une question importante est celle des assistants généralistes, collègues prenant des postes dans des services de psychiatrie. Ils ont la possibilité de passer le concours de praticien hospitalier et ainsi de réintégrer la filière de psychiatrie. Ceci est encouragé du fait de la démographie des psychiatres : huit cents postes de praticiens hospitaliers ne sont pas occupés dans la France entière. Un arrêté stipulait que pour

s'inscrire au concours de praticien hospitalier, ces assistants devaient avoir justifié de trois ans d'une formation universitaire ; mais rien n'était précisé de ce que devait être cette formation universitaire.

Le CNUP propose alors au ministère d'organiser un DIU 6 national qui ouvrira aux assistants généralistes une formation psychiatrique minimum nécessaire pour permettre une inscription au concours de praticien hospitalier. Il s'agit d'un DIU de psychiatrie générale, d'une durée de trois ans, demandant que les stages soient effectués dans des services différents dont des services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ce qui n'est pas simple pour des assistants déjà en poste. Le CNUP demande également que soit effectué un stage en CHU, et enfin que ce diplôme soit obligatoire pour l'inscription au concours de praticien hospitalier. Tout cela non pas pour bloquer l'accès aux assistants généralistes mais pour proposer une formation de qualité.

E. La formation souhaitable :
propositions

Un internat DES comportant une formation théorique et pratique de quatre ans, en psychiatrie de l'adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent semble indispensable.

Un refus de la maquette sous sa forme actuelle, sauf si l'internat est prolongé d'un an, comme c'est le cas dans d'autres disciplines, ou si le post-internat devient obligatoire, ce qui ne paraît pas envisageable actuellement par le ministère pour des raisons de budget.

Une autre solution proposée par le ministère serait de rendre les DESC obligatoires au décours du cursus. Deux DESC existent déjà, celui de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et celui d'addictologie. Actuellement le CNUP travaille sur des projets de DESC de psychiatrie générale, de psychiatrie du sujet âgé et de psychiatrie médico-légale.

Concernant la formation théorique, le CNUP pense nécessaire de conserver les séminaires, mais avec un cursus national et formalisé comportant un enseignement d'histoire de la psychiatrie, de neurobiologie et neurosciences, d'épidémiologie et d'évaluation, de clinique et nosographie, de thérapies biologiques et psychopharmacologie, et de psychiatrie médico-légale.

La question essentielle reste celle de la formation à la relation et aux psychothérapies.

Pour le CNUP, tout psychiatre est psychothérapeute.

Il faut donc que la formation universitaire donnée aux étudiants leur permette d'accéder à cette compétence. Les solutions peuvent passer par l'anticipation, avec par exemple le module d'"apprentissage de l'exercice médical" des premier et deuxième cycles des études médicales.

Elles passent également par le DES qui doit donner une formation de base, malgré les difficultés liées au cadre universitaire, en trois niveaux.

Tout d'abord un tronc commun pour la formation psychothérapique, favorisant une aptitude à la relation à partir de situations cliniques concrètes et partagées (supervisions, cas vidéo par exemple), et une formation aux méthodes psychothérapiques. Pour cela, certains défendent l'idée d'une information des internes sur les méthodes psychothérapiques, de leur donner les moyens d'accéder à cette connaissance ; d'autres pensent que dans le cursus il faut prévoir une formation ou début de formation aux techniques psychothérapiques.

On pourrait imaginer de faire intervenir des sociétés de psychothérapies dans le cursus universitaire, ce qui se fait dans certains pays d'Europe.

Ensuite il faut maintenir les possibilités de formation optionnelle par des séminaires et la formation à certaines techniques ; et enfin on soulignera l'importance des démarches personnelles.

1 DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

2 CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

3 DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire

4 CNUP : Collège National des Universitaires en Psychiatrie

5 SUP : Syndicat des Universitaires en Psychiatrie

6 DIU : Diplôme Inter Universitaire

Formation post-graduée en psychiatrie et psychothérapie en Allemagne

d'après la conférence de Bruno Pfuhlmann
Klinisch und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Füchslainstrasse 15
D- 97 080 Würzburg
Allemagne
bruno.pfuhlmann@mail.uni-wuerzburg.de

La formation post-graduée contribue à la qualification d'un docteur spécialisé en médecine. La formation post-graduée en spécialité se fait sous la direction d'un responsable médical spécialiste nommé par les associations médicales fédérales. Elle se déroule dans les universités, sous la responsabilité des départements hospitaliers, instituts et autres centres d'enseignements agréés. A l'issue le responsable délivre un certificat de formation où figurent les connaissances et compétences acquises par le candidat. Un examen oral est nécessaire pour la validation finale. Le contenu des formations est élaboré par les associations médicales de chaque état qui adoptent un modèle de formation post-graduée synthétique, élaboré par l'association médicale allemande où chaque état est représenté en comité. La formation décrite ci-dessous est celle de l'association médicale de Bavière, elle ne diffère donc que très peu par rapport à celle des autres états, grâce à la régulation fédérale. En Allemagne, il existe 4 différentes formes de spécialisation médicale dans le champ de la santé mentale.

- A. Psychiatrie et psychothérapie
- B. Neuropsychiatrie
- C. Psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent
- D. Médecine psychothérapeutique

A. Psychiatrie et psychothérapie

Ce champ est défini par le diagnostic, le traitement, la prévention et la réhabilitation des troubles mentaux qu'ils soient organiques, réactionnels, endogènes ou dus à des troubles de personnalité. Les aspects sociaux et psychosomatiques sont pris en compte et impliquent des méthodes de prise en charge psychothérapeutique, sociothérapeutique et somatique.

Le contenu de cette formation est divisé en 12 domaines.

- 1 - Psychopathologie, neurobiologie et classifications
- 2 - Diagnostics et diagnostics différentiels
- 3 - Généralité sur les traitements
- 4 - Traitement pharmacologique et somatique
- 5 - Sociothérapie
- 6 - Théorie des psychothérapies
- 7 - Pratique psychothérapique
- 8 - « Self monitoring »
- 9 - Travail ambulatoire et travail de crise
- 10 - Technique neuroradiologies et physiologiques
- 11 - Psychiatrie médico-légale
- 12 - Neurologie

La durée de cette formation est de 5 ans :

- 4 ans en service de psychiatrie, avec la possibilité de faire 1 an en activité libérale
 - 1 an en service de neurologie
- a) Psychopathologie, neurobiologie et classifications

La formation assure une connaissance approfondie dans les domaines suivants :

- Neuropathologie et neurophysiologie du système nerveux central
- Psychopathologie générale et spécifique
- Classification descriptive des troubles mentaux
- Aspects pronostiques et épidémiologiques des troubles mentaux

• Etiologie des troubles mentaux incluant les interactions somatiques, psychologiques et sociales. Cette formation de base est assurée par le responsable de l'enseignement, sans qu'il soit spécifié de durée ni de volume horaire : elle est laissée à son appréciation.

b) Diagnostics et diagnostics différentiels

Le minimum requis est 60 observations de patients supervisées et documentées.

Avoir assisté à 60 présentations de cas incluant 10 présentations de ses propres patients.

Avoir assisté à 10 heures de cours sur les méthodes des évaluations cliniques standardisées (DSM, ICD, entretiens structurés...)

