

4e JOURNÉE DE L'INTERNE

12 mars 2004

Hôpital SAINTE-ANNE (Paris)

Association Pierre DENIKER

&

AFFEP

Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie

La synthèse des interventions a été réalisée par :

• Noémie LAMARSALLE
Interne, DES

• Delphine PORCHERET
Interne, DES

• Sylvie VIAUX
Interne, DES

• Elie WINTER
Interne, DES

SOMMAIRE

EDITORIAL :

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

AFFEP E. WINTER (Paris) p.3

Formation dans la filière et hors filière ? D. SECHTER (Besançon) p.5

Coordination des formations en Europe : L'EFPT J. BEEZHOLD (Norwich) p.7
- European Federation of Psychiatric Trainees -
& the Collegiate Trainees Committee

Spécificités de la formation

Psychiatrie de liaison S. CONSOLI (Paris) p.13

Psychiatrie de l'adolescent M. CORCOS (Paris) p.17

Formation en addictologie	M. REYNAUD (Villejuif)	p.19
Formation aux psychothérapies		
Thérapies cognitives et comportementales	D. ATLANI (Paris)	p.23
Psychothérapies analytiques et psychanalyse	JJ. KRESS (Brest)	p.25
Thérapies familiales systémiques	C. GOLDBERGER (Paris)	p.29
Formation à la recherche		
S. VIAUX (Tours)	JM. DANION (Strasbourg)	p.33
D. MONTAGNIER (Bordeaux)		

Association PIERRE DENIKER

Jean-Pierre OLIE
et le Bureau de l'Association Pierre Deniker
Hôpital Sainte Anne, 7 rue Cabanis, 75014 Paris

L'Association Pierre Deniker se réjouit de l'organisation de la Journée de l'Interne 2004 en partenariat avec l'AFFEP.

Ainsi sont regroupées des informations potentiellement utiles à celles et ceux qui s'engagent dans la voie d'une spécialisation en psychiatrie en entrant dans le cursus du Diplôme d'Etudes Spécialisées.

Les facettes de la discipline psychiatrique sont nombreuses : sur le plan clinique, thérapeutique et aussi dans le domaine de la recherche tant il reste à améliorer nos connaissances pour mieux comprendre les pathologies psychiatriques qui continuent à peser lourdement sur les systèmes sanitaires des différents pays et aussi à progresser dans nos savoir-faire.

L'organisation de cette journée a permis de mesurer combien d'évolutions restent à accomplir et aussi combien de réformes en cours sont susceptibles de peser sur l'avenir de la spécialité : conditions de l'accès à la spécialité, modalités de formation aux psychothérapies et à la recherche...

L'Association Pierre Deniker se félicite d'être une nouvelle fois en mesure, notamment grâce au soutien bienveillant du Docteur Jacques Servier, d'éditer les actes de cette journée. Nous remercions les responsables de l'AFFEP d'avoir bien voulu s'impliquer dans cette action et formulons le vœu que toutes celles et ceux qui ont choisi de devenir psychiatres y trouvent une source d'enthousiasme pour leur discipline.

AFFEP

Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie

Elie Winter
Président de l'AFFEP
17 rue du Fer à Moulin, 75005 Paris

L'AFFEP 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 pour la 4e année, mais aussi des soirées thématiques, la participation aux États Généraux de la psychiatrie à Montpellier en juin 2003 etc.

Aujourd'hui, l'AFFEP c'est aussi l'association qui représente les internes en psychiatrie français et qui permet d'entrer en contact avec ces internes (propositions de postes, participation à des communications, information 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. La parution est environ trimestrielle et il est expédié à tous les internes qui nous communiquent leur adresse postale.

Un réseau national

Un réseau de référents régionaux couvre à peu près toute la France et doit permettre à tous les internes de savoir à qui s'adresser pour 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. Les membres du bureau de l'AFFEP se rendent régulièrement dans chaque région pour rencontrer les internes.

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 livret d'accueil

Le livret d'accueil est distribué à tous les internes qui adhèrent à l'association. Il regroupe des données importantes sur le cursus de psychiatrie. Vous y trouverez des informations sur la maquette du DES de psychiatrie et des différents DESC, leurs variations en fonction des régions, ainsi que des conseils pratiques sur l'organisation de vos 4 années d'internat.

