

3e JOURNÉE DE L'INTERNE

7 mars 2003

Hôpital SAINTE-ANNE (Paris)

Association Pierre DENIKER

&

AFFEP

Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie

Journée de l'Interne - 7 mars 2003

La synthèse des interventions a été réalisée par :

- Noémie LAMARSALLE
Interne DES, Paris

- Delphine PORCHERET
Interne DES, Paris
Secrétaire de l'AFFEP

- Elie WINTER
Interne DES, Paris
Président de l'AFFEP

Ouvrage coordonné par :

- Cécile HANON
Psychiatre, Assistante spécialiste, Antony (92)

SOMMAIRE

EDITORIAL :

Association Pierre DENIKER J.P. OLIE (Paris) p.2

AFFEP E. WINTER (Paris) p.3

Formation de l'interne : le DES de psychiatrie T. d'AMATO (Bron) p.5

Formation du psychiatre en Italie A. FIORILLO (Naples) p.9

Spécificités de la formation

Psychiatrie légale D. ZAGURY (Paris) p.13

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent B. GOLSE (Paris) p.15

Psychiatrie du sujet âgé J. PELLERIN (Ivry S/Seine) p.17

Formation aux psychothérapies

Thérapies cognitivo-comportementales C. ANDRE (Paris) p.23

Psychanalyse F. GOROG (Paris) p.25

Thérapie familiale et systémique J. MIERMONT (Paris) p.29

Formation à la recherche P. BOYER (Paris) p.33
F. ADVENIER (Paris)
D. GOURION (Paris)

Association Pierre DENIKER

D'après la conférence de Jean-Pierre OLIE
Hôpital Sainte Anne, Service Hospitalo-Universitaire
7 rue Cabanis 75014 Paris
olie@chsa.broca.inserm.fr

Vous connaissez le nom de Pierre Deniker qui est généralement associé à celui de J. Delay pour la découverte de la chlorpromazine (Largactil®) en 1952, le premier neuroleptique, ici à l'hôpital Sainte Anne.

Il faut savoir aussi que Pierre Deniker n'était pas un pharmacologue, mais un psychiatre qui s'est intéressé aux médicaments psychotropes, mais pas exclusivement : il s'est aussi beaucoup intéressé à la psychiatrie médico-légale et à bien des aspects de la clinique, y compris le syndrome de transsexualisme, sujet sur lequel il avait fait faire sa thèse à Jean-Marie Alby dans les années cinquante. Par exemple, Pierre Deniker a aussi travaillé la question des toxicomanies : il avait ouvert une consultation qui continue à fonctionner sous le nom de dispensaire Moreau de Tours, ici à Sainte Anne, et il fut un des pionniers des traitements de substitution, en particulier la méthadone dans les années 1970.

C'était donc un psychiatre qui s'intéressait à bien des aspects de notre discipline et pas seulement aux neuroleptiques.

L'association Pierre Deniker est née de la volonté du Dr Jacques Servier, ami personnel de Pierre Deniker et des proches élèves de Deniker notamment Henri Loô et moi-même. Cette association s'est donné depuis 4 ans comme objectif de mettre sur pied des actions valorisant la psychiatrie, en partenariat avec des organisations professionnelles existantes. D'où cette journée de l'interne en partenariat avec l'AFFEP.

Il y aussi d'autres actions de l'association Pierre Deniker : par exemple en partenariat avec le Collège National des Universitaires de Psychiatrie (CNUP), des journées de synthèse sur la recherche et l'enseignement en psychiatrie dans différents sites. La première de ces journées a eu lieu à Montpellier en 2002, la suivante en 2003 à Sainte Anne à Paris. Peut-être l'an prochain à Lyon... ?

AFFEP

D'après la conférence de Elie Winter
Interne DES, Paris
Président de l'AFFEP
info@affep.com

Introduction

L'AFFEP (Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie) est au départ un projet de 1998 qui consistait à créer une association d'internes français pour représenter la France dans les discussions européennes d'internes en psychiatrie au sein de l'EFPT (European Federation of Psychiatric Trainees).

L'association a permis aux internes en psychiatrie de s'organiser entre eux, avec plusieurs manifestations, notamment les journées de l'interne en partenariat avec l'association Pierre Deniker depuis 3 ans, mais aussi "les forums", la participation aux Etats-Généraux de la psychiatrie à Montpellier en juin 2003 etc...

Aujourd'hui, c'est aussi l'association qui représente les internes en psychiatrie français, et qui donc est sollicitée de plus en plus par tous ceux qui cherchent à entrer en contact avec ces internes (propositions de postes, de remplacements, participation à des communications, s'informer sur l'avis des internes, etc...).

Des outils de communication

Internet

Les e-mails sont maintenant notre média principal, et l'association a ouvert son nouveau site web en septembre 2002 que vous pouvez consulter sur www.affep.com. Pour nous contacter, vous y trouverez notre e-mail info@affep.com, ainsi que toutes les informations pratiques sur l'association (adhésion, composition du bureau, réseau national, petites annonces...).

Le bulletin de l'association

Il a pour but de vous tenir au courant des activités de l'association, mais aussi d'être une tribune où les internes peuvent s'exprimer. Cette année, il est édité par chaque région tour à tour. La parution est environ trimestrielle et il est expédié par la poste à tous les adhérents.

Un réseau national

Un réseau de référents régionaux de l'association couvre à peu près toute la France et doit permettre à tous les internes de savoir à qui s'adresser pour toutes les questions relatives à leur formation. Ce réseau permet aussi à l'association de savoir ce qui se passe dans les régions, et d'utiliser ces informations dans les discussions que nous avons, de plus en plus, avec nos autorités de tutelles.

Ce réseau doit être mis à jour constamment... certains référents sont en fin d'internat et leur motivation peut faiblir... Nous sommes donc toujours à la recherche de nouveaux référents. Si vous ne connaissez pas le référent AFFEP de votre région, c'est déjà un signe qu'il en faut peut-être un nouveau... n'hésitez pas, proposez-vous !

Le bureau de l'AFFEP est certes essentiellement parisien, mais uniquement pour des commodités de réunions. Si vous pouvez facilement vous rendre à Paris, venez vous joindre à nous.

Le livret d'accueil

Le livret d'accueil est distribué à tous les internes de premier semestre adhérents à l'association et reprend toutes les informations sur le cursus de psychiatrie. Vous y trouverez les informations sur les variations de la formation entre les régions, la maquette du DES de psychiatrie, celles des DESC et toutes les informations pratiques sur l'organisation de ces quatre années d'internat. Le livret doit être remis à jour cette année.

L'EFPT : European Federation of Psychiatric Trainees

Du 8 au 10 mai 2003, nous organisons le congrès européen des internes en psychiatrie à Paris, à l'Hôpital Sainte Anne.

Des internes représentants d'une quinzaine de pays européens viendront y discuter de l'état de la formation dans leur pays et des propositions communes à faire pour l'améliorer et l'enrichir des expériences de pays voisins. Ces propositions sont chaque année transmises à l'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) qui en fait des recommandations européennes que les Etats européens peuvent appliquer.

Les Forums

Les forums de l'AFFEP sont des soirées où de jeunes psychiatres viennent nous raconter leur vision de la profession, leurs choix de carrière et éventuellement nous donner envie de les suivre en pédopsychiatrie, recherche, éthique, psychiatrie médico-légale etc...

Qu'ils soient organisés le week-end, en semaine, le soir ou en journée, les internes de province ne peuvent jamais s'y rendre (on comprend bien qu'ils ne fassent pas l'aller-retour pour une soirée)... mais on pense à exporter la formule, via les référents régionaux, en partageant notre expérience pour l'organisation de ces soirées (comment trouver les intervenants, convaincre et inviter les internes ...). Là encore, si vous êtes prêt à tenter d'organiser ça dans votre région, contactez-nous.

La Réforme de la maquette de psychiatrie

Thierry d'Amato va nous exposer tout à l'heure le contenu de la maquette du DES de psychiatrie. L'un des problèmes majeurs en discussion cette année est l'obligation d'effectuer deux stages hors filières.

L'AFFEP est en discussion avec les syndicats de psychiatres, les universitaires et a rencontré les conseillers des ministres de la Santé et de l'Education Nationale à ce sujet. Là encore, toutes les informations sur ce qui se passe dans vos régions nous intéressent... notamment, en ce moment, les internes bordelais sont en difficulté avec leur DRASS et nous essayons de les soutenir... et nous pourrons ensuite tenir compte de ces difficultés dans nos discussions avec les conseillers des ministres.

Bref, nous vous souhaitons la bienvenue à cette journée de l'interne, organisée avec l'association Pierre Deniker que nous remercions, pour laquelle nous avons invité des gens différents, réputés opposés, pour vous offrir un panorama de la psychiatrie d'aujourd'hui. On a rarement l'occasion pendant l'internat d'avoir ensemble ces personnes-là réunies pour nous exposer l'intérêt d'une formation ouverte et multiple et pas superficielle.

Formation de l'interne Le DES de psychiatrie

D'après la conférence de Thierry d'AMATO
Hôpital Le Vinatier, 69000 Bron
thierry.damato@ch-le-vinatier.fr

La maquette du DES de psychiatrie

C'est un sujet délicat parce que si tout le monde est d'accord pour dire qu'il faut une formation, dès qu'on va au-delà de cette évidence, les choses ne sont pas toujours aussi simples.

Il existe une maquette nationale qui précise les grandes lignes de l'enseignement du DES, pour laquelle on peut regretter qu'elle ait été élaborée sans réelle concertation avec les internes d'une part, ni le corps enseignant... mais elle a au moins le mérite d'exister. Un arrêté du 18 octobre 2001 définit une

formation théorique d'environ 250 heures, en précisant une liste de thèmes qui doivent être nécessairement abordés.

Au niveau pratique, la formation nécessite 4 semestres dans des services agréés pour le DES de psychiatrie de l'adulte, 2 semestres dans des services agréés pour le DESC de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Ces 6 semestres doivent être effectués dans au moins 2 services différents (dans les régions où il y a peu de services ceci pose parfois problème).

Au minimum un de ces semestres doit être effectué dans un service universitaire de psychiatrie.

Enfin, 2 semestres doivent être effectués dans des services hors filière dans le but de maintenir une certaine polyvalence dans la formation des spécialistes. Ce dernier but peut apparaître légitime ; néanmoins son application stricte aurait pour conséquence de raccourcir d'1 an le temps de formation consacré à la psychiatrie, ce qui ne va pas dans le sens attendu de l'amélioration de cette formation.

Se pose la question d'ajouter une 5e année d'internat de psychiatrie. Sous quelle forme ? Une année supplémentaire, un assistantat obligatoire, un DESC en complément du DES... ? Ce sont des questions en suspens. Il faut savoir que cette durée de 5 ans est adoptée dans beaucoup de pays européens.

L'obligation de 2 semestres hors filière est loin de faire l'unanimité chez les internes et les enseignants. Le Collège National des Universitaires en Psychiatrie (CNUP) a donc décidé de ne pas exiger l'application de ces mesures pour l'instant avant d'avoir obtenu un certain nombre de précisions ou de garanties de la part du ministère, précisions qui tardent me semble-t-il un peu à venir. Il y aurait une réunion en février 2002 entre l'AFPEP et les représentants des ministères dont je n'ai pas les conclusions.

La spécialisation en psychiatrie pour les médecins généralistes

A propos de la double formation en psychiatrie : la réforme de l'internat de 1984 a mis fin à la double formation existante, qui comprenait deux voies d'accès : soit par le cursus de l'internat des hôpitaux, soit par le cursus des hôpitaux psychiatriques. La baisse drastique du nombre d'internes, puis le contrecoup sur le nombre d'assistants a conduit les directeurs d'hôpitaux et les chefs de service à faire appel à des médecins généralistes pour assurer la continuité des soins. On a un peu fermé les yeux là-dessus pendant quelques années où cet état de fait s'installait. Au-delà de ce qu'on peut en penser, la réalité est qu'un grand nombre de patients psychiatriques sont soignés par des médecins qui n'ont pas reçu une formation en psychiatrie ou qui ont bénéficié d'une formation sommaire parce que peu encadrée : ceci n'est pas admissible.

C'est pourquoi le CNUP a proposé au Ministère d'organiser un enseignement de psychiatrie pour les généralistes. L'arrêté du 24 mai 2000 a précisé les pré-requis qui permettent aux médecins généralistes de se présenter au concours national de praticien hospitalier. Dans les grandes lignes, on leur demande un enseignement universitaire sur 3 ans. Cela repose la question des années de formation (5 ans d'un côté, 3 de l'autre) et cet enseignement universitaire doit être accompagné de 4 années de formation pratique à temps plein dans des services de psychiatrie, sous forme d'un assistantat en qualité d'assistant généraliste. Sur le terrain c'est difficile de préciser la polyvalence, en terme nombre de semestres en psychiatrie adulte, pédopsychiatrie etc, mais cette polyvalence apparaît plus que souhaitable.

En région Rhône-Alpes, on a pris le parti d'offrir exactement la même formation aux internes DES et aux assistants généralistes inscrits en DIU de psychiatrie générale, puisqu'il n'était pas possible pour nous d'envisager une formation en psychiatrie au rabais pour une des deux catégories et aussi parce qu'on a fait le constat qu'on ne savait pas enseigner la psychiatrie de deux façons différentes.