Avoir mené et évalué 5 tests psychologiques, dont des test neuropsychologiques.

c) Généralités sur les traitements

Avoir prescrit, documenté et évalué 40 traitements sous supervision continue avec au moins 3 traitements dans chacun des champs suivants : troubles de la personnalité, troubles névrotiques, psychoses schizophréniques, troubles schizoaffectifs, troubles mentaux organiques et troubles addictifs.

d) Traitement pharmacologique et somatique

La formation assure une connaissance approfondie du maniement des psychotropes : pharmacocinétique, pharmacodynamique, effets secondaires, interactions médicamenteuses, risques en cas d'intoxication, rapport bénéfice-risque, aspects légaux et éthiques des prescriptions.

Avoir suivi 40 heures de cours de pharmacologie concernant les psychotropes et les autres classes pharmacologiques, les techniques d'électro-convulsivothérapie et de stimulation magnétique transcrânienne.

e) Sociothérapie

La sociothérapie se définit par le traitement sociothérapique et la réhabilitation. Elle comprend l'ergothérapie, le travail de groupe avec les patients, les familles et le personnel non médical.

La formation consiste à avoir assisté à 40 heures de cours sur le sujet.

f) Théorie des psychothérapies

La formation assure une connaissance sur les fondements théoriques des psychothérapies : psychodynamique, théorie des névroses, psychologie développementale, psychologie individuelle, psychologie des apprentissages et psychosomatique.

Il faut avoir assisté à 100 heures de cours sur ces sujets.

g) Pratique psychothérapique

Il existe en Allemagne deux grandes pratiques psychothérapeutiques : la psychanalyse et la thérapie cognitivo-comportementale.

La formation dans ce domaine requiert une connaissance dans l'une des 2 pratiques. Elle implique 120 heures de pratique psychothérapeutique supervisée, individuelle ou de groupe.

Au moins un patient doit être suivi en ambulatoire.

Il est également demandé la pratique d'une autre technique psychothérapique reconnue par les associations médicales (par exemple l'hypnose) : soit 80 heures de pratique psychothérapique supervisée, individuelle ou en groupe, soit avoir assisté à 100 heures de séminaires cliniques. Par ailleurs, la pratique de la relaxation est enseignée en 2 cours de 16 heures chacun.

h) "Self Monitoring"

"Selbsterfahrung" en allemand, ce terme est difficile à traduire en français.

On pourrait dire qu'il s'agit d'une psychothérapie du psychothérapeute.

La formation dans ce domaine requiert la participation à un groupe d'une dizaine d'internes, avec lesquels un superviseur aborde leurs considérations personnelles, dans la mesure où cela peut être

pertinent pour le travail psychothérapique qu'ils effectuent par ailleurs. Il faut effectuer 140 heures sur 1 an (distribuées habituellement sur 10 week-ends). Cette formation est payante par l'interne, environ 1 500 euros.

i) Travail ambulatoire et travail de crise

La formation comprend le travail dans une consultation de psychiatrie et 10 heures de cours sur le sujet.

Il faut également avoir travaillé en service d'intervention de crise et avoir assisté à 20 heures de cours sur le sujet.

j) Techniques neuroradiologiques et physiologiques

La formation permet de savoir poser une indication et interpréter les investigations neuroradiologiques (IRM, TDM).

Elle nécessite par ailleurs d'avoir posé l'indication et interprété des EEG chez au moins 150 patients.

k) Psychiatrie médico-légale

Sachant que l'Allemagne est une fédération, les législations peuvent différer d'un état à l'autre. Une connaissance approfondie sur les législations des hospitalisations en psychiatrie et le traitement des patients violents ou suicidants en l'absence de leur consentement est nécessaire.

La formation implique d'avoir rédigé au moins 15 expertises civiles et pénales et d'avoir assisté à 15 heures de cours sur le sujet.

l) Neurologie

La formation théorique assure une connaissance approfondie des méthodes et techniques des examens neurologiques, afin d'être capable de faire le diagnostic différentiel avec les pathologies psychiatriques.

Un an de stage en service de neurologie est obligatoire, durant lequel l'interne doit être formé aux méthodes, techniques et interprétations des examens de laboratoires et doit réaliser 10 ponctions lombaires.

B. Neuropsychiatrie

La formation dans ce domaine assure une connaissance approfondie dans le diagnostic, la prévention, le traitement et la réhabilitation des maladies du système nerveux central, périphérique et végétatif et des troubles mentaux.

La durée de cette formation est de 6 ans :

- 3 ans en service de neurologie
- 3 ans en service de psychiatrie

C. Psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent

La formation assure une connaissance approfondie dans le diagnostic, le traitement, la prévention et la réhabilitation des troubles mentaux, psychosomatiques, développementaux et neurologiques ainsi que les troubles des comportements durant l'enfance et l'adolescence.

La durée de cette formation est de 5 ans :

- 4 ans en service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- 1 an en service de pédiatrie ou 1 an en service de psychiatrie adulte

D. Médecine psychothérapeutique

En Allemagne, c'est une nouvelle spécialité qui est enseignée depuis quatre ans.

La formation dans ce domaine assure une connaissance approfondie dans le traitement psychothérapeutique, la prévention et la réhabilitation, la pathogénèse influencée par les facteurs psychosociaux ou les interactions somato-psychiques. C'est un domaine plutôt orienté sur les maladies psychosomatiques.

La durée de cette formation est de 5 ans au total :

- 3 ans en service de médecine psychothérapeutique
- 1 an en service de psychiatrie
- 1 an en service de médecine interne

En conclusion,

La qualité de la formation post-graduée en Allemagne est très dépendante de la qualité du responsable d'enseignement.

Ceux-ci ne sont pas supervisés et leur responsabilité est totale.

Alors que pour la formation aux psychothérapies, le contenu est bien défini et fixé, les champs plus fondamentaux comme la psychopathologie ou neurobiologie le sont beaucoup moins.

Globalement, la formation est de bonne qualité.

Au niveau démographique, il y a 6000 psychiatres en exercice, et 7000 neuropsychiatres, ce qui est similaire à la France (13000 psychiatres).

Spécificités de la formation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

d'après la conférence de Marie-Christine Mouren-Siméoni

CHU Robert Debré

46, boulevard Sérurier 75019 Paris

A. Bilan de la situation actuelle

Les besoins concernant la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont en nette augmentation. Que ce soit pour des jeunes enfants, enfants ou bien adolescents, le nombre de demandes ne cesse de croître et les instances gouvernementales se préoccupent de plus en plus de la santé psychique de cette jeune population. Ces instances soulèvent fréquemment la question de notre "devoir de pédopsychiatres à pourvoir à ces demandes de soins".

Quels sont les moyens actuellement en place pour à satisfaire ces besoins ?

a) Sur le plan pratique :

La sectorisation est différemment organisée d'une région de la France à l'autre. La pénurie d'équipements est parfois telle que les structures de soins se résument à des consultations, sans aucune possibilité d'hospitalisation en milieu spécialisé du fait de fermetures de lits. Cette évolution vers une diminution des moyens contraint les pédopsychiatres à adapter des modalités des prises en charge. En réponse au manque de lits d'hospitalisation, de nouvelles méthodes de traitement se développent telles que les hôpitaux de jour ou de semaine (par exemple dans le traitement des patients souffrant d'anorexie) voire des équipes dites "mobiles" spécialisées se déplaçant dans les établissements de soins généraux et permettant ainsi un certain transfert de connaissances.

b) Sur le plan théorique :

La place de l'enseignement spécifique de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans le cursus universitaire est limitée se résume au DESC 1.

Son contenu et sa forme varient beaucoup selon les régions universitaires. Ainsi il serait essentiel de le revoir dans le sens de l'exigence tout en en faisant un enseignement plus ouvert et plus éclectique.

B. Les spécificités de la formation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

a) Introduction

Ces spécificités résultent des particularités de la discipline. En effet, la psychiatrie de l'enfant est une discipline intégrative, au carrefour d'autres domaines tels la psychologie, la psychiatrie adulte, la pédiatrie, la sociologie...