Le livret a été remis à jour cette année. Si vous ne l'avez pas encore, demandez le à votre référent régional, il est gratuit...

Une représentation européenne

EFPT - European Federation of Psychiatric Trainees -

L'AFFEP est membre de l'EFPT, c'est-à-dire du réseau des internes européens en psychiatrie. Lors des congrès annuels de l'EFPT, des internes représentant des pays européens viennent discuter de l'état de la formation dans leur pays et des

propositions communes à faire.

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.

L'an dernier, la France était présidente de l'EFPT, représentée par Dominique MATHIS et nous avons organisé le congrès à Paris. Cette année, nos délégués sont partis à Cambridge. L'an prochain, le congrès aura lieu à Istanbul, et en 2006 à Riga en Lettonie.

Des soirées thématiques

Ces soirées invitent de jeunes psychiatres qui viennent nous faire partager leur parcours, leur vision de la profession, leurs choix de carrière et éventuellement nous donner envie de les suivre en pédopsychiatrie, psychiatrie du sujet âgé, recherche, éthique, psychiatrie médico-légale, etc.

La réforme de la maquette de psychiatrie

Daniel Sechter va nous exposer tout à l'heure le contenu de la maquette du DES de psychiatrie et les enjeux de sa réforme en cours.

Actuellement, notre problème concerne l'obligation d'effectuer deux stages hors filières. L'AFEP est en discussion avec les syndicats de psychiatres, les universitaires et nous avons rencontré les conseillers des Ministères de la Santé et de l'Éducation Nationale à ce sujet.

Là encore, toutes les informations sur ce qui se passe dans vos régions nous intéressent...

Bref, nous allons passer à cette journée de l'interne, organisée avec l'association Pierre DENIKER que nous remercions, où nous avons essayé d'inviter des psychiatres de courants différents pour vous offrir un panorama de la psychiatrie d'aujourd'hui.

On a trop rarement l'occasion pendant notre internat de voir ensemble ces personnes là nous exposer l'intérêt d'une formation ouverte et multiple.

Formation dans la filière et hors filière ?

D'après la conférence de Daniel SECHTER
CHU Saint-Jacques, 25030 Besançon
daniel.sechter@vfc-chu.univ-fcomte.fr

L'histoire

De Pinel (Bicêtre 1793) au CES1 de psychiatrie
(créé en 1968)

Durant cette période, la psychiatrie était clairement définie par la prise en charge et le soin des maladies mentales. C'est toujours son objet mais les choses sont beaucoup plus ouvertes et discutées maintenant. Il existait un petit nombre de psychiatres qui se connaissaient les uns les autres et donc la formation se faisait par compagnonnage, par échange réciproque.

Il existait déjà deux filières :

- une filière qui correspondait aux asiles d'aliénés (les aliénistes) qui devinrent ultérieurement les CHS2. C'était la filière des "internes des hôpitaux psychiatriques" qui avaient ensuite la possibilité de passer le concours du "médecin" pour devenir médecins des hôpitaux psychiatriques ;
- la deuxième filière formait un petit nombre de psychiatres au niveau des CHU3.

De 1968 à 1980

Cette période correspond au développement de la sectorisation, des approches médico-sociales et de la psychiatrie libérale, donc du nombre de psychiatres.

Ont subsisté 2 filières :

- l'internat des hôpitaux psychiatriques. Les internes faisaient ensuite l'assistantat puis le médical qui ouvrait la carrière de "médecin des hôpitaux psychiatriques". Le terme "médecin des hôpitaux" est important : nous devons continuer à le défendre à une époque où le statut de praticien hospitalier nous fait évoluer vers une situation d'officiers de santé ;
- l'internat de CHU où un certain nombre de psychiatres était formé comme pour les autres spécialités.

Depuis 1980

Depuis 1980, il n'existe en principe qu'une filière comme pour les autres spécialités : le DES⁴ de psychiatrie.