L'enseignement se déroule sous forme de journées thématiques régionales sur Lyon, Grenoble et Saint Etienne. Chaque mois, il y a une journée sur un thème particulier. Ceci est complété par des séminaires organisés localement. Au-delà de ces modalités pratiques, ce n'est pas du tout satisfaisant d'avoir 3 ans d'un côté contre 5 de l'autre et beaucoup se demandent à quoi sert de passer l'internat si c'est pour avoir le même diplôme à la fin. Je ne pense pas que ce soit la même démarche : la

formation antérieure, la préparation de l'internat doit avoir son importance, mais en dehors de ça, on ne voit pas bien les différences à terme (sauf peut-être pour les carrières universitaires ?).

Dans l'idéal, cet entérinement d'un retour à la double formation en psychiatrie ne devrait être que provisoire dans la perspective du nouvel internat pour tous par examen classant. Dans la réalité, c'est peut-être plus compliqué parce que la prolongation ou non de cette formule dépendra du nombre de postes offerts en psychiatrie et si ce nombre n'augmente pas, cette situation va durer... à moins d'imaginer une réduction drastique du nombre de psychiatres. Vous savez peut-être qu'il y a environ 12 000 psychiatres en France, alors qu'en Allemagne ou en Angleterre, c'est plutôt 3 000 ou 4 000. Cette situation est un peu atypique et bien sûr les pouvoirs publics s'y intéressent.

La formation théorique et pratique

La formation théorique est dense, avec des enseignements en histoire, sémiologie, épidémiologie, neurobiologie, psychopharmacologie, thérapeutiques biologiques, psychologiques et sociales.

La formation pratique se déroule dans les services hospitaliers selon deux objectifs principaux : le maniement des psychotropes et la formation à la relation aux psychothérapies et aussi la coordination du travail social.

Quand on essaye de regarder plus en détail, on constate un certain nombre de difficultés générales et des disparités régionales.

Personnellement, en premier lieu, je constate que l'essentiel de la formation pratique se déroule hors du CHU : ceci est un non-sens puisque la mission des universitaires est d'enseigner. Il faut savoir que la situation actuelle en psychiatrie est radicalement l'inverse de ce qu'on observe dans les autres spécialités où l'obligation est de faire un semestre hors CHU.

S'ajoutent à cela des disparités régionales importantes sur le ratio postes d'internat universitaires / non-universitaires. A mon sens, cela a des conséquences en terme de savoir transmis et surtout d'actualité du savoir transmis. Les services universitaires étant par vocation et par nécessité plus rapidement au fait des nouvelles connaissances et des nouvelles pratiques. Ce ne sont bien sûr que des grandes lignes, une vision globale.

L'enseignement théorique est aussi diversement structuré selon les régions, avec un éventail de séminaires qui n'offrent pas toujours une très bonne représentativité des courants actuels en psychiatrie, le risque étant une formation incomplète ou obsolète. Ce risque est majoré par l'absence d'un véritable contrôle des connaissances dans la plupart des régions en dehors du mémoire final du DES qui n'est pas forcément très adapté à ce but.

Même dans les régions qui semblent privilégier la composante psycho du trépied bio-psycho-social, la formation aux psychothérapies est souvent mal structurée, très partielle, voire totalement insuffisante dans le strict cadre du DES. Les internes peuvent évidemment aller voir en dehors du DES, mais c'est dommage que le DES de psychiatrie ne permette pas de former aux psychothérapies. Pour l'instant, il semble aller de soi pour beaucoup que tout psychiatre est psychothérapeute de facto, mais cette assimilation automatique est de plus en plus contestée et seule une formation de qualité, codifiée et validée, structurée, pourra justifier le maintien de cette équivalence à laquelle nous sommes nombreux à tenir.

Les disparités pour les généralistes sont encore plus frappantes... et dans certaines régions, aucune formation n'est proposée. Même quand une formation spécifique est mise en place, il n'y a pas la mobilité hospitalière que vous connaissez dans le DES et qui permet d'avoir accès à des pratiques différentes selon les services et donc à une formation vraisemblablement bien plus complète.

Personnellement, je plaide

u pour une plus grande homogénéité nationale des objectifs et des modalités de l'enseignement de la psychiatrie, de toute la psychiatrie et pas seulement de certains aspects de la psychiatrie,

u pour un contrôle régulier des connaissances. Il y a un certain nombre de choses à connaître et on n'a pas la science infuse parce qu'on a passé l'internat. Cela devrait pouvoir être validé, pour une formation structurée aux psychothérapies, pour l'application de normes nationales sur la formation pratique dispensée dans les stages hospitaliers, ce qui faciliterait le rééquilibrage de certaines situations régionales atypiques face au poids des usages locaux.

Conclusion

Pour finir, quelques points plus polémiques, qui n'engagent que moi. Cela mérite d'être dit pour dépasser un certain "consensus mou" qui est quand même très présent aujourd'hui en psychiatrie. Il me semble qu'il existe encore une ligne de fracture entre une psychiatrie française moderne bien au fait des connaissances et des pratiques, de mieux en mieux intégrée dans les courants d'échanges internationaux et la psychiatrie quotidienne d'un certain nombre de praticiens, y compris de certains responsables de stages hospitaliers. Je ne sais pas si la subdivision de Lyon est une exception, mais je vous livre quelques réflexions de certains responsables de stages, récemment : u Rien ne prouve que la maladie d'Alzheimer soit vraiment une maladie du cerveau ...

- u Le traitement d'un schizophrène nécessite toujours plusieurs années d'hospitalisation
- u Les médicaments sont surtout des médiateurs de la relation
- u Moi je ne prescrirai jamais d'électrochocs
- u Quand on s'intéresse à la biologie, on ne s'intéresse pas au patient
- u On ne doit jamais donner un diagnostic de schizophrénie à un malade

Dans ce contexte, il ne faut pas s'étonner d'entendre chez certains internes :

u La génétique dans la schizophrénie, moi j'y crois pas.

Est-ce que l'épidémiologie serait une religion ? Est-ce qu'il faut croire ou ne pas croire des données établies depuis des dizaines et des dizaines d'années avec une centaine d'articles ?

u Les problèmes cognitifs, ça n'a rien à voir avec la psychiatrie
Avec quoi alors ?

u Je ne vois pas comment on peut être à la fois chercheur et se prétendre psychiatre, parce que quand on fait de la recherche on utilise le patient comme objet.

J'ai bien conscience de déranger un peu en disant ça... Il y a le politiquement correct et aussi ce que j'appelle le "psychiatriquement" correct. Et sûrement ne faut-il pas faire de généralité avec ces exemples un peu caricaturaux... mais pas si rares. Je trouve que la persistance de telles idées toutes faites est préoccupante, à une époque où les neurosciences explosent, où le grand public est de mieux en mieux informé, par internet notamment et où le rôle des associations d'usagers est de plus en plus important. Ces associations nous demandent une plus grande codification des pratiques, une meilleure justification de leur bien fondé.

A force de fermer les yeux sur tout ça pour ne pas faire de vagues, je me demande si la psychiatrie ne va pas tout bonnement finir par éclater : d'une part au profit des neurologues qui s'intéressent de plus en plus à la neurobiologie de la cognition et de l'affect, aux sciences cognitives, domaines qui devraient relever de la compétence des psychiatres mais que ceux-ci boudent pour la plupart ; d'autre part au profit des psychologues qui font notamment prévaloir leur meilleure formation à la psychothérapie et dont certains commencent à réclamer l'autorisation de prescription partielle ; enfin aux services sociaux, avec la place croissante de la notion de santé mentale par rapport à celle de maladie mentale qui est pourtant notre vraie raison d'être. Quand on considère les coûts de formation et d'exercice d'un psychologue ou d'une assistante sociale comparativement à ceux d'un psychiatre, on a le droit de se faire du souci pour l'avenir.

A mon sens, une des réponses à ces errements passe par une formation complète et de qualité, mais encore faut-il que les universitaires, dont la raison d'être est d'enseigner, puissent jouer leur rôle sur le terrain au niveau des stages hospitaliers pour mener à bien cette mission, ce qui n'est pas évident aujourd'hui.

Elie WINTER : « Oui, une remarque sur ces témoignages édifiants que vous nous livrez. Ça existe aussi dans l'autre sens. Il m'est arrivé d'entendre des psychiatres parler de la maladie mentale en parlant de neurotransmetteurs, de biologie...en évoquant finalement que parfois, il fallait parler ou écouter les patients, mais à la limite, ça paraissait dans le meilleur des cas secondaire, de l'ordre de l'anecdotique. Je crois que ceci existe aussi ».

Pr Thierry d'AMATO : « Oui... sûrement que ceci existe moins pour une question de proportion de gens qui s'intéressent exclusivement à la neurobiologie ou à des approches relationnelles, mais si on fait fi de ces questions de nombre, je pense que c'est effectivement pareil. C'est pour ça que la notion de bio-psycho-social est quand même assez pertinente. C'est un axe de pensée pour concevoir ce qu'est un patient en psychiatrie et ce vers quoi le traitement doit s'orienter. On n'oublie pas alors que même si il y a des neurotransmetteurs qui sont importants, le reste est là aussi. L'importance relative de ces composantes est aussi différente selon les patients. »

Pr Jean-Pierre OLIE : « Il ne faut pas plonger dans une morosité excessive. Juste une anecdote. Nancy Andreassen, qui propose un modèle pour essayer de comprendre la schizophrénie, sur le modèle de l'ataxie cérébelleuse, mettant en cause le cervelet, me disait combien elle est préoccupée de l'avenir de la psychiatrie aux USA lorsqu'elle voit des jeunes collègues derrière leur ordinateur, avec le DSM sur le disque dur, disant « item numéro 1 : oui ou non ?... merci et au revoir ». Or le relevé de la clinique et de la sémiologie est un élément important de notre discipline, à la condition d'être fait d'une certaine manière. La dimension relationnelle, psychologique, les psychothérapies, le savoir-faire, les aspects sociaux sont des éléments essentiels. Le message que j'entends et j'aimerais que vous partagiez cette idée, est qu'au fond, méfiez vous des formations exclusives, des chapelles, des exclusions bio, sociales ou psychologiques. Elles sont aussi dangereuses pour le malade et pour la discipline in fine, les unes que les autres. Soyez ouverts ! »

Formation du psychiatre en Italie

D'après la conférence d'Andrea Fiorillo
Université de Naples
Largo Madonna delle Grazie
80138 Naples, Italie
anfioril@tin.it

La formation de base durant les études médicales

En Italie, les études de médecine durent 6 ans. Il s'agit d'une formation à la médecine générale, très similaire à ce qui se passe en France.

Le système de sélection se fait par un examen écrit, des questions à choix multiples et un examen de pratique clinique. Une épreuve de langue est nécessaire (anglais ou français).

La formation en psychiatrie

A l'issue de 6 ans, la formation spécialisée dure 4 ans.

La formation pratique

Les stages pratiques ont lieu dans des services universitaires, des services de secteurs, des services de psychiatrie au sein d'hôpitaux généraux, des hôpitaux de jours, des unités d'urgence et des unités de psychiatrie médico-légale.

Une supervision clinique est assurée par des psychiatres seniors.

L'interne doit avoir assuré un certain nombre de suivis cliniques :

- u suivi d'au moins 80 patients,
- u suivi d'au moins 20 patients en psychothérapie,
- u suivi d'au moins 10 patients en structure de réhabilitation,
- u intégration d'au moins 5 patients dans un programme de recherche,
- u suivi d'au moins 20 patients en service non psychiatrique (liaison en médecine, chirurgie, maternité etc),
- u accomplissement d'au moins 50 gardes,
- u évaluations psychométriques pour au moins 40 patients.

La formation théorique

Elle comprend 1600 heures de cours sur les 4 ans. Les sujets enseignés sont les suivants : psychiatrie biologique, psychopathologie, psychothérapie, psychiatrie sociale et réhabilitation, psychiatrie médico-légale, addictologie, psychiatrie du sujet âgé, psychiatrie de l'adolescent et psychologie clinique.

L'évaluation comprend un examen oral annuel et un examen de fin de cursus.

L'association nationale des internes en psychiatrie : CFP
Conferenza italiana dei medici specialisti ed in Formazione specialistica in Psichiatria

Elle a pour objectifs d'améliorer la qualité de la formation initiale et post-graduée, de promouvoir la représentation des jeunes psychiatres au niveau national et international. Elle favorise les échanges d'information, les relations entre les institutions et les associations scientifiques et la promotion de la recherche clinique.

L'association CFP édite un journal destiné à permettre aux jeunes psychiatres de faire leurs premiers pas dans les publications, "Studi di Psichiatria", qui est disponible en ligne, en italien et traduit en anglais, sur www.pensiero.it/studipsichiatria.

L'association CFP organise tous les ans, 3 rencontres régionales (Sorrente, Rome, Milan) pour les jeunes psychiatres, appelées "de la théorie à la clinique".

L'association CFP est membre de l'EFPT-European Federation of Psychiatric Trainees- depuis 1997 et a organisé le forum annuel de l'EFPT à Naples en 2000.

Qu'est-ce que l'EFPT ?

C'est une fédération indépendante de jeunes psychiatres (internes, chef et assistants) reconnue par le bureau européen pour la psychiatrie de l'UEMS- Union Européenne des Médecins Spécialistes. L'EFPT est la première organisation internationale de spécialistes parmi toutes les autres spécialités médicales. Elle possède un site internet : www.efpt.org
Elle vise à la promotion et l'amélioration de la formation en psychiatrie au niveau européen.