Elle suppose une approche pluridisciplinaire impliquant plusieurs "cercles professionnels" : les professionnels du développement de l'enfant (psychologues, orthophonistes, psychomotriciens), les professionnels de sa santé (pédiatres, neuropédiatres, généticiens...), les professionnels de son éducation (enseignants, éducateurs) et les professionnels de sa protection (magistrats, assistantes sociales).

La psychiatrie de l'enfant est une discipline ouverte sur la multiplicité des facteurs étiopathogéniques des troubles (relationnels, environnementaux, biologiques, génétiques).

b) Les connaissances à acquérir

• Connaissance de la clinique :

La clinique est marquée du sceau du développement de l'enfant, qui influence beaucoup la sémiologie des troubles. Par exemple la sémiologie d'une dépression ou d'une anorexie n'est pas la même chez l'enfant que chez l'adolescent. Ainsi, il existe des particularités des troubles psychiatriques en fonction de l'âge : par exemple, chez le jeune enfant, on note l'importance de son environnement, des pathologies développementales, des indications somatiques et la gravité du retentissement. Chez l'enfant de 7 à 12 ans, sont souvent prédominants les pathologies à retentissement scolaire et les troubles externalisés.

Il nous faut encore noter d'autres particularités cliniques de la psychiatrie de l'enfant telles que la fréquente comorbidité entre plusieurs troubles, l'importance de la multiplicité des sources d'information sur un trouble donné, le fait que la clinique de l'enfant "se nourrit" des problèmes interactionnels et socio environnementaux et en parallèle le retentissement des troubles à différents niveaux : cognitif, relationnel...

• Connaissance des stratégies thérapeutiques :

La formation doit permettre de connaître les différentes techniques de soins (psychothérapies, rééducations, réhabilitation, médicaments...), de savoir laisser aux parents une place adaptée dans le processus de soins et d'avoir connaissance des travaux sur l'évaluation (encore rares) d'une technique par rapport à une autre dans une indication donnée.

• Connaissance des dispositions légales

concernant la maltraitance :

Telles que l'OPP 2 et les différents types de signalements...

En conclusion

Les perspectives pour la discipline :

Les missions dont les pédopsychiatres sont chargés sont donc en cours d'élargissement vers les conduites anti- sociales, la précarité, les urgences, le conseil parental...

Or les moyens en structures de soins et en personnel sont en nombre insuffisant par rapport à l'ampleur de la demande. Il nous faut donc imaginer d'autres modalités d'évaluation et de soins telles que les équipes mobiles, les hospitalisations de jour ou à domicile, développer des centres de référence et des réseaux pour certaines pathologies. Il faut former ainsi qu'informer les autres professionnels de la santé de l'enfant (généralistes, pédiatres, médecins scolaires) et les parents.

Les perspectives et souhaits pour la formation :

Il semble devenu essentiel aux internes en formation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent d'élargir leur expérience hors des frontières et par la suite de réactualiser leurs propres connaissances par des lectures de revues spécialisées francophones et anglophones et par la participation régulière à des congrès.

1 DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire

2 OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

Spécificités de la formation en psychiatrie du sujet âgé

d'après la conférence de Jean-Pierre Clément
SHU de Psychiatrie
Centre Hospitalier Esquirol
15 rue du Dr Raymond Marcland
87025 Limoges

A. Historique

Il faut se référer à un ouvrage de Jean-Marie LEGER et Jean WERTHEIMER, (1999) deux grands maîtres de la Psychiatrie du sujet âgé.

Le premier chapitre de cet ouvrage, la psychiatrie du sujet âgé - une discipline médicale nouvelle, Jean-Marie LEGER précise bien qu'il y a deux regards du psychiatre par rapport aux personnes âgées souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques :

- le premier, celui qui considère l'homme âgé comme un adulte à part entière avec la même symptomatologie, les mêmes problèmes psychiatriques et éventuellement des atteintes cérébrales organiques, sous-entendant la démence ;
- l'autre, celui de l'école psycho-gériatrique française, qui considère que le vieillissement peut apporter des colorations aux affects et aux comportements chez certains sujets qui supportent difficilement le vieillissement avec la survenue de troubles psychiatriques et d'une symptomatologie psychiatrique spécifique.

Il est intéressant de se rappeler dans l'histoire de la psychiatrie et donc de la psychiatrie du sujet âgé, que dès la philosophie des "Lumières" au 17ème siècle, certains auteurs, philosophes bien sûr, se préoccupaient de la sénilité, des troubles psychiques que devraient présenter les sujets vieillissants. Lorsqu'on rentre dans l'histoire spécifique de la psychiatrie, certains auteurs ont aussi marqué ce processus, en particulier PINEL, puisqu'il avait réfléchi déjà au problème de la pathologie mentale par rapport à la sénilité.

Les écrits ont véritablement commencés à la fin du 19e siècle avec un rapport de RITTI et un autre de SEGLAS sur les psychoses séniles.

Autre anecdote : il faut savoir que les premières descriptions anatomo-pathologiques de la maladie d'Alzheimer n'ont pas eu lieu chez celui-ci donc chez KRAEPLIN mais à Lille dans l'Ecole de LERI.

Dans l'histoire de la psychiatrie, les déments se sont facilement retrouvés dans les institutions appelées "asiles d'aliénés". Cela a vraisemblablement, sur le plan historique, entraîné des réticences de la part des psychiatres devant la difficulté à prendre en charge ces sujets, la pauvreté des résultats, des perspectives thérapeutiques.

Les bases de la psychiatrie gériatrique remontent à 1960 lorsque s'est mise en place la sectorisation et qu'il a fallu penser aussi aux personnes âgées. La commission du conseiller LAROQUE a alors mis en place la perspective d'envisager des soins en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation des personnes âgées.

La mise en place de la gériatrie s'est faite dans les années 1970 avec un mouvement psycho-gériatrique prôné par certains psychiatres français, en particulier Jean-Marie LEGER, et la création de la Société Psycho-Gériatrique de langue française en 1986. Cette société fédère les personnes s'intéressant aux personnes âgées.

Le terme "psychogériatrie" est apparu pour sous-tendre l'idée d'un partenariat, un peu comme on l'a évoqué dans la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, entre divers protagonistes en particulier les psychiatres et les gériatres.

Cette société a un congrès annuel, tous les deux ans à Limoges et l'année suivante dans une autre ville de France ; un congrès annuel qui accueille de plus en plus de soignants dont une majorité de gériatres.

Ce congrès est publié ; il a été publié dans divers ouvrages et il y a aussi des travaux qui émanent de ces congrès par des voies un peu plus méthodologiques dans le principe des articles originaux, je pense à des publications dans l'Encéphale, dans la Revue Française de Psychiatrie Psychologie Médicale ou la Revue de Gériatrie.

Le premier ouvrage qui a fait date fut celui de MULLER de l'Ecole Suisse –Le Manuel de Gérotopsychiatrie en 1969 réédité quelques années après avec Jean WERTHEIMER en 1981, et deux autres ouvrages de l'Ecole Française, celui de Jean-Marie LEGER avec ses collaborateurs en 1989 sur la Psychopathologie du vieillissement et celui de FERREY sur la Psychopathologie du sujet âgé en 1993.

B. Terminologie

On parle de psychiatrie gériatrique, de psychogériatrie de gérontopsychiatrie.

La gérontopsychiatrie est plutôt un terme propre à la prise en charge des pathologies mentales du sujet âgé.

La psychogériatrie est une appellation qui tient compte de la psychologie de la personne âgée, et du lien entre psychiatres, gériatres et les autres protagonistes.

La psychiatrie gériatrique est un terme plutôt anglo-saxon ; néanmoins les anglo-saxons ont évolué puisque actuellement ils utilisent un quatrième terme: "Old Age Psychiatry".

C. Les Sociétés savantes

La plus importante est l'International Psychogeriatric Association (IPA) basée aux Etats Unis mais qui s'adresse à l'ensemble de ceux qui s'intéressent à la personne âgée.

Deux autres Sociétés commencent à avoir une place importante : l'European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP) qui est trilingue (anglais, allemand, français) ; l'American Association for Geriatric Psychiatry (AAGP) est une société qui a pris une place importante aux Etats-Unis, très didactique, pédagogique (élaboration de fiches d'informations pour les familles).

Au sein de l'Association Mondiale de Psychiatrie (WPA), il existe une section de psychiatrie du sujet âgé qui a une certaine activité.

D. La littérature

• Les revues :

International Psychogeriatrics, International Journal of Geriatric Psychiatry et plus récemment American Journal of Geriatric Psychiatry et Aging and Mental Health ; ce dernier s'intéresse plutôt aux dimensions sociales, démographiques, administratives de la psychiatrie du sujet âgé.

• Les ouvrages :

Handbook of Mental Health and Aging par BIRREN

Geriatric Psychiatric par BUSSE et BLAZER

Principles and Practice of Old Age Psychiatry, seconde édition, de COPELAND, ABOU-SALEH et BLAZER (parution en avril 2002).

E. Déclaration de consensus de l'OMS 1

Une déclaration de consensus a été faite par des experts internationaux en particulier sous l'égide de Jean WERTHEIMER et de Cornélius CATODIN :

"Cette spécialité s'occupe de l'ensemble des maladies psychiatriques et de leurs conséquences, particulièrement des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des démences, des psychoses de l'âge avancé et des toxicomanies.

Elle traite en outre les patients âgés souffrant de maladies psychiatriques chroniques. Dans la plupart des cas, la morbidité psychiatrique dans l'âge avancé coexiste avec la maladie physique et est susceptible de se compliquer souvent de problèmes sociaux.
Les personnes âgées peuvent aussi présenter plus d'un diagnostic psychiatrique.”

F. Spécificité de la formation en psychiatrie du sujet âgé

a) Les Aspects Généraux

- Données socio-démographiques
300 000 déments en France, dans une dizaine d'années le double. En 2050 trois fois plus de sujets âgés de soixante-quinze ans par rapport à aujourd'hui.
- Epidémiologie des troubles mentaux chez le sujet âgé.
De plus en plus de travaux ont trouvé des situations spécifiques complètement différentes de ce qu'on peut rencontrer chez l'adulte.
- Vieillesse cérébrale normale et le fonctionnement psychique
- Psychodynamique du vieillissement
- Sociologie du vieillissement, la place du sujet âgé dans la société et en particulier celle des centenaires qui sont une entité particulière parce que quand on arrive à dépasser 100 ans, l'incidence de la démence diminue comme si l'incidence systématiquement montante avec le vieillissement stoppait parce que, plutôt liée à un âge particulier.
- Traumatisme et vieillissement
Il y a beaucoup de pathologies émergentes dans le grand âge donc de pathologies tardives qui sont liées à des désordres psychotraumatiques.
- Psychopathologie de la retraite
- Le droit et les personnes âgées
- Les aspects biologiques et pharmacologiques

b) Les Aspects Cliniques

- Anxiété du sujet âgé versus trouble panique et anxiété généralisée avec ses spécificités.
- Dépression du sujet âgé
- Manie et bipolarité
On s'aperçoit qu'il y a des spécificités, en particulier des bipolarités ou des troubles affectifs qui peuvent avoir des survenues tardives. Jean-Claude MONFORT a répertorié un certain nombre de cas de bipolarité de sujets âgés qui ont été comprises non pas par les antécédents parentaux, comme on a et l'habitude de le faire chez l'adulte, mais par des antécédents chez les enfants, ce qui est une approche assez originale.
- Suicide et tentatives de suicide
Le sujet âgé est un sujet à risque extrême de suicides réussis.
- Démences
On a individualisé sous l'égide de l'International Psychogeriatric Association le fait qu'il n'y a pas que des troubles cognitifs dans la démence mais aussi des signes et symptômes psychologiques et comportementaux.
Les psychiatres prennent une place de plus en plus importante avec des demandes croissantes des institutions pour essayer de gérer ces troubles.
- Confusions
- Troubles délirants tardifs
Il faut différencier la schizophrénie vieillie et celle de survenue tardive : “Late onset schizophrenia”.
- Troubles névrotiques et caractériels
- Troubles somatoformes et hypocondrie
- Troubles de la personnalité et vieillissement
- Pathologie post-traumatique
- Pathologie du deuil
- Psychosomatique

Le syndrome de glissement, reste une nébuleuse intrigante : est-ce de l'ordre du psychosomatique, du dépressif ou un phénomène régressif?

- Nociception et douleurs chroniques
Les douleurs chroniques peuvent être prises en charge par les psychiatres.
- Conduites addictives
L'alcool, les abus de sédatifs sont fréquents chez les sujets âgés.
La dépendance comportementale est une entité récemment caractérisée.
- Troubles des conduites alimentaires
- Sexualité
- Pathologies du sommeil
- Apathie, démotivation et troubles de la conation
Ce sont des troubles souvent pris en charge par les neurologues et les gériatres.
Ce sont des perturbations de l'amorçage de l'action et de la volonté.
- Comorbidité en psychogériatrie
- Handicap mental et vieillissement
Comment vieillissent les handicapés mentaux, comment faut-il les prendre en charge, quelles sont les méthodes à mettre en place ?
- Affections cérébrales et troubles psychiatriques

c) Les Aspects Thérapeutiques

- Rééducations et stimulations, réhabilitation cognitive en particulier dans le cadre des démences.
- Maniement des psychotropes
- Traitements spécifiques des démences
- Electro-convulsivothérapie chez la personne âgée
- Psychothérapies individuelles, de groupe, familiales
- Soutien aux familles, aux aidants et aux soignants
- Travail psychothérapique avec la personne démente
Cela se met en place. Un Congrès à Strasbourg a lieu tous les deux ans pour aborder le sujet.
- Thérapies psychomotrices, corporelles, relaxation, photothérapie
- Accompagnement de fin de vie
- Principes d'organisation des soins en psychogériatrie
- Principe du maintien à domicile
Il y a beaucoup de choses à comprendre là aussi en tenant compte des partenaires sociaux pour travailler sur cet objectif.
- Structures d'hébergement et d'accueil
- Droits et capacités de discernement
Les mesures de protection sont les mêmes que chez l'adulte : cependant il y a des spécificités à mettre en place dans la procédure, dans le suivi chez la personne âgée.
- Psychiatrie de liaison
- Abus et négligences
- Instruments d'évaluation, neuropsychologie
- Imagerie cérébrale
Il y a des champs d'applications dans les pathologies démentielles mais aussi dans la dépression puisque comme on le sait maintenant il y a des dépressions spécifiques de la personne âgée que l'on peut appeler des dépressions vasculaires avec des symptômes cliniques particuliers, une imagerie cérébrale qui corrobore, etc...
- Neurophysiologie clinique
- Essais cliniques
- Formation à la recherche en psychiatrie du sujet âgé.
- Agitation – agressivité
- Alexithymie
- Dépistage et prise en charge des troubles mnésiques
- Psychologie de la chute

Où en sommes-nous sur le devenir de la psychiatrie du sujet âgé ?