Dans cette dynamique, l'EFPT se réunit tous les ans dans un pays européen différent, celui du président de la fédération, et travaille à la rédaction de recommandations consensuelles sur la formation en psychiatrie en Europe. Cette rencontre annuelle permet d'harmoniser la qualité de la formation en favorisant les échanges d'idées et d'expériences.

Le corollaire direct de la fédération est l'existence d'associations nationales d'internes ou de jeunes psychiatres puisque il faut être représentatif d'une association pour être membre.

En 2003, les pays représentés à l'EFPT sont : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Italie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni et Turquie.

L'année prochaine, l'Irlande et la Lituanie devraient devenir membres.

En 2003, le forum de l'EFPT a lieu du 7 au 10 mai à Paris, organisé par l'association nationale des internes français, l'AFFEP.

Le bureau de l'EFPT en 2003 :

Présidente : Dominique Mathis, France

Présidente sortante : Adriana Mihai, Roumanie

Président élu : Julian Beezhold, Royaume-Uni

Secrétaire Général : Corrado De Rosa, Italie

Trésorier : Martin Finger, Allemagne

SPÉCIFICITÉS DE LA FORMATION

Psychiatrie légale

D'après la conférence de Daniel ZAGURY

E.P.S de Ville-Evrard

202 avenue Jean Jaurès,

93332 Neuilly-Sur-Marne

Qu'est-ce que la psychiatrie légale ?

La psychiatrie légale est d'abord une clinique : elle a à voir avec la pratique et avec un débat de société. Selon Racamier, « le meilleur de la psychiatrie a toujours consisté dans un regard en plusieurs dimensions et dans une écoute en plusieurs registres ». Mais il n'y a pas de science sans conscience de ses limites et, quelque soit son domaine, il faut rester modeste...

La psychiatrie légale est une formidable école pour mesurer les limites de nos notions, de nos actions, la façon dont nos concepts sont entendus ou pas par des non-spécialistes.

Un peu d'histoire...

Pour un aliéniste du XIX^{ème} siècle, la psychiatrie légale était fondamentale ; elle faisait l'objet de la moitié des articles de l'époque et suscitait des débats passionnés.

Elle est née au milieu du XIX^{ème} siècle, au moment où se mettaient en place les grands piliers de la psychiatrie. De cette époque datent la loi de 1838, qui est devenue la loi de 1990 avec quelques modifications et le code pénal de 1810, faisant mention de "l'état de démence", aujourd'hui appelé "abolition du discernement".

Une affaire pour laquelle l'intervention des médecins avait été demandée est restée célèbre dans les annales : l'histoire se situe en Alsace, en 1817. Un malheureux rentre chez lui ; sa femme a préparé une soupe au chou dans laquelle baigne la jambe de leur bébé. Le maire et les gendarmes interviennent, la femme est amenée, l'enquête faite et un médecin aliéniste nommé Fodéré est appelé. Pour ce dernier, les signes d'aliénation mentale ne sont pas évidents mais il « préfère penser pour l'honneur de l'humanité qu'elle est aliénée ».

Cette tradition de "l'honneur de l'humanité" a été perpétuée très longtemps. Pour les psychiatres, jusque dans les années 50, c'était un engagement éthique très fort et qui a perduré longtemps, de faire éviter la guillotine, le bagne, la prison aux délirants. Cette controverse a entraîné des discussions passionnées car la Justice ne s'est pas toujours laissée désaisir.

Les tendances actuelles

Aujourd'hui, on retrouve peu de conclusions d'irresponsabilité pénale : environ 0,2% des affaires clôturées à l'instruction. Cela signifie que très peu de sujets échappent à la sanction pénale pour motif psychiatrique. Cette évolution est parallèle à celle de la société vis-à-vis de l'image de la maladie mentale, qui a beaucoup changé grâce aux progrès de la psychiatrie ; la conscience collective a aussi évolué, parce que les victimes ne réagissent plus de la même façon, elles sont maintenant au premier plan du procès pénal. Enfin, la peine de mort a été abolie. Cette tendance, qui a ses limites, est parfois poussée à l'extrême par certains psychiatres qui, par idéologie ou philosophie personnelle, estiment que tout le monde relève de la loi, ce qui aboutit à des situations absurdes.

A l'opposé, dans certains pays comme la Pologne, le sujet est irresponsable quoi qu'il fasse, dès que le diagnostic de schizophrénie est posé ; le corrolaire de cette démarche est l'internement prolongé à vie.

L'apport de la psychiatrie légale
en pratique

La psychiatrie légale est une formidable école de la clinique. Il s'agit de percevoir, comprendre, analyser et transmettre ce qu'on a observé chez un sujet. C'est une invitation constante à mesurer les limites de notre champ et à peser nos mots. Le même mot, selon qu'il désigne un trouble de la personnalité, une maladie mentale, un trait de caractère, a des significations différentes : il faut toujours le resituer dans son registre et l'expliquer afin de le transmettre à des non-spécialistes.

La psychiatrie légale est aussi une école de la modestie : avec le jeu des contre-expertises et des sur-expertises, on peut se tromper et être corrigé par des collègues.

C'est une école qui nous invite à nous méfier de la façon dont nous évoluons, dont nous traitons les questions cliniques. Falret disait, au milieu du XIX^{ème} siècle : « il ne faut pas confondre les maladies mentales avec la somme de bizarreries, de déviations, d'originalités et de singularités qui composent l'existence humaine ». L'expertise est justement une école

permanente d'explication à la société de ce qui relève de la maladie mentale et de ce qui n'en relève pas.

Il y a aujourd'hui une confusion du fait de l'envahissement du langage commun par la terminologie psychiatrique : tout drame existentiel n'est pas nécessairement la dépression. Selon Henri Ey, « la psychiatrie est une branche de la psychiatrie légale » et « la psychiatrie est un peu comme la grenouille de la fable, elle risque d'exploser à force de se gonfler ».

L'organisation de la psychiatrie légale

Les experts sont une émanation du corps des psychiatres. Il faut préserver la psychiatrie légale en tant que dimension propre à la pratique psychiatrique plutôt que sous-spécialité. Il est fondamental qu'un maximum de psychiatres s'intéressent à ces aspects, sans quoi il risque de se créer un corps d'experts professionnels qui sera coupé de la pratique et de l'évolution thérapeutique et dépendant surtout financièrement des autorités qui le mandatent.

La place de la psychiatrie légale dans le système médico-judiciaire actuel

Il est nécessaire que les experts soient de véritables praticiens et non pas des "experts en série", qui seraient des professionnels de l'expertise sans responsabilité hospitalière.

L'enjeu d'une expertise est important : les psychiatres qui donnent leur avis à la Justice doivent aussi être des praticiens de qualité. On compte actuellement 700 experts inscrits.

Les médecins libéraux rencontrant des difficultés matérielles pour réaliser des expertises, du fait de la nécessité de se rendre aux Assises à des horaires précis, les médecins hospitaliers (70 % des experts) manquant de temps, le risque existe aujourd'hui de voir se créer une branche d'experts professionnels ou semi-professionnels.

Pour se former à la psychiatrie légale pendant l'internat

Pour s'initier à la psychiatrie légale pendant l'internat, plusieurs moyens existent :

- u les stages en Unité pour Malades Difficiles (UMD) ou en Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR),
- u les Diplômes Universitaires de psychiatrie légale,
- u la double expertise (presque disparue aujourd'hui pour des raisons financières) : elle consiste à faire une expertise avec un collègue expérimenté ; l'entretien est effectué par les deux médecins, ensemble ou séparément et est suivi d'une discussion et d'une confrontation des points de vue,
- u la lecture des expertises,
- u assister à des expertises si le sujet n'est pas incarcéré et s'il donne son consentement,
- u se rendre aux assises avec un expert pour assister à un procès.

Comment devient-on expert ?

Pour être expert, il faut avoir fait des expertises et pour faire des expertises, il faut être expert ! En pratique, pour commencer, il faut demander à faire des expertises en se faisant aider par un expert, en prêtant serment devant le juge pour chaque mission, puis arguer de cette expérience pour demander son inscription sur la liste.

Quelques situations particulières

Lorsqu'on est inscrit sur la liste des experts, on peut refuser de pratiquer une expertise, mais de façon argumentée (le manque de temps par exemple...).

L'expertise peut être impossible lorsqu'un sujet la refuse ; dans ce cas, le médecin remet au juge un certificat de carence.

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

D'après la conférence de Bernard GOLSE
Hôpital Necker Enfants Malades
149 rue de Sèvres, 75015 Paris
pedo.psy@nck.ap-hop-paris.fr

La transmission des connaissances

Au cœur de la formation en pédopsychiatrie existe un double mouvement, de filiation et d'affiliation: il s'agit d'une part de s'inscrire dans l'histoire d'une discipline, de personnes, de concepts et d'autre part de s'affilier aux groupes actuels ; pour cela, il y a un équilibre à trouver. La transmission des connaissances et des émotions, le savoir-être, savoir-faire, savoir-dire, passent par un phénomène d'identification à des modèles implicites ou explicites.

Une spécialité en difficulté à deux niveaux

- quantitatif : à cause du manque d'effectif (un grand nombre de postes hospitaliers est non pourvu)
- qualitatif : à cause du questionnement identitaire profond de la troisième génération de pédopsychiatres. En effet, la première génération a constitué un mouvement pionnier pour faire une place à la pédopsychiatrie par rapport à la psychiatrie de l'adulte et la neuropsychiatrie ; elle avait un esprit de création, de fondation. La deuxième génération a eu un rôle de transmission auprès des pédiatres, des médecins généralistes qui sont des partenaires indispensables. La troisième génération, quant à elle, cherche sa place spécifique puisqu'elle ne peut pas se contenter de s'identifier uniquement en tant que prescripteur, d'autant plus que la place de la médication est peu importante, surtout chez l'enfant jeune ; le concept d'évaluation va peut-être servir à fonder les bases de son identité ?

Les spécificités de cette discipline

La principale spécificité de la discipline est le fait que la différence entre le développement normal et pathologique de l'enfant, sa maturation psychique, sa croissance psychique, se jouent au carrefour des facteurs endogènes et exogènes et il faut en tenir compte pour avoir une évaluation globale de la situation, dans un modèle polyfactoriel. Les facteurs endogènes sont l'équipement génétique, biologique, cognitif, intellectuel, etc.

Les facteurs exogènes sont les effets de rencontres relationnelles, sociales, culturelles, écologiques, alimentaires, biologiques, etc. Le travail du pédopsychiatre ne peut pas s'inscrire dans un champ unique et il doit avoir une curiosité de tous ces domaines frontières que sont la biologie, l'ethnologie, l'anthropologie, la sociologie, la culture, la linguistique, la philosophie... C'est donc une nécessité de la formation que d'éveiller sa curiosité dans tous ces champs et travailler les liens avec les professions affiliées. Une autre particularité de la discipline est l'impact certain de l'environnement, dont il faut aussi tenir compte, ce qui correspond en pratique à des interventions dans les champs scolaires et sociaux qui sont aussi importantes que la psychothérapie proprement dite.

La vocation et ses avatars

La vocation en pédopsychiatrie a généralement des racines très précoces. On retrouve souvent dans l'enfance des pédopsychiatres, des situations de deuils proches, de mères dépressives, familles carencées... Or, quand l'environnement est pathologique très tôt, les bébés peuvent jouer le rôle de "l'enfant thérapeutique" qui fait tout ce qu'il peut pour ramener son environnement à un fonctionnement plus sain. C'est une position interne, précoce, qui dure toute la vie et qui peut soutenir la vocation. Il n'y a aucune mauvaise motivation à condition de l'explicitier, pas forcément au cours d'une cure psychanalytique, mais au moins lors d'une réflexion sur ce qui a pu, dans la vie du

médecin, l'engager dans cette voie, pour ne pas risquer de projeter toujours ses propres solutions, ses propres impasses.

Pour pratiquer cette discipline, il faut élaborer et dépasser le fantasme de "super parent réparateur", qui consiste à porter des jugements sur la famille du patient et avoir le sentiment qu'on va tout réparer par magie.

Il ne faut pas tomber dans le piège d'un modèle étiopathogénique linéaire entre troubles de l'enfant et troubles de l'adulte. Harold Searles disait ainsi que si l'on s'occupe d'un enfant en ayant en tête que ses difficultés résultent des troubles de ses parents, d'une part cela est faux, car le déterminisme des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent est toujours polyfactoriel, d'autre part cela compromet toute possibilité d'alliance thérapeutique avec les parents et enfin cela ne peut qu'accentuer la dépression de l'enfant de n'avoir pas su rendre ses parents suffisamment bons. Tous les pédopsychiatres passent par cette position ; il faut rester modeste et ne pas surestimer son rôle qui est d'abord de prendre un peu de recul et comprendre. Il vaut mieux ne pas s'engager tout de suite et uniquement dans la pédopsychiatrie car on ne peut s'occuper bien des enfants que si on sait aussi s'occuper des adultes (le contraire est vrai également). De plus, une formation pratique exclusive en pédopsychiatrie risquerait de sélectionner des psychiatres "phobiques" de l'adulte, et donc d'eux-mêmes... Pendant la formation, on commence en général par des stages avec des adultes, puis des adolescents, puis des bébés ; cette démarche peut refléter quelque chose du mouvement de la cure personnelle de revenir en arrière dans les âges...

L'enfant et l'adolescent sont souvent ressentis comme "plus mignons, plus faciles et moins menaçants que les adultes...", mais en tout état de cause, la psychiatrie de l'enfant n'est pas plus "facile" que celle de l'adulte.

La formation universitaire et les stages hospitaliers

La formation en pédopsychiatrie commence bien avant le DESC.

En premier cycle : quelques ouvertures peuvent être données tôt dans le cursus. Par exemple, à la faculté Necker à Paris en PCEM 2, une observation directe de bébés à domicile a été mise en place pour travailler la question de la relation, la juste distance, l'écoute, le regard, le ressenti.

En deuxième cycle : les réformes récentes donnent plusieurs occasions d'enseigner la pédopsychiatrie, dans le cadre du module "maturation et vulnérabilité" fait avec les pédiatres, du module de "conception et périnatalité" où on peut aborder la psychiatrie périnatale et enfin du module "handicap".

Le DES :

La formation pratique et théorique en pédopsychiatrie est obligatoire pour DES, c'est-à-dire pour devenir psychiatre d'adultes. Concernant la formation théorique, il y a un équilibre difficile à trouver dans l'offre et la demande car dans certaines régions, comme l'Ile de France, il existe beaucoup de séminaires, qui regroupent peu d'étudiants chacun. Les séminaires de pédopsychiatrie sont parmi les plus fréquentés et il est important de garder cette variété de séminaires où se forment aussi les futurs psychiatres d'adultes.

Le DESC :

Certains services hospitaliers de pédopsychiatrie ont du mal à répondre aux attentes des internes qui se plaignent souvent de ne rien faire. La première difficulté pour l'interne est d'essayer de comprendre l'organisation des soins et le fonctionnement du secteur en pédopsychiatrie ; cette année, un séminaire a été créé à cet effet en Ile de France pour faire connaître les structures de soins en pédopsychiatrie.

Dans les services où sont pris en charge des patients chroniques, peu de consultations sont ouvertes du fait qu'il est difficile d'introduire des internes qui sont "de passage". Mais les internes ne peuvent pas ne rien faire et être exclus de la réflexion ; le système de tutorat est un bon moyen d'apprendre s'il comporte de vrais temps de reprise pendant lesquels l'interne peut parler librement avec un senior et dire ce qu'il a compris et ce qu'il n'a pas compris.

L'intégration des internes est plus facile dans les services universitaires car les consultations concernent des patients souvent renouvelés : urgences, psychiatrie de liaison...

La plupart des DESC comporte un stage et un séminaire de pédiatrie, à faire pendant le DESC. La sensibilisation à cette discipline est indispensable pour la pratique de la pédopsychiatrie.

L'interne doit veiller à avoir un accès aux différents âges :

psychiatrie de l'adolescent, de la période intermédiaire et périnatale ; cette dernière consiste à prendre en compte des difficultés de la triade père-mère-enfant, de la période allant de la conception jusqu'à 18 mois. On ne peut pas dissocier ce qui arrive à l'un de ce qui arrive à l'autre pendant cette période. On agit en préventif, dans le pré-partum, pour que l'enfant arrive dans de bonnes conditions et en post-partum, où on s'occupe surtout de la mère (baby-blues, dépression maternelle post-natale et psychose puerpérale).

Les enjeux de la discipline

La formation des internes en pédopsychiatrie doit leur apprendre à être suffisamment rebelles vis-à-vis des tendances lourdes au niveau des médias et de nos instances de tutelles, en particulier la direction des hôpitaux qui a pris largement le pas sur la direction de la santé. La pédopsychiatrie est considérée comme un "coût" parmi les autres...

Il y a à élaborer une vraie politique en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, et ne pas se laisser enfermer dans des carcans administratifs et financiers. Il faut avoir envie de faire vivre la pédopsychiatrie et ses circuits tels qu'ils existent en France (autour du secteur, créé dans les années 70).

Les médias cherchent une médecine triomphaliste et sont à l'affût du scoop. Actuellement la demande s'exprime en termes de symptômes (le TOC par exemple), alors qu'autrefois elle concernait la souffrance du sujet.

La place du pédopsychiatre

La question se pose toujours de la spécificité du pédopsychiatre par rapport à ses collègues psychologues. Outre la prescription de médicaments, il y a le travail d'évaluation, la prise en compte du corps et la place privilégiée d'un regard multidisciplinaire.

Tout pédopsychiatre n'est pas psychothérapeute. L'internat doit donner une sensibilisation au processus thérapeutique, à l'écoute, aux méthodes possibles ; mais une formation spécifique supplémentaire est nécessaire pour être psychothérapeute.

Psychiatrie du sujet âgé

D'après la conférence de Jérôme PELLERIN
Hôpital Charles Foix, Unité de Psycho-Gériatrie
7 avenue de la République
94 205 Ivry-sur-Seine
jerome.pellerin@cfx.ap-hop-paris.fr

En psychiatrie du sujet âgé, les problématiques s'apparentent un peu à ce qui se passe en pédopsychiatrie, mais avec une différence significative : la psychiatrie du sujet âgé n'est pas constituée, ou quasiment pas, alors qu'il y a un certain nombre de points qui mériteraient qu'on la constitue. Comment proposer une formation à la psychiatrie du sujet âgé alors même que la discipline elle-même est difficilement identifiable ?

L'organisation des soins psychiatriques des sujets âgés. Situation actuelle et à court terme

Si la discipline n'est pas constituée, il y a quand même des soins.

Des besoins croissants

u Données démographiques : 1,3 million de personnes de plus de 85 ans en 2010. On le sait, la croissance démographique implique la croissance des soins, notamment psychiatriques.

u Précarité de l'organisation des soins : la précarité des soins est manifeste et alerte davantage les psychiatres qui s'intéressent à cette question que les autorités de tutelle. Il y a en voie de constitution ou déjà constitué quelques "intersecteurs" sur le modèle des intersecteurs de psychiatrie. Est-ce un modèle pertinent ? On pourrait imaginer que le modèle sectoriel de la prise en charge psychiatrique, intégrant la prise en charge à tous les niveaux (de la prévention aux soins des pathologies les plus lourdes) soit un modèle pertinent pour la psychiatrie du sujet âgé. En réalité, il faut bien admettre aujourd'hui qu'on a peu de moyens dévolus à la psychiatrie du sujet âgé et peu de psychiatres et d'internes en formation se destinent à cette forme spécifique de la psychiatrie. Quand on ajoute que les soignants en général (infirmières, paramédicaux...) ne sont pas tellement intéressés par cette forme de soins, on se dit que même si on met en place des dispositifs particuliers de prise en charge, probablement que l'on n'arrivera pas à établir un maillage, ne serait-ce qu'en zone urbaine. On est dans ce mouvement particulier qui est qu'au fond, il y a des gens qui y croient encore localement, c'est le cas dans les Bouches-Du-Rhône, du côté de Lyon, ou encore dans Paris intra-muros : il y a des gens qui pensent qu'on peut fédérer des moyens de secteur autour d'un projet de soins de psychiatrie du sujet âgé. En réalité ceci ne doit pas être considéré comme un modèle qui pourra être décliné plus tard à l'ensemble du dispositif, mais seulement comme des situations locales. Et ces moyens d'expertise sont extrêmement pertinents et utiles : il est utile qu'il y ait des championnats du monde d'athlétisme, ou des jeux olympiques ... y compris pour les gens qui n'arriveront pas au niveau des athlètes de haut niveau. Cela permet d'une certaine façon des identifications, des repérages pour la question de la formation. C'est donc peut-être utile qu'il y ait localement des unités qui se créent et qui ont une valeur de référence.

A l'inverse, il y a un point préoccupant : celui des EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). On observe que les autorités de tutelle n'ont absolument pas prévu la prise en charge psychiatrique des patients qui s'y trouvent. Or vous le savez, le secteur prévoit dans sa constitution que chacun ait un accès aux soins. Dans ces établissements médicalisés, mis en place par les administrations, on a d'une façon quasiment expérimentale la construction d'une zone de non droit aux soins psychiatriques. C'est assez surprenant parce que, y compris dans les hôpitaux psychiatriques, on se retrouve avec des patients qui n'ont pas le recours de pousser la porte d'un CMP (y compris d'un CMP pour adultes) puisqu'ils sont hospitalisés, dépendants : par définition ils ont besoin de quelqu'un pour les emmener quelque part et finalement on ne prévoit pas quelque chose qui pourrait s'apparenter à du soin psychique, alors que même dans les prisons, il y a des dispositifs pour ça. On a donc une oscillation entre des endroits où on répond un peu à une demande qui va forcément s'accroître et des endroits où on la méconnaît d'une façon curieuse. Comme la nature a horreur du vide, on peut espérer qu'il y ait une évolution pour corriger ces situations. C'est à mon sens ce que l'on peut observer dans les souhaits des tutelles.

u Souhait des tutelles : dans le SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) de psychiatrie, on trouve une réflexion sur la psychiatrie des personnes âgées aussi bien concernant le champs des intervenants publics que les institutions privées. Et puis il y a aujourd'hui des médicaments plus ou moins efficaces dans la maladie d'Alzheimer, dont la prescription est réservée aux médecins généralistes titulaires d'une capacité de gériatrie, aux neurologues, aux gériatres et aux psychiatres. Il me semble que ceci est un encouragement des tutelles à ce que les psychiatres se forment à la prise en charge des malades âgés (ce qui ne veut pas dire que la prise en charge des malades âgés est uniquement la prise en charge de la maladie d'Alzheimer).

Une demande de soins diversifiée : face à ces besoins croissants, il y a une demande de soins en voie de diversification.

u Vieillesse des patients connus. Les patients sont pris en charge plus longtemps, sans doute de façon plus adéquate, ce qui conduit à davantage de patients vieillissants. D'une certaine façon, je suis assez souvent interrogé dans mon service pour savoir si il faut continuer avec ces patients qui ont vieilli exactement comme si leur pathologie était leur principale problème, ou si c'est leur vieillissement qui est maintenant leur principal problème : la demande de soins aux psychiatres de la personne âgée se diversifie.

u Banalisation de la souffrance mentale. Les personnes âgées ont souvent du mal à parler de leur souffrance, de leurs affects dépressifs, de leur détresse psychologique, de leur angoisse de la mort : ces domaines étaient relativement tabous il y a quelques années encore. J'ai l'impression que les choses avancent un peu.

u Famille de malades déficitaires. La survenue d'une maladie déficitaire dans une famille a des effets traumatisants, attaquant les liens. Pour soigner les patients atteints de maladie d'Alzheimer, il ne suffit pas de leur donner un traitement. Au moment où la maladie se déclare, il y a beaucoup de familles qui brutalement se disent : "Mais qu'est-ce qu'il va être dit de nous ? Qu'est-ce que ce parent va révéler de notre identité, de notre histoire, de nos secrets familiaux ?". Au moment de l'éclosion de la maladie d'Alzheimer, on peut assister à des bouleversements transgénérationnels au sein de la famille.

Des outils pour des soins plus performants

u Ouverture des publications scientifiques. Il y a quelques années, dans le British Journal, on voyait beaucoup d'articles qui traitaient de psychiatrie du sujet âgé. Il y a beaucoup de psychiatres du sujet âgé en Angleterre (à peu près 500 pour 6000 psychiatres en tout). Récemment, dans le dernier numéro d'Archives, deux articles évoquaient les déficits cholinergiques contemporains des troubles cognitifs du sujet âgé. Ceci semble témoigner une ouverture.

u Mise en place d'essais spécifiques auprès des personnes âgées. C'est important de voir par exemple que les résultats de deux antidépresseurs comparés chez le sujet âgé ne montrent pas le même pourcentage d'amélioration que chez l'adulte jeune. Bref, il y a des spécificités manifestes et probablement un savoir faire pour le maniement des antidépresseurs chez le sujet âgé.

Le soin psychiatrique : problématiques cliniques et contraintes d'interventions

Les problématiques sont spécifiques

u Intrication des pathologies psychiatriques. Des patients peuvent avoir une dépression délirante, un trouble de la

personnalité et un trouble cognitif débutant.

u Effets de l'âge et effets du temps. Parfois des histoires familiales traumatiques réaffleurent à l'approche de la fin de vie et cela n'a rien à voir avec le vieillissement lui-même. Ce sont des effets de modification de la perception du temps.

u Importance des connaissances médicales générales. Même si on ne fait pas beaucoup de médecine générale soi-même, on y est toujours confrontés.

Les contraintes sont individuelles

u Inquiétude de vieillir pour les psychiatres et abord du corps. Woody Allen disait : « Un psychiatre est un médecin juif qui n'aime pas le sang ». Ce n'est pas tout à fait ça, mais j'observe que les internes se sentent mal à l'aise par rapport à l'abord du corps. La formation en psychiatrie impose à mon sens un renoncement à cet enseignement acquis pendant les études de médecine. Il faut à la fois faire le deuil de ces connaissances, celles du concours de l'internat, et se dire que tout cela n'est finalement pas si indispensable. En psychiatrie du sujet âgé, c'est tout de même utile de s'en rappeler.

u Effets transférentiels et adultomorphisme. Les vieux nous rappellent souvent quelque chose de notre histoire, de notre famille, ce que nous voudrions être ou ne pas être... comment nous aimerions que nos parents soient. Des patients viennent à l'hôpital pour rompre leurs relations conjugales ou affectives, lors de situations de crise, parfois avec une dimension psychiatrique importante. Il faut les accompagner, ce qui peut être difficile car cela concerne des situations rappelant le couple qu'on aurait aimé idéal de nos parents. Ce n'est jamais facile d'aider des gens âgés à se séparer alors qu'ils pourraient être nos parents ou nos grands-parents, c'est-à-dire des personnes auxquelles on identifie quelque chose de notre origine.

u Le vieillard comme objet de projections multiples. Vous l'avez vu dans tous les services... Vous avez pu observer comme ils peuvent être objets de surprotection ou de rejet.