Les Chaires de Psychiatrie Gériatrique ont été recensées, bien sûr le Royaume Uni arrive en tête puisqu'il y a 340 membres et la "Old age psychiatry" qui est une sous-spécialité depuis 1989.

Il existe une organisation des soins extrêmement spécifique, des services, des hôpitaux spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées, souvent combinée avec de la gériatrie voire même des services de chirurgie gériatrique etc...

Aux Etats Unis il y a un certificat de qualification depuis 1991.

Les pays scandinaves sont eux aussi bien avancés, en particulier la Finlande et la Suède. Le Canada et la Suisse également.

A Genève et Lausanne, la formation en pré-gradué, comporte

32 heures de psychiatrie spécifique du sujet âgé, et en post-gradué, si on veut devenir psychiatre du sujet âgé, la formation repose sur quatre ans de psychiatrie générale et deux ans de psychiatrie du sujet âgé.

G. Devenir de la Psychogériatrie ?

En France, il existe des diplômes universitaires accessibles aux psychiatres en formation :

- DU de Psychogériatrie à Limoges, mis en place depuis 1994, coordonné par le Pr Léger et le Pr Clément, sur 1 an.

Il compte vingt-cinq places tous les ans, il y a environ vingt à vingt-deux gériatres et trois psychiatres seulement.

- DU de Gérontopsychiatrie qui existe depuis 1999, organisé à la faculté de Bobigny par le Pr BELMIN, gériatre et le Dr FREMONT, psychiatre à Lagny.

- DU des troubles mnésiques et psychocomportementaux, mis en place depuis 2001, coordonné par le Dr F. MAYEUX, neurologue à la l'hôpital de la Pitié Salpêtrière (Paris VI), Dr J. PELLERIN, Psychiatre à l'hôpital Charles Foix et Dr AS. RIGAUD, gériatre à l'hôpital Broca.

- L'âge- Prise en charge médico- psycho- sociale, à l'université de Clermont-Ferrand 1, organisé par le Pr Jalenques et le Pr Coudert.

- Maladie d'Alzheimer et démences apparentées, Paris 12, organisé par le Dr Bodak.

- Psychogérontologie et psychogériatrie, université de Montpellier 1, coordonné par le Pr Othoniel. Il s'agit d'un DIU qui se fait sur 2 ans.

- Enfin, il faut citer le séminaire de psychogériatrie, validant pour le DES, qui a lieu à l'hôpital Sainte-Anne à Paris.

Actuellement, se pose la question d'un DESC de psychiatrie du sujet âgé. La formation théorique semble assez simple à mettre en place : c'est plutôt au niveau de la formation pratique et des stages agréés que se pose un problème. Le débat est ouvert.

1 OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Formation à la psychothérapie psychanalytique

d'après la conférence de Vassilis Kapsambelis

ASM 13 - Association de Santé Mentale dans le XIIIe

76, avenue Edison 75013 Paris

Dans la définition freudienne, la psychothérapie correspond à "tout traitement utilisant des moyens psychiques". Freud ne définit pas la psychothérapie comme un traitement pour le trouble psychique, mais comme un traitement utilisant des moyens psychiques pour traiter des troubles de toute origine. L'hypothèse de base, commune à toutes les psychothérapies, part du constat courant que nos états d'esprit, d'humeur, sont influencés par nos rapports avec les états d'esprits, les décisions, les actions des autres. Puisque ceci semble être assez caractéristique des relations humaines, il serait logique d'essayer de l'utiliser dans un but thérapeutique c'est-à-dire dans le sens d'un changement de nos

états d'âmes à travers l'action d'autrui. A ses débuts Freud tente d'utiliser ce constat général à travers l'hypnose, alors instrument par excellence pour entrer en relation avec les états d'âme d'autrui. Il s'agissait de méthodes dites de purge de ce qui était considéré comme pathogène, puis de fil en aiguille Freud aboutit à sa technique personnelle.

Aujourd'hui, la psychanalyse et ses techniques dérivées, ce sont d'abord les nombreux traitements issus de ce concept de base.

En effet c'est à travers la relation avec autrui que l'on tente de changer quelque chose chez le demandeur de ce soin. Le deuxième élément de base est de concevoir cette relation comme répétition des premières relations qui ont modélisé le psychisme ; c'est ce qu'on appelle le transfert. Les psychanalystes pensent qu'il faut utiliser le transfert pour des raisons essentiellement pratiques, car dans l'expérience psychanalytique, le transfert apporte un élément d'actualité dans ce qui se passe entre deux psychismes, et cet élément d'actualité signifie au plan économique la mobilisation de certains affects, sentiments, qui seuls peuvent apporter un changement. La troisième hypothèse de base est que l'appareil psychique produit un certain sens, et c'est en suivant le déroulement de ce sens que l'on peut arriver à établir cette relation dans l'actualité du transfert et éventuellement la transformer.

La cure-type est le modèle, mais elle est loin d'être la plus répandue et la plus utilisable dans la pratique d'un psychiatre. Actuellement la cure-type occupe une place marginale au sens statistique dans les traitements qui peuvent être proposés. En revanche, à partir de ce modèle, les psychanalystes au fil de ce siècle d'existence de la psychanalyse ont développé des techniques thérapeutiques davantage adaptées aux types de pathologies que rencontre un médecin psychiatre au quotidien. La forme la plus répandue est la psychothérapie psychanalytique qui est en réalité la relation médecin malade revue à partir des principes psychanalytiques. On ne peut donc pas parler de spécificité psychanalytique dans la relation médecin malade telle qu'elle a toujours existé : cette relation a trouvé des points d'appui théoriques dans la théorie psychanalytique. Les thérapies psychanalytiques de famille ou le psychodrame psychanalytique, paraissent intéressants pour des pathologies lourdes, comme les états-limites et les schizophrénies.

En dehors de ce qui peut être codifié comme technique thérapeutique liée à la psychanalyse, c'est-à-dire la cure-type et les différentes psychothérapies (individuelles, de groupe, de famille par exemple), on peut citer une façon de comprendre le psychisme humain issue de modèles psychanalytiques. Ceci est applicable à la totalité des actions thérapeutiques d'un psychiatre, c'est-à-dire aussi bien à sa façon de prescrire, d'organiser une hospitalisation, de diriger une équipe autour d'une hospitalisation. Autrement dit, on ne parle plus ici de thérapie analytique au sens des techniques thérapeutiques codifiées, mais d'une conception de l'esprit humain, utile à la compréhension du contact thérapeutique avec un malade psychiatrique. .

Dans la pratique de psychiatrie publique, on a souvent insuffisamment pris en compte le fait que la technique thérapeutique psychanalytique s'adresse en tant que technique codifiée à une minorité des malades.

Il paraît utile de séparer deux dimensions (technique codifiée et instrument de pensée), car autant l'une est une dimension qui requiert une formation, l'autre certes bénéficie d'une formation mais en réalité peut être utilisée comme une façon de comprendre les mouvements psychiques du patient.

La psychanalyse est donc une façon de comprendre les relations de l'être humain avec les premiers objets, et la manière dont cette première relation se réactualise dans la vie au quotidien. Ceci signifie que l'accès à cette part inconsciente de l'autre passe par l'accès à cette part inconsciente de nous-mêmes. D'où la nécessité pour devenir psychanalyste d'une analyse personnelle, comme Freud l'a souvent souligné. Cette analyse personnelle est considérée dans la plupart des écoles françaises non pas comme une formation mais comme un préalable à la formation, comme une expérience personnelle qui permet de fonder par la suite les connaissances que l'on acquiert. Ceci paraît judicieux, car il est utile de différencier une expérience personnelle d'une formation destinée au métier de psychanalyste, qui n'est pas celui de psychiatre.