Les contraintes sont institutionnelles

u Survenue de pathologies somatiques graves : on ne sait alors plus si la priorité est la psychiatrie ou les problèmes somatiques.

u Identification des équipes à certains conflits. Certains contre-transferts sont difficiles à gérer, notamment pour des patients hystériques ou qui révèlent certaines failles des institutions.

La formation de l'interne. Etat des lieux

Les études médicales

- u Le module de psychiatrie : dans le module de gériatrie à la Salpêtrière à Paris, on a pu glisser un peu de psychiatrie.
- u Les certificats optionnels de gériatrie.
- u Le programme de l'internat : depuis peu, le programme comprend des questionnements sur les grands aspects psychopathologiques de tous les âges de la vie. Dans la banque de l'internat, il y aura bientôt des questions spécifiques sur la psychiatrie du sujet âgé.

La formation pratique de l'interne : peu de choses !

Les offres sont différentes selon les régions : je vous donne des informations concernant le DES dispensé en Ile de France.

- u Un seul séminaire validant pour le DES : peu fréquenté et qui, à mon sens, ne répond pas tout à fait aux besoins de formation parce qu'adressé trop largement à tous les intervenants en psychiatrie du sujet âgé.
- u Un seul service qualifiant pour le DES : à l'Hôpital Charles Foix (94 Ivry), où je travaille. Nous ne disposons que d'un poste d'interne, souvent pourvu. Le fait même qu'il n'y ait qu'un seul poste qualifiant est un handicap puisque cela reste forcément "anecdotique".

Les motivations pour l'accès à cette formation

- u Le retour à une certaine médecine : tout ce qui est lien entre psychiatrie et médecine du sujet âgé.
- u Les commodités personnelles : le temps de la formation en psychiatrie peut nécessiter des moments où on a besoin de réflexion sur sa formation, de préparation au post-internat. La psychiatrie du sujet âgé peut être un moyen de se mettre sur une voie de travers, de réfléchir à d'autres problématiques.

La formation de l'interne. Formations aux soins

Le soin passe par différents niveaux de savoir-faire

- u Reconnaître les situations d'urgence
- u Identifier les pathologies spécifiques
- u Comprendre les organisations sous-jacentes
- u Ajuster ces connaissances avec le niveau cognitif

Le soin passe par différents niveaux de savoir-être

- u Recueillir et transmettre des données individuelles
- u Supporter un temps parfois irrationnel
- u Admettre l'incertitude : les patients nous surprennent en allant beaucoup mieux, ou au contraire en s'enkystant dans des processus chroniques avec des situations compliquées au plan familial. Ceci nous renvoie aux incertitudes sur le corpus scientifique psychiatrique.

Le soin doit être encadré

- u Il faut pouvoir assurer des réunions d'équipes.
- u Une incitation à la lecture et à la rédaction doit être organisée.
- u Une supervision clinique des prises en charge individuelles par un psychiatre senior, extérieur ou pas au service, doit être proposée.

La formation de l'interne. Les domaines de connaissance accessibles

Cela va de notions fondamentales à la psychologie et à la psychiatrie plus spécifiquement. Certains aspects sont aussi intéressants : l'approche neuropsychologique à notre consultation mémoire où travaille une neuropsychologue dont les explorations nous apprennent beaucoup de choses sur l'organisation cognitive des patients vieillissants. Evidemment il y a toutes les connaissances possibles sur les traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques, y compris d'inspiration analytique, ce qui inspire d'une certaine façon notre pratique dans le service. Les psychothérapies de soutien et les psychothérapies institutionnelles sont également utiles en matière de psychiatrie du sujet âgé.

Conclusions

- u La formation à la psychiatrie du sujet âgé est une formation spécifique
- u Cette formation correspond à une demande déjà actuelle, qui deviendra probablement incontournable dans les années qui viennent.
- u Il faut compter sur notre dynamisme pour qu'au fur et à mesure du temps à venir, les internes puissent bénéficier de plus en plus largement de stages qualifiants en psychiatrie du sujet âgé.
- u Cette formation n'est pas seulement complémentaire, elle est absolument indispensable en raison de l'évolution démographique.

FORMATION AUX PSYCHOTHÉRAPIES

Thérapies cognitivo-comportementales

D'après la conférence de Christophe André
Service Hospitalo-Universitaire
Centre Hospitalier Sainte Anne
7 rue Cabanis, 75014 Paris
andre.c@wanadoo.fr

Introduction

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont apparues dans les années soixante dans le monde anglo-saxon : le premier grand manuel de TCC date de 1959. La première utilisation du mot "behaviour therapy" dans une revue scientifique remonte à 1960. Les TCC se sont implantées en France dans les années soixante-dix. L'Association Française de TCC (AFTCC) a été créée en 1971. L'arrivée des TCC en France a suscité quelques "guerres de religions" : il y a eu pendant assez longtemps des conflits vigoureux de l'ordre de l'affectif plus que du rationnel. Aujourd'hui les différents courants psychothérapeutiques arrivent heureusement à communiquer, à échanger, à s'intéresser les uns aux autres.

L'efficacité des thérapies comportementales est largement attestée. Ces formes de psychothérapies disposent du plus grand corpus d'études contrôlées dans un nombre croissant d'indications. Les TCC étaient initialement proposées dans les troubles anxieux, elles ont ensuite été appliquées aux troubles dépressifs, aux patients psychotiques, aux patients présentant des troubles des conduites alimentaires. Récemment elles ont été utilisées avec succès dans le cadre de troubles de la personnalité borderline.

Qu'est ce qu'une psychothérapie ?

La conviction principale des thérapeutes comportementalistes est qu'il faut éviter les thérapies molles : une thérapie molle est une technique non définie s'adressant à des problèmes non précisés avec des résultats non mesurables. La thérapie molle est assez répandue : beaucoup de patients peuvent dire : "Je suis allé voir un thérapeute qui était assez gentil, qui m'écoutait, qui me faisait parler, mais il ne se passait pas grand chose". La plupart des écoles de psychothérapie essaient d'éviter ce type d'inconvénient qui est de penser que faire une psychothérapie c'est simplement écouter les patients avec bienveillance, neutralité... Chaque thérapie repose sur une technique, plus ou moins adaptée à tel ou tel type de pathologie, tel ou tel type de patient, tel moment dans la trajectoire individuelle du patient dont les demandes peuvent évoluer au fil du temps.

Principes généraux des TCC

Les TCC reposent sur quatre points principaux :

Un modèle théorique : rôle de l'apprentissage

Ce modèle théorique est essentiellement celui de l'apprentissage. Les difficultés psychopathologiques pour une grande partie d'entre elles reposent sur des apprentissages, des modèles parentaux, certains événements de vie qui nous ont appris à éviter certaines situations ou à nous plaindre plutôt que nous confronter à rien dire plutôt que parler etc. Lors de la thérapie, le patient va apprendre à faire face différemment : ce qu'on appelle des "coping", des stratégies adaptatives, confrontatives vont lui être proposées afin qu'il puisse se confronter à ce qu'il redoute. Par exemple dans les phobies complexes comme la phobie sociale (la crainte excessive du regard et du jugement d'autrui) ou le trouble panique avec agoraphobie (la crainte de ressentir un malaise dans les situations où on se sent un petit peu coincé), le patient va apprendre à combattre l'évitement. Le but de la thérapie est d'aider le patient à se re-confronter progressivement au fur et à mesure d'exercices de re-confrontation (d'abord regarder des photos, des vidéos etc.) C'est simple pour des pathologies simples comme les phobies, mais c'est plus difficile pour des phobies sociaux. Les TCC vont alors proposer au patient toute une série d'exercices d'apprentissage dans la maîtrise de l'angoisse, dans la confrontation aux situations extérieures. Il s'agit de thérapies très pragmatiques.

Une volonté scientifique : évaluation des résultats

Ces thérapies reposent également sur une approche scientifique avec un souci d'objectivation des résultats. Les TCC rentrent assez bien dans ce modèle de la médecine des preuves où des hypothèses sont posées, des symptômes cibles définis, évalués en cours et en fin de thérapie mais également après 6 mois,

1 an, 2 ans (limitation ou non de l'intensité des symptômes et leur évolution dans le temps). La psychiatrie est une discipline médicale qui ne peut pas ne pas avancer de preuves d'efficacité.

Une approche stratégique : définition d'objectifs et de stratégies

Les objectifs à atteindre dans le cadre de la thérapie sont définis avec le patient. Par exemple pour un déprimé, les objectifs vont être la reprise du lien social, d'activités familiales, professionnelles etc. Pour les phobies, c'est la confrontation par exemple aux situations phobogènes. Pour les troubles de la personnalité, c'est arriver à gérer les colères, les moments de repli sur soi. La technique thérapeutique proposée pour atteindre ces objectifs est définie et expliquée au patient.

Un style de relation thérapeutique : interactif, directif, explicite

Les TCC surprennent parfois les patients habitués à ce cliché du thérapeute qui écoute et parle peu. Dans les TCC, le thérapeute écoute bien sûr, mais parle aussi beaucoup : il explique les mécanismes de la pathologie, il demande au patient s'il est d'accord pour appliquer certaines techniques et puis il l'accompagne dans certains exercices (sorties dans le métro, les magasins ou la rue avec le patient pour l'aider à se confronter, voir ce qui se passe et comment contrôler les symptômes).

Les limites des TCC

La première limite est inhérente au nombre de thérapeutes formés : 800 à 1000 thérapeutes comportementalistes en France. Il y a actuellement un déséquilibre entre une forte demande et une très faible offre de soins. Tous les patients ne sont pas demandeurs de TCC : pour certains, l'idée même de la thérapie comportementale, c'est à dire se confronter à ce qui fait peur, faire des efforts, est peu agréable voire inquiétant.

Et enfin tous les patients ne sont pas répondeurs. Il y a des patients chez qui la TCC ne fonctionne pas bien ou qui ne sont pas des indications de TCC.

Perspectives des TCC

Perfectionnement des techniques

Les techniques évoluent. Les TCC d'aujourd'hui ne sont plus celles qui étaient pratiquées il y a encore vingt ans. Pour exemple, la désensibilisation systématique, technique classique qui consistait à relaxer le patient, à lui demander de fermer les yeux et d'imaginer la situation qui lui faisait peur, a pratiquement disparu. Les études ont montré que cette technique réussit assez mal et est très longue. Les techniques d'exposition s'avèrent être plus rapides et plus efficaces.

Diffusion auprès des praticiens et du grand public

Cette fonction d'éducation du grand public est quelque chose de très important en TCC. Elle correspond exactement à ce qui se passe en thérapie : il est important d'éduquer les patients à mieux connaître leurs troubles.

Articulation avec les autres approches (médicamenteuses, psychodynamiques...)

Il faut continuer à réfléchir sur l'articulation possible des TCC avec les approches médicamenteuses et les autres formes de psychothérapies, soit sous forme de combinaisons, soit plus probablement sous forme séquentielle. Les patients ont déjà commencé à faire cela : souvent des patients arrivent en consultation en disant "j'ai fait quelques années d'analyse, c'était intéressant mais ça n'est pas allé jusqu'à ce que je voulais etc... Donc je viens vous voir pour compléter le travail" et inversement des patients qui après une TCC se tournent vers tel ou tel autre type de thérapie.

Pourquoi se former au TCC

La psychiatrie a besoin des psychothérapies

Il est impensable d'imaginer une psychiatrie qui renoncerait à intégrer la psychothérapie en son sein.

D'abord parce qu'il y a des patients qui nécessitent une alternative aux chimiothérapies pour des raisons de condition médicale voire de choix personnel.

Il peut s'agir aussi d'un complément aux chimiothérapies, les prescriptions médicamenteuses ayant leurs limites. Il existe un art de la prescription. En effet, pour des groupes de pathologies comparables et des prescriptions médicamenteuses comparables, la manière dont le praticien aura prescrit, expliqué ce qu'il aura donné comme mode d'emploi, conseils de style de vie accompagnant sa prescription font souvent la différence. Lorsqu'un thérapeute prescrit un antidépresseur sérotoninergique à des patients souffrant de phobies complexes sans expliquer ce qu'est la phobie, ce que sont les évitements, pourquoi il faut lutter contre eux, les résultats s'avèrent moins bons que si il avait pris le temps de donner des explications.

La psychothérapie est un champ extraordinaire d'observation de tous les mécanismes de la psychopathologie, elle permet le développement des connaissances.

Les TCC sont adaptées aux évolutions

Beaucoup de maladies aujourd'hui sont considérées comme l'expression d'une vulnérabilité face à laquelle le patient va être plus ou moins démuni ou au contraire plus ou moins compétent pour faire face. Les stratégies adaptatives aux vulnérabilités personnelles, ce que l'on appelle le "coping", sont de ce fait très importantes. C'est ce que proposent les TCC : comment mieux faire face à la vulnérabilité anxieuse ou dépressive ou autre. Les patients se transforment peu à peu en consommateurs de soins de plus en plus informés, de plus en plus exigeants. Ces changements doivent être pris en considération : les patients deviennent des partenaires de soins, avec qui il faut partager le savoir, qu'il faut motiver à s'engager dans les traitements afin d'augmenter l'efficacité de ces derniers.