Formation aux thérapies cognitivo-comportementales

d'après la conférence de Antoine Pelissolo
Hôpital Pitié Salpêtrière
Service du Pr Allilaire
47, boulevard de l'Hôpital 75013 Paris
antoine.pelissolo@psl.ap-hop-paris.fr

Les associations de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) comptent environ un millier de praticiens en France, comportant notamment des psychologues, donc quatre cents à cinq cents psychiatres sur les douze mille exerçant en France. La demande de thérapie est très supérieure à l'offre, notamment à l'hôpital.

A. Grands principes des TCC

Les références reposent sur les théories du conditionnement et de l'apprentissage pour ce qui est comportemental, et sur les théories du traitement de l'information pour ce qui est cognitif. Avec l'évolution des pratiques et des modèles, des approches connexes sont développées, fondées sur les émotions, le tempérament, les personnalités en général, et des approches également sociales.

Un des principes de la pratique repose sur des thérapies que l'on dit brèves, dont la caractéristique est qu'elles sont programmées, c'est-à-dire que l'on connaît l'objectif de la prise en charge. Les techniques sont validées, les procédures adaptées au cas ; le plus souvent on utilise des techniques réparties dans le temps de manière séquentielle, avec des objectifs successifs.

On définit au départ une modélisation fonctionnelle du cas avec formulation tentant de comprendre l'organisation de la pathologie du patient, selon le modèle des TCC; il ne s'agit évidemment pas d'un modèle définitif mais d'hypothèses sur les mécanismes, les facteurs de vulnérabilité, de renforcement.

Un autre élément fondamental est l'évaluation, qui nécessite une formation aux évaluations dites standardisées, structurées, reproductibles ayant l'intérêt de permettre des réévaluations dans le temps. Le suivi d'un patient, à l'hôpital ou en consultation, lorsqu'il n'est pas dans le cadre d'une thérapie ou d'autres procédures très codifiées comme les essais médicamenteux par exemple, est souvent global, l'évaluation se faisant généralement d'une consultation à une autre en perdant de vue le point de départ et l'objectif initial. En revanche, les outils utilisés dans les prises en charge de type TCC permettent une évaluation standardisée.

Une collaboration avec le patient est nécessaire sur les aspects diagnostiques et thérapeutiques c'est-à-dire qu'à tout moment on est capable de faire le point avec lui sur les objectifs fixés et les résultats obtenus.

Un modèle d'analyse fonctionnelle pourrait être de définir les difficultés du patient au départ en terme de cognitions, de modes de pensée, de comportements, d'émotions primaires et secondaires. L'analyse fonctionnelle est une forme d'observation particulière, tentant de comprendre les facteurs historiques, tempéramentaux, ou environnementaux externes, de renforcement par exemple.

B. Intérêts de la formation aux TCC

Elle apporte une approche enrichissante de la psychopathologie par l'analyse fonctionnelle, la recherche des mécanismes, facteurs de renforcement.

C'est également une formation guidée à la relation thérapeutique du fait de la codification assez précise de la manière de prendre en charge un patient, en terme de style collaboratif, de distance empathique, de modeling, de jeux de rôle.

La formation aux TCC permet également l'apprentissage d'une méthodologie d'évaluation diagnostique et thérapeutique avec les cadres diagnostiques, la rigueur psychométrique, les définitions d'objectifs et les ré-évaluations régulières.

Les applications thérapeutiques sont nombreuses en psychiatrie de ville : troubles anxieux de l'adulte et de l'enfant, troubles de la personnalité, troubles addictifs et des conduites alimentaires, troubles dépressifs, troubles psychotiques et médecine comportementale.

Par ailleurs, les TCC représentent une méthode de travail pertinente en institution, notamment par l'implication des équipes soignantes.

Sa complémentarité est grande avec les traitements pharmacologiques et avec les méthodologies de recherche en neurosciences, épidémiologie, psychométrie, psychiatrie de liaison.

C. La formation aux TCC

L'aspect théorique s'acquiert par les lectures de base indispensables afin de posséder un bagage de connaissances. L'enseignement magistral dure deux ans puis est complété par des spécialisations possibles à des méthodes ou à des troubles particuliers, à partir de la troisième année.

La formation pratique est moins structurée ; elle est progressive, accompagnée, supervisée, et dure au moins trois ans ; elle peut débiter au cours de l'internat.

D. L'enseignement des TCC

Il existe actuellement des séminaires de DES abordant les principes dans un objectif de sensibilisation ; des diplômes universitaires, par exemple Paris V, Paris X, Lyon I, Aix-Marseille II, Toulouse, Lille III, Bordeaux II, Reims ; des instituts privés, comme l'AFTCC 1, dont l'enseignement de base comprend des cours théoriques et pratiques, des supervisions, des stages, durant trois ans, des modules spécialisés avec ateliers pendant un an, et la participation à des journées scientifiques et pédagogiques.

E. Les problèmes actuels dans la formation aux TCC

Les maîtres de stage et les terrains de stages sont insuffisants en milieu hospitalier, le suivi ambulatoire à long terme par les internes est peu développé en général. Il existe peu de formations spécifiques pour les internes, ces formations ont un coût élevé.

F. Les développements actuels et avancés des TCC

Ils concernent les thérapies cognitives des troubles de l'humeur et des états-limites, les thérapies de groupe pour les phobies sociales, le trouble obsessionnel compulsif, le trouble panique en particulier, et la réhabilitation comportementale et cognitive des troubles psychotiques.

G. Les limites de la formation aux TCC

Thérapeute formé n'implique pas thérapeute efficace et motivé ; les conditions d'exercice sont difficiles, en raison de la non reconnaissance du statut de psychothérapeute, la durée des séances, la non prise en charge des thérapies de groupe par la sécurité sociale.

Pour conclure, on rappellera que la formation aux TCC est à commencer tôt dans le cursus, et on soulignera l'importance des lectures et des contacts prolongés avec des équipes spécialisées.

1 AFTCC : Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive ; www.aftcc.org

Formation à la psychothérapie systémique

d'après la conférence de Serge Kannas 1,2
CHS Charcot
70, rue Marc Laurent
78373 Plaisir

Pour aborder la question de la thérapie familiale, deux vignettes cliniques simples sont proposées. La première vignette clinique concerne un homme de 45 ans, "marié à son travail", qu'il trompe régulièrement avec son épouse, ayant donc une place de maîtresse sans parvenir à obtenir une place d'épouse. A un moment donné, le travail "divorce" d'avec cet homme, se retrouvant un peu en suspens, et commençant à se déprimer, à boire, à frapper sa femme qui retourne finalement chez ses parents avec les enfants : les parents lui rappellent alors qu'ils lui avaient déconseillé ce mariage.

L'état de son mari

s'aggravant, l'épouse doit prendre des mesures de protection et de contrainte, et à sa demande l'homme est hospitalisé en HDT dans son service de secteur. Parallèlement la femme entreprend des démarches pour une procédure de divorce, et comme deux de ses trois enfants présentent des troubles du comportement, ils bénéficient d'une prise en charge spécialisée.

Cette histoire, paraissant courante, présente plusieurs portes d'entrée, avec de nombreux protagonistes ; elle implique plusieurs institutions ayant des relations entre elles sans nécessairement collaborer, et elle concerne également plusieurs professionnels qui comme les institutions ont des rapports entre eux sans nécessairement collaborer. L'intérêt d'une approche systémique est d'avoir une vision sous forme de "zoom grand angle", qui ne voit pas uniquement une situation isolément de son contexte mais qui tente de relier une situation à son contexte (c'est l'outil conceptuel).