Les TCC offrent des avantages économiques. Elles font parties des thérapies brèves : à ce titre, il peut y avoir intérêt à les proposer en première ligne quand elles sont indiquées. En terme d'économie de la santé, il paraît logique de les intégrer à un système de prise en charge de première ligne.

Comment se former aux TCC ?

Il existe actuellement deux types d'enseignement en TCC :

- les diplômes universitaires qui ont lieu dans toutes les grandes villes et qui durent 2 ans,
 - l'Association Française de TCC (www.aftcc.org) qui est le plus important pourvoyeur d'enseignements en TCC en France (promotions de 100 étudiants par année environ) qui durent 3 ans.

Psychoanalyse

D'après la conférence de Françoise GOROG

Hôpital Sainte-Anne
1, rue Cabanis 75014 Paris
gorog@chsa.broca.inserm.fr

Psychoanalyse, le terme qui désignera l'invention viennoise de Sigmund Freud, apparaît pour la première fois dans un article publié en français dans la revue Neurologie de 1896. Freud définit la psycho-analyse comme un procédé médical qui tend à la guérison des névroses au moyen d'une technique psychologique. Dans La question de l'analyse profane, il n'estime pas du tout souhaitable de voir la psychanalyse figurer dans les manuels de psychiatrie à côté de procédés tels que la suggestion, le procédé hypnotique, l'autosuggestion, la persuasion. C'est pourtant ce qui est arrivé. Aujourd'hui la psychanalyse inspire plutôt qu'elle ne reste une discipline reconnue comme telle, d'où les psychothérapies dites d'inspiration psychanalytique et l'influence sur toute la psychiatrie. La promotion de l'étude de la contre attitude dans les services de psychiatrie en témoigne et ce n'est pas rien. Nous sommes à l'ère de la psychanalyse appliquée. La littérature, l'art, la philosophie s'en sont nourris et réciproquement la psychanalyse s'est nourrie de la linguistique voire de la logique.

Il n'y a plus à convaincre les internes en psychiatrie de l'existence de l'inconscient, terme apparu en 1895, ni du refoulement, ni du lapsus, ni de l'acte manqué dans un temps où il n'y a plus un homme politique, plus un seul journaliste qui ne s'écrit « ah, je viens de faire un beau lapsus ». Pourtant la théorie traumatique par laquelle Freud commença à expliquer la genèse de la névrose a de beaux jours devant elle, puisqu'elle est reprise actuellement dans la victimologie avec une promotion parfois excessive du rôle de l'abus sexuel alors que Freud et certains psychanalystes en avaient minimisé le rôle au profit d'un traumatisme fantasmatique.

Ainsi hier soir, une jeune patiente disait après cinq ans d'analyse « Vous savez, maintenant je vais vous le dire. Quand cela m'est arrivé, cet homme dans l'escalier, et bien finalement j'ai eu l'impression de lui faire du cinéma pour maman ». Maman connue de F. Gorog puisqu'elle l'a soignée avant de voir sa fille. Elle est professeur. Elle connaît son Freud de poche, et elle se faisait un sang d'encre quand eut lieu la séduction sur sa fille, « ma fille sera traumatisée à jamais et fuira la vie amoureuse ». Qu'arriva t-il ? Une vie sexuelle dépravée et récemment une compulsion à visiter les sites Internet plutôt "hard" pour les rencontres. Le trauma sexuel n'a sûrement pas eu l'effet attendu d'inhibition, plutôt l'inverse. « J'aime être un objet sexuel », ajoute la patiente. Et derrière cet énoncé se cache quoi ? Une figure de dominatrice qui s'acharne à démontrer que ce qui l'intéresse c'est de vérifier qu'elle peut tous les rendre fous, ces hommes qui sont sur le net, faire monter les enchères. Il s'agit de démontrer quoi ? Il faut démontrer qu'elle, qui ne fut pas du tout désirée par son père puisqu'il refusa la grossesse de sa mère et la quitta alors qu'elle était enceinte, elle peut être désirée et même à la folie par tous les pères potentiels de la terre. La séduction en a rajouté sans doute, mais il faut bien voir que les effets d'un traumatisme sont complexes, qu'ils sont liés à la trame de l'histoire globale du sujet et pourquoi pas à ce que F. Gorog appelle son "rapport à la sérotonine".

Pas de simplification, pas de compréhension sommaire, rien n'est plus aveuglant. Tout cela est su, mais on peut se demander si la méthode est efficace au plan thérapeutique. A ce sujet, la formule de Lacan a créé certains malentendus. Il a pu dire « la guérison dans la psychanalyse vient en quelque sorte par surcroît ». Et cette formule a jeté un discrédit sur la méthode psychanalytique comme thérapeutique. Hors il ne s'agit pas de dire que la psychanalyse ne guérit pas. Il s'agissait seulement de faire entendre que dans la méthode psychanalytique il ne s'agit pas de prendre le symptôme de front, de le harponner, de le battre, non pas parce que cette façon là serait méprisable, mais parce que l'abord par l'association libre, s'il est plus différé, serait plus efficace à long terme. Lacan s'est défendu de cette interprétation faite à sa formule en disant « On y a vu je ne sais quel dédain de celui dont nous avons charge, de celui qui souffre. Je parlais d'un point de vue méthodologique. Il est bien certain que notre justification comme notre devoir est d'améliorer la position du sujet. » Donc pas d'ambiguïté sur la psychanalyse comme thérapeutique.

Mais si la méthode psychanalytique a le défaut de la lenteur, cette tortue a l'avantage d'ouvrir au sujet une chance de bouger plus que dans la pure et simple disparition du symptôme. Changement d'orientation professionnelle, modification de la vie amoureuse, naissance de certaines sublimations arrivent aussi. L'hypothèse qui explique cette évolution est que le symptôme était pour partie le message d'une vérité qui frappait à la porte. Cette vérité entendue, le symptôme n'est plus nécessaire puisqu'il n'y a plus à frapper à la porte, elle s'est ouverte. Mais la vérité entendue a éventuellement

des effets positifs qui vont au delà de la disparition du symptôme. Il faut remarquer que le refoulement n'est plus ce qu'il était et que les symptômes ont changé. Dans notre société occidentale d'abondance, l'anorexie bien sûr abonde. A la consommation tellement suggérée, de plus en plus de sujets répondent "non" en étant anorexiques. Certaines dépressions, et je ne parle pas des équivalents dépressifs majeurs ou de la mélancolie, disent "non" à la performance exigée. Le symptôme est protestataire. Ces symptômes ont souvent remplacé les conversions hystériques des patientes de Charcot et la psychasthénie des patients de Janet. Ils bénéficient de la psychanalyse.

Ce que ne doit pas être la psychanalyse est important à souligner

La psychanalyse n'est pas la compréhension. Elle n'est pas non plus l'empathie qui a pourtant ses lettres de noblesse et qui est bien nécessaire pour un psychiatre. Elle n'est pas non plus l'herméneutique, c'est à dire l'art de l'interprétation, lequel art a toujours existé dans les religions ou les philosophies, dans l'interprétation des rêves. Elle ne doit être ni mystique, ni ecclésiastique. C'est pourquoi elle n'est pas ou ne devrait pas être l'empire des signes pour reprendre le titre du beau livre de Roland Barthes. Elle est encore moins une sorte de paranoïa dirigée, même bien systématisée, filtrée et étanchée à mesure que l'on a parfois vu fleurir en son nom. A noter les effets nocifs qu'ont eu ce style à l'égard des familles de psychotiques par exemple. La psychanalyse ne doit en aucun cas devenir « un délire ready made qui produit des sujets vêtus de cet habit de confection qui est si sévère pour la psychanalyse », comme le disait Jacques Lacan . Ceci n'a pas empêché ses élèves d'en faire parfois un "délire ready made". Pourtant il avait précisé qu'elle ne devait pas aboutir au style représenté par des personnes si suspendues bouche bée au mystère ineffable de l'expérience qui était pour lui une forme atténuée mais homogène de la paranoïa. Alors voilà ce que ne devrait pas être la psychanalyse.

Ce qu'elle est

Une jeune chercheuse en physique, ravie de la logique qu'elle y rencontrait, disait récemment à F. Gorog que la psychanalyse était rationnelle. Elle était absolument surprise de rencontrer dans la psychanalyse la même logique que dans sa discipline. La psychanalyse doit viser certes le sens, mais aussi la limite du sens, et même du sens sexuel. Que la libido soit déterminante dans le comportement humain, ce n'est pas Freud qui l'a découvert, l'antiquité grecque donnait déjà de l'hystérie une théorie fondée sur la migration de l'utérus. Donc rien de nouveau à l'accent mis sur la sexualité. Ce qui est différent, c'est que les grecs ne pensaient pas qu'on arrangerait l'hystérie par la parole. Bien sûr la psychanalyse doit commencer par la recherche du sens, mais si le discours analytique indique que ce sens est sexuel, ce n'est peut-être qu'à rendre raison de sa limite et dit Lacan : « il n'y a nulle part de dernier mot, si ce n'est au sens où mot c'est motus ».

Et la psychose?

Freud a pris le livre du psychotique le plus lu de toute l'histoire de la psychiatrie d'abord puis de la psychanalyse ensuite, Le président Schreber, et en a fait un déchiffrement à la Champollion. Un déchiffrement à la façon dont on déchiffre des hiéroglyphes. Il avait déjà mis l'accent sur le rôle de l'équivoque signifiante dans l'interprétation des rêves, le mot d'esprit, la psychopathologie de la vie quotidienne, tout ce qui est si accepté aujourd'hui. Quand on parle on peut entendre deux choses différentes dans le même son, il y a équivoque signifiante, quand on l'écrit il n'y a plus d'équivoque on sait de quoi il s'agit. Ainsi "sang", comme le nom de la pièce d'un auteur d'Avignon qui avait intitulé sa pièce Sang, avait été entendu par le public comme "sans" : si on l'écrit, plus d'équivoque. Mais Freud avait aussi exploré les mouvements de la libido, de l'affect, du rapport à l'objet d'amour et de désir. Jacques Lacan a inventé un nom pour l'objet qui cause le désir, il l'a appelé "a" et même pas "objet a", car au fond est ce vraiment un objet ? Mais si Lacan a créé le nom de cet objet, il dit lui-même que s'il l'a inventé, c'est qu'il était écrit dans Deuil et mélancolie. C'est donc la psychose, le mutisme parfois du mélancolique qui nous apprend la limite de ce qui peut se dire avec les mots. C'est ce que Freud appelait déjà la jouissance dans Deuil et mélancolie dont Lacan a fait le nom lacanien

de la libido. Cette jouissance parfois ne peut se dire qu'entre les lignes, c'est pourquoi Lacan a pu dire qu'elle était "inter-dite", dite entre, et alors si elle n'est qu'entre les lignes on ne peut la lire qu'entre les lignes, entre les lignes de ce qui se parle. C'est d'ailleurs la racine de l'intelligence, l'inter-legere, lire entre. Ainsi c'est bien la façon dont le mélancolique se voit comme un déchet, comme la cause du mal et du malheur, qui éclaire certains aspects de l'objet que chacun d'entre nous peut être pour l'autre, la cause du mal, le déchet. Mais dans la névrose ou la normalité, le sujet est cela pour l'autre mais il est aussi ce qui est désirable ou ce qui est valable, ce qu'on appelle en psychanalyse, par convention, le phallus.

De la même façon que la mélancolie nous enseigne sur l'objet, l'automatisme mental fait apparaître que même si nous ne le savons pas nous sommes "parlés" tout autant que nous parlons. C'est à dire que nous sommes passablement déterminés par le discours de l'autre, c'est à dire notre culture, ce qui est dit avant notre naissance par nos parents, nos grands parents, notre milieu social, notre pays, notre religion.

La psychose enseigne, ce n'est pas douteux. Freud disait que ses garants étaient les déments et les paranoïaques, qui sont bien sûr au dessus de tout soupçon quant à une influence suggestive possible, et pourtant ce que racontent ces malades se recoupe finalement avec les résultats des investigations sur l'inconscient, et selon Freud, corrobore ainsi la justesse des interprétations si souvent mises en doute. La psychose nous apprend donc sur le sujet normal et la psychanalyse nous apprend inversement à connaître la psychose, même dans ses formes très discrètes.