La deuxième histoire concerne une dame de cinquante ans qui présente un état dépressif manifeste au sens des classifications habituellement acceptées. Quand un professionnel est confronté à une situation de ce type, il peut être soumis à plusieurs questions, entraînant pour lui plusieurs conséquences en fonction des modèles de travail qu'il va utiliser. Il peut utiliser des modèles de travail mettant en avant sur le niveau biologique ou cérébral du dysfonctionnement, et son mode d'intervention va mettre l'accent sur des prescriptions ; il peut également avoir une approche plutôt individuelle du problème.

Le deuxième niveau possible peut considérer le symptôme dépressif comme une forme d'actualisation de conflits anciens, de nature inconsciente, intrapsychiques, qui s'actualisent dans le présent. Là aussi, les conséquences peuvent en être une psychothérapie, l'accent étant mis de nouveau sur une approche individuelle, et l'environnement vu plutôt exclusivement comme une construction du sujet, non pas comme un outil ou un levier pour travailler.

Enfin, il peut y avoir une autre approche, sans nier les deux premiers niveaux ni même celui de l'apprentissage et du conditionnement, consiste à se demander dans quelle mesure le symptôme dépressif représente une façon de communiquer, à propos de certains dilemmes qui se posent au sein du couple ou de la famille. Une première question est de savoir par exemple si le mariage est devenu insatisfaisant et si le symptôme dépressif représente un moyen indirect de parler de cette insatisfaction, de l'instabilité du mariage, entre le maintien et la séparation. Une deuxième question serait de savoir si à ce moment de la vie de cette famille (le moment où les enfants quittent la maison) ce départ des enfants participe à la modification de l'équilibre conjugal : avec leur départ la triade redevient dyade, obligeant à redéfinir un équilibre conjugal. La troisième question est de se demander si le symptôme dépressif ne peut pas être un élément qui permet de stabiliser le processus de séparation, le symptôme pouvant empêcher le conjoint de partir, et finalement avoir une fonction stabilisante.

L'intervention des professionnels peut avoir un rôle similaire par l'hospitalisation psychiatrique, régulateur homéostatique permettant une succession d'étapes où femme et mari vont être ensemble, puis séparés par la psychiatrie, etc...

Au fond le paradigme de l'approche systémique, de la thérapie familiale pourrait se définir comme la mesure dans laquelle un symptôme ou un comportement psychiatrique, même s'il peut être

appréhendé de façon biologique, psychodynamique, comme un apprentissage ou un conditionnement relationnel, prend une fonction dans le contexte plus large où il émerge et se maintient.

1 Serge Kannas, "Thérapies familiales et schizophrénies", cahiers pratiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, "Psychoses et familles", n°26.

2 Serge Kannas, Anne-Marie Lelay, "A propos d'une dépression chronique résistante", Cahiers critiques de thérapies et de pratiques de réseaux, n°21, 1998/2.

Applications de l'imagerie cérébrale en psychiatrie : exemples de recherches initiées lors d'un DEA

d'après la conférence de Eric Artiges

Psychiatre, chercheur INSERM

Equipe INSERM-CEA ERM 0205 "Imagerie Cérébrale en Psychiatrie"

Centre Hospitalier Frédéric Joliot

4, place du Général Leclerc 91400 Orsay

artiges@cea.fr

A Orsay, le centre d'imagerie permet la mise en œuvre conjointe de plusieurs technologies comme la tomographie par émission de positons, l'imagerie par résonance magnétique anatomique ou fonctionnelle, qui seront illustrées ici par les résultats de quelques-unes des études de l'équipe.

L'évolution de ces outils d'imagerie est extrêmement rapide, ainsi que les technologies d'analyse des données qui permettent aujourd'hui d'aller beaucoup plus loin dans l'analyse du fonctionnement du cerveau.

A. Tomographie par Emission de Positons (T.E.P)

Lors d'une étude en T.E.P à Orsay, nous avons ainsi pu montrer dans un groupe de patients schizophrènes l'existence d'une altération de la dominance hémisphérique fonctionnelle pour le langage. Lors d'une épreuve de fluence verbale, les patients activaient les différentes régions de façon beaucoup plus symétrique que les sujets contrôles qui activaient essentiellement à gauche. Ceci suggérait une anomalie de la dominance hémisphérique fonctionnelle pour le langage, et soulevait la question des régions impliquées dans la supervision des activités mentales, fonction qui dépend en partie de la mémoire dite "de travail".

Figure 1

Lors d'une épreuve de génération aléatoire de chiffres, qui permettait d'explorer la mémoire de travail, nous avons observé un réseau d'activation très dispersé tant en frontal qu'en pariétal ; de plus, la comparaison entre patients schizophrènes et sujets contrôles a mis en évidence une dysfonction de l'aire cingulaire antérieure chez les patients. Cette étude utilisait une méthode d'analyse statistique appliquée directement à chaque élément de base (voxel) des images fonctionnelles (SPM).

Figure 2

B. L'Imagerie par Résonance Magnétique (I.R.M)

a) IRM fonctionnelle (IRMf)

Cette technique est actuellement en plein essor dans le champ de l'imagerie appliquée à la psychiatrie. L'utilisation conjointe d'épreuves cognitives et de l'IRMf permet d'aborder certains aspects de la physiopathologie des troubles psychiatriques par la comparaison des activations cérébrales observées chez des patients, et même les variations liées à certains aspects de la personnalité. Pour l'étude des troubles émotionnels, nous avons comparé des sujets alexithymiques à des sujets non alexithymiques. Les sujets alexithymiques présentaient une altération localisée au cingulum antérieur et au cortex frontal médian.

Figure 3

b) IRM anatomique

L'évolution des techniques d'analyse informatique des données a permis de revisiter les possibilités de l'IRM anatomique. Nous avons ainsi pu mettre en évidence des différences de volume de substance blanche et de substance grise cérébrale avec une corrélation négative entre le volume de substance blanche péricingulaire et la symptomatologie déficitaire.

Figure 4

L'amélioration de la qualité des images permet également d'explorer plus finement les anomalies des sillons cérébraux. Ainsi, l'inspection des images montre que l'asymétrie physiologique du sillon para-cingulaire semble moins marquée chez les sujets schizophrènes que chez les contrôles chez lesquels ce sillon est plus souvent développé dans l'hémisphère gauche.

c) IRM de diffusion

La connectivité entre les différentes structures cérébrales peut également être explorée en IRM de diffusion. Cette nouvelle technique permet de visualiser le tracé des fibres blanches et les connections entre structures. Elle semble très prometteuse notamment dans le cadre de la schizophrénie avec une hypothèse physiopathologique de dysconnection cortico-limbique.

C. Les nouvelles techniques d'analyse des données

Un nouveau logiciel permet par exemple de visualiser en trois dimensions non seulement le cerveau mais aussi les sillons. Des techniques d'intelligence artificielle peuvent ainsi être appliquées à la reconnaissance automatique des sillons. Le système expert recherche la position tridimensionnelle des différentes parties des sillons et peut les identifier grâce à une banque de données

morphologiques. L'étude de la morphologie gyrale est également possible en utilisant une technique similaire de parcellisation.