Ne pas comprendre est peut-être le premier conseil que l'on peut donner à un psychiatre. Comprendre, c'est aller dans le sens de l'évidence, du sens commun. Et cela donne très peu de chance de saisir un phénomène psychotique discret. Un exemple récent : une jeune femme entre à l'hôpital car elle ne voulait plus vivre avec son mari ayant découvert dans sa poche une adresse de salon de massage qu'elle avait vérifié n'être pas vraiment des massages médicaux. Une jeune psychologue l'interroge sur ce qui la gênait pour sortir dans la rue. La patiente lui dit que ce sont des regards. Et la jeune femme ayant mentionnée une séduction vers l'âge de quatorze ans par le père d'une amie, la jeune psychologue pense que ce sont les regards des hommes qui lui font fuir les artères de la ville. La jeune psychologue a compris, elle a inventé un symptôme agoraphobique à base de refoulement de la sexualité. F. Gorog voit la patiente, ne va pas dans le sens de la compréhension, et lui demande : « Mais quels regards ? » Et bien ce sont ceux des hommes et des femmes qui la scrutent, pas du tout spécialement ceux des hommes. Et il s'agit d'un phénomène élémentaire de surveillance, de référence. Elle est sous un regard plus ou moins hostile. La patiente qui avait été traitée ailleurs pendant longtemps sous anxiolytiques et antidépresseurs va mieux, il faut le dire, avec un petit peu de Risperdal®. Encore fallait-il être attentif à ce que Lacan appelait "l'enveloppe formelle du symptôme", c'est à dire de manière très soignée, voir exactement de quoi il s'agit et surtout ne pas se précipiter à comprendre, ce qui souvent veut dire à s'identifier. Les entretiens d'orientation analytique seront évidemment menés différemment s'il s'agit d'une psychose. Pas d'interprétation, c'est vraiment inutile de rivaliser avec le paranoïaque, il interprète suffisamment. Il faudra plutôt tenter de suspendre les certitudes et aussi tenter d'éviter de parler par exemple de l'étalon phallique ou du père absent dans la paranoïa. Inutile de dire à cette jeune femme, comme on pourrait le dire à une hystérique, « est ce que vous ne faites pas l'homme ? », elle n'est située ni côté homme, ni côté femme, elle est située côté psychose.

Alors quels sont les résultats de la psychanalyse avec des cas de psychoses ?

Cela a été très discuté par Freud lui-même qui a souvent tenu des propos pessimistes. Dans sa présentation autobiographique de 1925, Freud évoque non seulement le gain théorique de la théorie psychanalytique des psychoses mais estime aussi qu'il faut garder confiance dans l'application pratique de la psychanalyse aux psychoses. Il se garantit de résultats obtenus dans des cas "de dépression, de paranoïa légère et de schizophrénie partielle". Lacan est plus aphoristique puisqu'il dit « la paranoïa, je veux dire la psychose est pour Freud absolument fondamentale ». La psychose, c'est ce devant quoi un psychanalyste ne doit reculer en aucun cas. Ne pas reculer sûrement, mais pas sans avoir affiné son outil, pas sans avoir évalué ses forces, ni reconnu ses limites. Affiner son outil, Lacan le disait avec un peu d'argot, « c'est s'être fait des esgourdes appropriées », c'est-à-dire des oreilles habituées à écouter la psychose. Winnicott dans sa sagesse disait tout simplement avant de

se lancer dans le traitement « au moins je m'assure que je resterais en vie ». Car en effet le transfert psychotique au trihebdomadaire par exemple est parfois violent, érotomaniaque, dévorant. Il faut avoir acquis une certaine solidité, être capable de *guelassenheit*, traduit souvent par sérénité comme le dit Jean Oury, mais aussi en avoir fini avec tout fantasme de toute puissance dont la *furor sanendi*, la passion de guérir, qui n'est pas une passion réservée aux médecins loin de là comme la passion de la guerre de religion pour reprendre un propos ancien d'Henri Léo.

Alors la connaissance des traitements biologiques, l'assurance de pouvoir avoir recours à qui possède cette connaissance quand on ne l'a pas, comme à une bonne équipe hospitalière, sont les compagnons de tout psychanalyste qui sait raison garder, même si le traitement psychanalytique peut parfois être disjoint de toutes ces pratiques et rarement mais quelquefois suffisant.

Thérapie familiale et systémique

D'après la conférence de Jacques MIERMONT
CHS Paul Guiraud
54, avenue de la République
94806 Villejuif
jacques.miermont@wanadoo.fr

Il existe des liens très étroits entre les consultations psychiatriques et les consultations familiales. J. Miermont a commencé à recevoir les familles à partir de ce constat. Après avoir débuté des études de psychiatrie pour devenir psychanalyste et entrepris une psychanalyse, il s'est retrouvé dans des services où il était confronté à beaucoup de violence. Il a été dans un premier temps extrêmement surpris de voir combien, lorsqu'on recevait les familles de patients hospitalisés difficiles, on pouvait diminuer les niveaux de tension, d'angoisse, de terreur, de violence et de dangerosité. D'où la nécessité de tenir compte de la famille lorsqu'on a affaire à des pathologies lourdes.

J. Miermont a mis en place un dispositif de soins où il est "un prestataire de services" pour plusieurs services ainsi que coordinateur d'une fédération de services en thérapie familiale. Cependant, il est régulièrement rappelé à l'ordre par la pathologie, les familles, les collègues qui lui adressent des familles : il y a ce qu'il peut faire, mais aussi les limites de ce qu'il peut faire ! Etre thérapeute familial, ce n'est pas seulement avoir une bonne technique, un bon outillage clef en main et se dire « ça y est, on va pouvoir y aller ».

Il y a de multiples manières de faire. L'histoire des thérapies familiales a démarré il y a une cinquantaine d'années autour des problèmes de schizophrénies et de maltraitance. Les premiers textes sont impressionnants par la qualité des réflexions cliniques qui ont émergé de ces observations, des recherches à propos des pathologies lourdes et des communications familiales et sociales autour du patient. De grandes écoles se sont fondées aux États-Unis à partir de personnalités charismatiques, souvent des psychiatres, pédopsychiatres psychanalystes de formation. Ces derniers ont imprimé leur marque dans la façon de concevoir la clinique. On peut citer l'école dite de Palo Alto, qui n'a jamais été une véritable école. Nathan Ackerman, un des deux grands pionniers initiaux, avec Don Jackson, pédopsychiatre psychanalyste, a essayé de concevoir une psychodynamique de la vie familiale.

Il y a eu ceux qui ont voulu en rester à une psychanalyse pure et dure et ceux qui comme Ackerman ou Lemaire ont pensé que l'on peut tenir compte de tout l'apport de la psychanalyse en s'ouvrant à d'autres pratiques. J. Miermont voulait être psychanalyste mais il s'est rendu compte qu'il était obligé de mettre en stand by des principes fondamentaux de la psychanalyse pour recevoir des patients et leur famille, qui parfois ne partagent pas du tout la perspective même de s'engager dans un processus de nature psychanalytique. Pour des patients ayant des difficultés à des libres associations d'idées, il convient de proposer des formes de construction d'enveloppe plus que de cathartisme des émotions. Ceci pose des problèmes théoriques et méthodologiques. La systémique interroge sur les conceptions que l'on a en qualité d'être humain, de soignant, de thérapeute et surtout sur les conceptions que les gens ramènent. Les conceptions ne sont pas seulement des théories, il s'agit de la manière dont est incarné ce que l'on pense et ce que l'on sent, de ce qui va et vient entre la mise en acte et la réflexion. L'école permettant la formation en thérapies familiales est la clinique.

Cependant il y a une différence à faire entre formation et enseignement.

L'enseignement de la thérapie familiale est important : les services universitaires de psychiatrie ou de psychologie clinique, les écoles d'assistantes sociales, de travailleurs sociaux, d'éducateurs, proposent maintenant un enseignement. La formation est un cheminement lié à une aventure personnelle : il n'y a pas de méthode absolue. On peut cependant donner des conseils mais jusqu'où peuvent-ils être suivis ?

On pourrait dire qu'une bonne école passe par le fait d'avoir parcouru un bout de chemin personnel en thérapie ou en psychanalyse, mais faut-il le généraliser ? Essayer d'entreprendre une analyse peut donner une idée de la difficulté à se changer soi-même. Prendre conscience de cette difficulté peut aider à comprendre que les autres, que l'on souhaite changer et qui ne l'ont pas forcément demandé, puissent avoir quelques difficultés à le faire. C'est ainsi une excellente propédeutique que d'essayer sur soi-même ce que l'on voudrait proposer à autrui.

Quel type de formation faire ?

Il existe environ 20 disciplines dites scientifiques qui concernent de près ou de loin les thérapies familiales en incluant la philosophie, le droit, l'histoire des religions etc. Dès que l'on aborde le champ de la famille, on touche à l'extraordinaire complexité et singularité des personnes et des familles auxquelles elles appartiennent, c'est à dire leurs systèmes de vie et de survie. Il existe un lien entre pathologies psychiatriques lourdes, troubles du comportement, défaillances mentales graves et nécessité de prendre en considération les contextes dans lesquels ces sujets se trouvent.

On pourrait ainsi proposer une définition très minimaliste des thérapies familiales qui pourrait peut être aboutir sinon à un consensus du moins à une intersection relativement viable.

Il y a thérapie familiale quand au moins deux personnes consultent un spécialiste.

Ces deux personnes n'étant pas nécessairement elles-mêmes demandeuses, mais pouvant venir à la demande d'une autre personne : un juge ou un psychiatre consultant. Cette consultation a un effet sur l'une des deux personnes présentes ou sur la personne qui n'est pas présente mais dont les deux personnes parlent. C'est simple et en même temps complexe. Ces deux personnes peuvent avoir une destinée de vie commune ou des implications émotionnelles suffisamment fortes pour pouvoir venir s'entraider et demander de l'aide à un tiers. Le fait qu'elles puissent trianguler cette relation dyadique peut avoir un impact thérapeutique par rapport au problème posé. En consultation psychiatrique privée, il arrive fréquemment que quelqu'un dise : « Attendez, je vais prendre rendez-vous pour mon mari » ; « Si votre mari ne peut pas prendre rendez-vous par lui-même, peut être que ce serait aussi intéressant que vous veniez avec lui ».

Un autre exemple : « Je voudrais que vous preniez mon fils ou ma fille en psychothérapie ou en psychanalyse » « C'est vous qui appelez, vous avez une demande aussi par rapport à ça, ce serait peut être intéressant que je connaisse votre demande avant de m'embarquer dans quelque chose où je risque de me perdre complètement ».

Les problèmes méthodologiques se posent dans la manière dont les gens vont se présenter. Il arrive que des familles viennent d'elles-mêmes après une sorte de prise de conscience identitaire : ça valait la peine de faire quelque chose, l'entité familiale a une pertinence. Ils vont parfois mieux et n'ont même plus envie de consulter du fait de cette prise de conscience d'un système d'appartenance vital qui peut avoir un impact sur des problèmes plus ou moins lourds que ce soit de couple ou de famille.

Quels sont les paramètres à la formation ?

Les maîtres

On a besoin de faire référence à des gens qui nous ont précédés, qui ont acquis un certain nombre d'expériences. Le rapport au maître dans les thérapies familiales et systémiques est un peu différent du rapport au maître en psychanalyse parce qu'il n'y a pas de vrai père fondateur. Il n'y a pas une seule origine mais de multiples.

Les modèles

Il existe deux modèles principaux : le modèle psychodynamique, essentiellement abordé ci-dessus et le modèle systémique.

Le modèle systémique classique est lui-même sous-tendu par trois grands sous-groupes qui sont : le modèle interactionnel bref dit de Palo Alto fondé par Don Jackson ; les thérapies structurales ; les thérapies stratégiques qui par certains côtés se rapprochent beaucoup de certains courants de thérapies comportementales et cognitives.

On a reproché aux thérapies systémiques d'être comportementales alors que l'idée même du système vient du fait de penser que le nœud du problème relève d'une relation à l'autonomie et à l'autonomisation.

Le modèle des clients : Il s'agit d'un modèle probablement issu des thérapies centrées sur le client de Karl Rogers et des thérapies humanistes. Les patients sont les maîtres principaux, ce sont eux qui nous apprennent, qui vont nous orienter, qui vont pouvoir nous rappeler à l'ordre, nous obliger à cogiter pour savoir dans quelle direction nous allons pouvoir aller.

Les modèles comportementaux et cognitifs sont actuellement extrêmement développés et font l'objet de nombreuses évaluations.

Les modèles dit narratifs consistent à se centrer sur la manière dont on va pouvoir entrer en conversation ordinaire avec des gens qui habituellement ne se parlent plus.

Il arrive un moment, face à tous ces modèles, où l'étudiant, le thérapeute et les patients sont confus. Comment faire, où aller ?

Ce temps de la confusion est plutôt bon signe quand il permet de concevoir qu'on peut changer de perspective, de cadre, aboutir à de nouveaux projets, c'est à dire que l'on peut remettre des ouvertures dans des perspectives qui apparaissaient sans issue. Cette capacité à changer de niveau d'apprentissage est une chose importante dans la formation aux thérapies familiales. C'est complémentaires des thérapies cognitives et comportementales par certains aspects. Cela touche à ce que certains courants cognitifs soulignent actuellement avec la théorie des méta-représentations et la théorie de l'esprit, mais on les aborde sous l'angle des deutéroapprentissage, c'est à dire apprendre à apprendre aux travers des communications et des relations.

Pour conclure

Il faut un certain temps pour se découvrir thérapeute, savoir en quoi nous pouvons proposer par nos émotions, notre intelligence et nos limites comme outils d'aide aux gens qui viennent nous voir. Les familles nous obligent à réorganiser nos relations entre nous. Quand cela se réalise, même s'il existe des désaccords entre thérapeutes, les gens vont déjà mieux car ils ont des points de repère qui viennent de l'extérieur plutôt qu'à les accuser eux-même d'en manquer surtout quand ils sont très carencés au fond d'eux.