Figure 5

D. Autres applications de l'imagerie cérébrale

d) Mode d'action des médicaments

L'utilisation de techniques d'imagerie permet d'étudier l'affinité des neuroleptiques sur les récepteurs D2. Ainsi, on peut mesurer le taux d'occupation de différents neuroleptiques sur le striatum et d'autres structures cérébrales, et en déduire les posologies utiles.

e) La Stimulation Magnétique Transcrânienne (TMS)

Cette nouvelle thérapeutique potentielle des états dépressifs, ou de certains symptômes psychopathologiques, peut être guidée grâce à une imagerie fonctionnelle préalable qui permet de situer précisément les régions dysfonctionnelles. Il est en effet possible d'établir une cartographie tridimensionnelle des régions à stimuler en TMS, qui est ensuite projetée au niveau du cuir chevelu pour guider la TMS.

En conclusion, ce champ de recherche est maintenant établi : parallèlement à l'apport de connaissances physiopathologiques, c'est un des seuls à proposer des retombées immédiates ou à court terme pour des applications thérapeutiques. Les informations sur le fonctionnement cérébral au cours des troubles psychiatriques sont cruciales pour la mise au point de thérapeutiques nouvelles et innovantes. L'évolution des connaissances sur les supports cérébraux des troubles psychiques est un domaine intéressant pour les psychiatres en formation.

Formations à la recherche

d'après la conférence de Luc Mallet
Assistant Hospitalier de Recherche
Unité CNRS/AP-HP - Hôpital Pitié Salpêtrière, 47, bd de l'Hôpital 75013 Paris
lucmallet@free.fr

La maîtrise des sciences biologiques et médicales est la première étape d'une formation théorique et pratique approfondie à la recherche, dont le prolongement se fait lors du DEA puis tout au long du cursus doctoral. L'encadrement pratique se fait au sein de laboratoires dépendant soit de l'université, soit de l'INSERM 1, soit du CNRS 2. Par ailleurs les internes doivent être associés à des travaux de recherche durant leur stage, et ce maintenant de façon obligatoire selon les critères de l'UEMS 3. Cela peut notamment se dérouler dans le cadre de leur thèse de médecine ou de leur mémoire de DES.

A. Les maîtrises de sciences biologiques et médicales (MSBM)

Elles ont été créées en 1991 et modifiées en 2000. Il faut valider trois certificats qui peuvent être librement choisis, avec une centaine d'heures d'enseignement chacun (75h d'enseignement théorique, 25 h d'enseignement pratique). Les internes DES ont automatiquement l'équivalence pour l'un de ces certificats, et doivent donc en valider uniquement deux. 27 intitulés de MSBM sont répertoriés. Certains semblent plus particulièrement en rapport avec la recherche en psychiatrie, comme par

exemple "psychobiologie des comportements", "biostatistiques et modélisation", "déontologie et responsabilité médicale", "génétique humaine et comparée", "communication cellulaire et développement", "méthodologie de la recherche clinique" etc... Tous ces intitulés seront prochainement disponibles sur le site Internet de la Fédération Française de Psychiatrie.

B. Les Diplômes d'Université

Ce sont des formations orientées sur les applications cliniques, qui en soit, ne représentent pas une formation approfondie à la recherche. Certains DU peuvent cependant offrir des outils utiles pour la recherche, comme celui de "Modélisation en statistiques" de Paris XI.

C. La formation doctorale

La formation doctorale se compose d'une part du DEA, puis de la thèse de sciences proprement dite. La formation doctorale est théoriquement d'une durée de quatre ans, mais s'avère souvent plus longue pour les médecins.

a) Le Diplôme d'Etudes Approfondies

Le DEA comprend deux volets : une formation théorique et méthodologique soutenue de haut niveau, exposant la démarche de recherche de façon très détaillées. Cette introduction théorique à la méthodologie de la recherche se complète du deuxième volet qui est une formation pratique d'initiation à la recherche, sous forme de stage pratique en laboratoire qui débouche sur la rédaction d'un mémoire de DEA pouvant faire l'objet d'une publication internationale. Le DEA se déroule normalement sur un an, mais le doyen peut, pour motif spécifique, donner une dérogation pour l'effectuer sur deux ans.

Différentes annexes bientôt disponibles sur le site Internet de la Fédération Française de Psychiatrie (www.psydoc-france.com) centraliseront les possibilités de recherche offertes aux psychiatres.

Dans le champ des Neurosciences

Dans la catégorie des DEA ayant globalement trait aux neurosciences, citons notamment à Paris les DEA de "Neurobiologie et Psychopathologie des Comportements", "Neuropsychologie", "Neurosciences", "Sciences Cognitives", "Pharmacologie", "Psychologie des Processus Cognitifs"... Dans le même domaine à Lyon, il existe un DEA de "Sciences Cognitives" et de "Neurosciences", à Toulouse un DEA de "Neuropsychologie", à Marseille un DEA de "Neurosciences", mais aussi dans d'autres villes universitaires comme Bordeaux et Strasbourg.

Dans le champs de la Psychopathologie

Les possibilités de DEA sont nombreuses dans le domaine de la psychopathologie et de la psychologie avec, par exemple à Paris, les DEA de "Psychopathologie et Psychologie Clinique", "Psychologie Cognitive" et "Psychologie Sociale" de Paris V, ceux de "Psychopathologie fondamentale et Psychanalyse", "Psychose et Etats-Limites", "Sexualité, Procréation et Périnatalité", "Médecine scientifique, Psychopathologie et Psychanalyse" de Paris VII. A Paris VIII il existe un DEA de "Psychologie Clinique" et un autre ayant trait à l'éthnopsychiatrie "Interaction et processus d'Influence". Mais également le DEA de "Psychopathologie Clinique et Expérimentale" de Paris XI, celui de "Psychopathologie et psychologie Clinique" de Lyon II et dans d'autres villes comme Strasbourg ("Psychologie Expérimentale et Clinique"), Toulouse ("Psychopathologie") et Bordeaux.

Autres Domaines

- DEA "d'Epidémiologie Clinique" à Strasbourg
- DEA de "Génétique" à Paris
- DEA de "Pharmacologie Expérimentale et Clinique" à Paris V et Paris XI.

Cette liste n'est bien entendu pas exhaustive et sera complétée et disponible sur les sites Internet de l'AFFEP (www.affep.com) et la Fédération Française de Psychiatrie.

D. Etat des lieux

Les sondages ont montré que 10% à 20% des internes qui terminaient leur cursus étaient titulaires d'un DEA, que globalement 30% envisageaient cette formation, alors que près de 50% se disaient

titulaires d'une MSBM. Cet écart entre titulaires d'une MSBM et faible accès aux DEA pourrait, entre autre, dépendre d'une mauvaise information des internes sur l'intérêt et le contenu de ces DEA. Les débouchés dans la recherche après le DEA, en post-internat ou en post-clinicat et pour financer un doctorat comprennent les postes d'accueil INSERM et les postes couplés entre l'AP-HP et le CNRS.

Les débouchés à long terme comprennent différents postes de chercheurs titulaires au CNRS, à l'INSERM.

1 INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

2 CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

3 UEMS : Union Européenne des Médecins Spécialistes

La synthèse des interventions a été réalisée par :

- Claire Büchsenschütz
Interne DES, Paris (75)
Coordinatrice syndicale pour l'AFFEP

- Anne-Sylvie Caillat
Interne DES, Paris (75)
Présidente de l'AFFEP

- David Gourion
Psychiatre Doctorant, Paris (75)
Référént recherche pour l'AFFEP

- Cécile Hanon
Psychiatre, Assistante spécialiste, Antony (92)
Vice-présidente de l'AFFEP

Achévé d'imprimer en France
Réalisation Quatrebis

Association Pierre DENIKER
Hôpital Sainte-Anne
1, rue Cabanis
75014 PARIS
e-mail: denisemaggi@hotmail.com

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 : affep@free.fr