FORMATION À LA RECHERCHE

Formation à la recherche

D'après la conférence de

Patrice BOYER

Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale

100 rue de la Santé, 75014 Paris

boyer@chsa.broca.inserm.fr

Frédéric ADVENIER

Hôpital Bicêtre, 78 rue du Gral Leclerc, 94270 Kremlin-Bicêtre

Frederic.Advenier@wanadoo.fr

David GOURION

Hôpital Sainte Anne, 7 rue Cabanis, 75014 Paris

gourion@chsa.broca.inserm.fr

La formation à la recherche est une facette de la formation du futur praticien qui a la particularité de ne pas être indispensable, contrairement aux formations à la clinique et à la thérapie. L'époque où l'on disait, de façon démagogique et eucuménique que « tout clinicien est un chercheur qui s'ignore » est révolue, notamment parce que la position de chercheur interdit certaines pratiques afin de ne pas

biaisés les données recueillies ; cependant il faut connaître les principes de la recherche, ses méthodes, ses attentes et sa finalité.

Qu'est-ce que la recherche en psychiatrie ?

C'est une discipline qui consiste à mettre en évidence ce qui n'est pas évident, ce qui ne tombe pas sous le sens, ce qui n'appartient pas au sens commun et qui ne se voit pas à l'œil nu. C'est d'ailleurs un des grands écueils de notre discipline que d'inférer beaucoup trop souvent à partir d'évidences d'une causalité. En effet, si tout était simple, si tout se présentait avec la même évidence, par exemple si tous les états psychotiques avaient la même évolution, si l'incidence du suicide dépendait toujours des mêmes formes de dépression, s'il suffisait de regarder, de voir, d'entendre puis de suivre pour avoir la réponse, la recherche serait inutile ; seuls le bon sens et la raison suffiraient.

Ce que montre justement la recherche, c'est que de telles évidences sont infiniment trompeuses et qu'on doit se donner des moyens très précis méthodologiquement de recueil des données et des moyens très affinés d'analyse de ces données avant de tenter la moindre interprétation et de proposer la moindre conclusion. Cette démarche s'apprend petit à petit.

Les étapes d'une recherche

Le cours d'une recherche est à peu près celui d'un article scientifique.

La première partie est la position du problème. Pour aborder ce problème, il faut faire une hypothèse, une seule par recherche et on avance hypothèse par hypothèse, ce qui peut paraître un aspect rébarbatif de la recherche. Une fois qu'on a émis une hypothèse, on va la tester, par exemple en recueillant des données cliniques, ce qui correspond dans un article au chapitre intitulé "matériel". Les instruments de recueil de ces données sont variés : questionnaires, scanner, caméra à positons, IRM, prélèvements biologiques... Ce sont les "méthodes".

Après avoir recueilli les données, il faut les analyser. Il faut définir les moyens d'analyse au départ, focaliser l'analyse sur l'hypothèse et ne pas se laisser influencer au fur et à mesure du déroulement de la recherche ; les moyens propres à tester l'hypothèse ne doivent pas être contaminés par ce qui est observé au cours du protocole ou par des modifications qui seraient introduites dans la technique d'analyse. Ensuite il faut se donner les moyens d'interpréter et de discuter les résultats.

Le chercheur, même s'il a son corpus de connaissances, ne se laisse pas contaminer et essaie d'être le plus neutre possible ; le clinicien et thérapeute, au contraire, chemine avec ce qu'il a déjà appris, avec ce qu'il sait, ce qu'on lui a enseigné, ce à quoi il s'est formé, pour l'appliquer à des fins thérapeutiques.

Quel peut être le contenu de la recherche ?

C'est beaucoup plus ouvert, plus stimulant et moins rébarbatif que ce qu'on peut imaginer. La recherche n'est pas exclusivement neurobiologique, ni épidémiologique sur des grands groupes uniquement, même si ce sont des tendances dominantes actuellement.

A partir du moment où on adopte la rigueur méthodologique qui est celle d'un chercheur, le contenu de la recherche appartient à la pertinence du domaine qu'on choisit.

On peut faire des recherches sur des cas uniques, ce qui peut être très intéressant sur le plan statistique et sur le plan de

l'analyse méthodologique. On peut faire des recherches sur des données qui sont purement cliniques et non épidémiologiques. On peut faire des recherches sur des données évolutives. On peut faire des recherches sur des données d'interactions sociales, d'interactions environnementales, écologiques, psychodynamiques ou génétiques.

Il y a toujours des "modes" dans la recherche, qui dépendent malheureusement des outils qui sont à notre disposition. Il y a donc une extrême souplesse du domaine même de la recherche et il faut plaider pour cette diversité, à condition de se soumettre à une rigueur technique.

Pierre Fédida a dit : la seule condition de l'interdisciplinarité, c'est l'hyperdisciplinarité ; l'hyperdisciplinarité consiste surtout à se méfier de l'eucuménisme mou, des ponts multiples, qui n'ont pas la rigueur méthodologique de la recherche.

Quelle est, sur le plan de la connaissance, la nécessité de la recherche ?

La psychiatrie est un des arts médicaux dont le but est de guérir un certain nombre de pathologies et dans l'application, c'est le pragmatisme bien sûr qui compte. Mais le pragmatisme et l'empirisme ne suffisent pas et il ne suffit pas d'appliquer sans savoir pourquoi ça marche. Concernant un médicament par exemple, comprendre comment il marche permet de comprendre pourquoi il ne marche pas, et dans quels cas il ne marche pas, et ensuite d'en trouver de nouveaux.

C'est pour cette raison que chacun doit comprendre en quoi consiste la recherche.

Quelque soit le sujet de l'étude, le DEA requiert de la précision et de l'objectivité, ce qui apprend à observer des phénomènes. Le côté excitant de la recherche est la connaissance approfondie que l'on peut avoir d'un sujet, qu'on finit par s'approprier et sur lequel on peut publier, ce qui apporte une contribution au domaine concerné, au niveau national et international. L'activité de recherche ne peut pas interférer avec l'activité

clinique, c'est-à-dire qu'on ne fait pas de la recherche sur les patients dont on s'occupe sur le plan thérapeutique.

Des voies de formation à la recherche sont nécessaires. Il est possible de commencer pendant l'internat. Il faut savoir que la recherche n'est pas un engagement pour la vie entière. En revanche, il est très difficilement concevable d'entreprendre un cursus de recherche pour moins de 3 ans. D'ailleurs, les pays anglo-saxons ont fixé cette durée comme durée de vie habituelle d'un protocole. Faire de la recherche peut être une période de vie ; mais en France les instituts de recherche fonctionnent sur un statut de "fonctionnarisé à vie" du chercheur, c'est-à-dire qu'on y entre comme chargé de recherche et on le reste jusqu'à la retraite. C'est un système qui manque beaucoup de souplesse.

La recherche est une école de rigueur irremplaçable, qui apprend à mener à terme un protocole, à interpréter des résultats et des données, ce qui sert ensuite pour être un bon clinicien et un bon thérapeute. C'est donc un acquis irremplaçable.

La durée minimum du cursus est de trois ans, quatre ans avec la réforme de 2007 ; cela permet de s'immerger dans la recherche, quitte à travailler dans un autre domaine par la suite, en utilisant la rigueur apprise pendant ces années de recherche. Après la thèse de sciences, on peut avoir une pratique hospitalière et pas forcément une position exclusive de chercheur.

Deux occasions de faire de la recherche, en dehors de cursus spécifiques, se présentent au cours de l'internat : la thèse de médecine et le mémoire de DES, qui offrent la possibilité de faire une recherche de très bonne qualité.

Qu'est-ce que le DEA ?

Un DEA est un Diplôme d'Etudes Approfondies, qui dure une année et qui est validé par un examen écrit et un mémoire. C'est donc un travail pour lequel on s'engage, on est jugé avec une note, dans un milieu assez scolaire. Avant de faire le DEA, il faut avoir une Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales qui est validée par deux certificats de maîtrise, qu'on peut faire pendant le deuxième cycle ou pendant l'internat, le concours de l'internat donnant une équivalence de troisième certificat.

Quelques chiffres intéressants tirés d'une enquête de l'AFFEP : 1/3 des internes veulent faire un DEA, moins de 5 % en ont fait un au bout des 3 années d'internat et 20 % en ont un en 4e année. A ce jour, un peu plus de la moitié des internes en psychiatrie ont validé des certificats de maîtrise au cours des 1er et 2e cycles des études médicales mais un très petit nombre d'entre eux projettent dès le premier semestre d'internat de faire un DEA. Donc les internes s'engagent dans la recherche plutôt en fin d'internat.

Pourquoi faire un DEA ?

Le plus souvent, la rencontre avec un chercheur favorise

l'engagement dans cette voie.

Par ailleurs, on est dans notre pratique quotidienne confronté en permanence à des énigmes, à des faits, à des comportements illogiques qu'on a du mal à comprendre et à expliquer ; la démarche de recherche peut alors transformer ces faits obscurs, ambigus, difficiles, en questions claires sur lesquelles on peut tenter de commencer à mettre une réponse et surtout à discuter ensemble et à mettre en commun. Le DEA n'est pas obligatoire pour obtenir un poste de chef de clinique.

La réforme de 2007

Une réforme est en cours, qui consiste à la fin du DEA et la mise en place d'un cycle d'études doctorales sur trois ans. A partir de 2007, il ne sera donc plus possible de valider seulement un DEA, qui n'est en lui-même pas très opérationnel.

Le financement de la période de recherche

Le financement de cette période de recherche peut se faire de différentes manières :

- "l'année-recherche" qui donne un salaire équivalent à celui d'un stage d'internat,
- les bourses de la Fondation pour la Recherche Médicale, de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Pour obtenir une bourse de l'école doctorale, il faut présenter le projet de thèse devant un jury qui choisit les candidats qui bénéficieront de la bourse (tous les candidats ne l'obtiennent pas), en fonction du sujet de la thèse ; c'est ce qu'on appelle l'allocation. Les médecins sont plutôt défavorisés par rapport aux biologistes, qui eux n'ont aucun autre moyen de financement,
- les bourses de l'industrie pharmaceutique et d'autres fondations privées (l'Oréal par exemple),
- les remplacements et les gardes.

Comment choisir un DEA ?

Après avoir trouvé le financement, il faut ensuite définir l'objet de la recherche et la société scientifique dans laquelle on va la mener. Pour cela, il faut explorer l'enseignement universitaire pour la partie théorique et les laboratoires de recherche pour la partie pratique.

Deux démarches d'enseignement universitaires existent :

- une démarche scientifique avec recueil de données, esprit d'hypothèse, acceptation de la réfutabilité,
- une démarche réflexive ou épistémologique, voire philosophique, qui réfléchit sur la méthode de la recherche, apprend à penser clairement un problème et à bien le poser.

La liste nationale des DEA est disponible sur le site de l'AFFEP (www.affep.com) ; les thèmes sont très variés : recherche clinique, santé publique, physiologie, biologie moléculaire, biologie, pharmacologie, psychanalyse, éthique, sociologie, philosophie...

A Paris, retenons le DEA de Paris VI à Jussieu, dirigé par le Pr Jouvent et le Pr Allilaire.

Pour trouver le laboratoire de recherche, c'est-à-dire le lieu où se déroulent quotidiennement les manipulations, il y a deux possibilités : par la faculté, pour les laboratoires dépendant de l'école doctorale, et par les stages d'internat pour lesquels des laboratoires sont rattachés aux équipes cliniques.

En post-doctorat, c'est-à-dire après la thèse de sciences, il est particulièrement intéressant de choisir un laboratoire à l'étranger (Angleterre, Etats-Unis, Canada...) afin d'acquérir, en étant payé, une technique qui sera ensuite importée en France et potentialisera la recherche.

En effet, tous les grands laboratoires fonctionnent à 80 % avec ces techniques réimportées, ce qui dynamise le laboratoire. Il est également possible de faire un DEA à l'étranger, mais deux problèmes se posent. Premièrement, le DEA fait à l'étranger, bien qu'il donne une équivalence de "master", n'est pas très utile seul. Deuxièmement, le financement est difficile à avoir puisqu'il doit venir du pays de départ.

Le parcours de David GOURION

Son expérience lui a fait prendre la voie de la recherche à partir de stages dans des services universitaires où les séances de bibliographie et la rencontre avec des chercheurs lui ont fait prendre conscience que beaucoup de questions restent ouvertes dans le domaine de la psychiatrie, auxquelles les conférences de consensus d'experts n'ont pas répondu. Il a fait un DEA de génétique moléculaire appliquée à la schizophrénie dans le service des Professeurs Lôi et Olié, puis une thèse de sciences pour affiner cette recherche dans l'attente d'un poste de chef de clinique.

L'expérience de Frédéric ADVENIER

Il prépare un DEA à l'hôpital de Bicêtre pour lequel il étudie les représentations psychiques du greffon rénal pendant la période d'attente de la greffe et les enjeux relationnels du donneur, du receveur et de son système familial. Cette étude fait coexister une démarche psychométrique, pour laquelle une échelle est validée sur une population, et une démarche basée sur les sciences humaines et la thérapie familiale.

Quelques revues indispensables

Parmi les revues françaises : L'Encéphale, Les Annales Médico-Psychologiques et L'Evolution psychiatrique.

Parmi les revues anglo-saxonnes : Archives of General Psychiatry, American Journal of Psychiatry, et British Journal of Psychiatry.

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 : info@affep.com

Les Laboratoires SERVIER partenaire de l'Association Pierre Deniker
22 rue Garnier
92578 Neuilly-sur-Seine Cedex
Site internet : www.servier.fr