Les besoins

Champs de la psychiatrie :

- C'est bien sûr la prise en charge des maladies mentales, mais la psychiatrie est surtout une discipline médicale à l'interface entre les sciences humaines et les neurosciences, où les approches biologiques, sociologiques et socio-environnementales sont prises en compte de façon fouillée ;
- ce champ intègre les soins, la recherche, la prévention et il va de la psychiatrie à la santé mentale telle qu'elle est définie dans le dernier rapport demandé par le Ministère de la Santé (rapport des Drs P. Cléry-Melin, JCh. Pascal et V. Kovess intitulé "Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale"). Certains psychiatres évoquent la dérive de ce que certains ont appelé la "santémentalisation" : il est essentiel de souligner que la psychiatrie est à la santé mentale ce que la médecine est à la santé. On ne peut pas tout prendre en charge au risque de voir notre discipline noyée dans des éléments psychosociaux alors qu'il existe des pathologies authentiques ;
- complémentarité avec les médecins généralistes et les psychologues. Il est envisageable que nous puissions avoir un rôle de consultants, d'animateurs professionnels, mais nous ne devons pas être limités à ce rôle. Il est essentiel que nous gardions notre mission de cliniciens et d'animateurs d'équipes et il faut être vigilants à ce que les missions du spécialiste en psychiatrie ne soient pas déléguées à des médecins moins qualifiés, ou à des professions qui n'ont pas eu le cursus médical pour prévenir le risque de déqualification contre lequel nous nous élevons.

Nombre de psychiatres :

- Environ 2 500 en 1980, il est monté à plus de 13 000 en 2000 et diminuera à moins de 10 000 en 2010 (soit moins 30%). Actuellement, nous défendons l'augmentation du nombre d'internes en psychiatrie pour répondre aux nombreuses missions du psychiatre.
- En 1987, il y avait 380 internes en formation ; de 1998 à 2002, on est passé à 176 par an pour toute la France.

De nombreuses discussions syndicales ont permis un frémissement pour atteindre 180 en 2003...

- A cela s'ajoutent deux voies parallèles pour devenir psychiatre : 180 à 200 assistants généralistes sont formés chaque année par la filière "assistants généralistes pour le concours de praticien hospitalier" et 180 à 200 qualifications sont accordées par l'Ordre des Médecins à des médecins installés en libéral qui ont des fonctions en psychiatrie depuis un certain nombre d'années. Que ces filières existent, pourquoi pas, si elles sont de qualité et bien contrôlées : mieux vaudrait augmenter le nombre d'internes DES !

L'évaluation de la formation reçue est formalisée par un cahier personnel, le "logbook", qui rapporte toutes les activités de l'interne (nombre de patients suivis, nombre d'heures de formation en psychothérapie, de supervision etc.).

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est dans la majorité des pays européens une spécialité différente de la psychiatrie adulte.

Les questions qui fâchent

La mesure dérogatoire au concours de praticien hospitalier en psychiatrie : les médecins généralistes qui exercent, après leur inscription à l'Ordre des Médecins, 4 ans en psychiatrie des fonctions attestées et qui justifient d'un diplôme délivré par l'université validant 3 ans de formation dans la spécialité (cf arrêté du 18 mars 2003 à titre provisoire) peuvent s'inscrire au concours de praticien hospitalier en psychiatrie. Après quelques années d'exercice en psychiatrie, ils pourront être qualifiés par l'Ordre pour être spécialistes en psychiatrie. Cet arrêté est pris chaque année à titre transitoire.

L'année hors filière : le CNUP7 et SUP8 se sont opposés dès l'arrêté de septembre 2001 à la mise en place de cette maquette. Depuis 2001, nous avons eu de nombreuses rencontres avec les conseillers des ministres de la Santé (Pr Thibaut, urologue) et de l'Éducation Nationale (Pr Desnos, cardiologue) qui ont abouti à la mise en place d'une commission sous l'égide de la conférence des Doyens pour revoir la maquette notamment du DES de psychiatrie mais aussi de quelques autres spécialités.

Nous avons insisté sur la diversité et la complexité de la psychiatrie qui nécessitent au moins 4 ans de formation spécifique en psychiatrie, d'autant que la charte de l'UEMS propose 5 ans.

Parmi les solutions proposées par les représentants des Doyens et qui vont être discutées avec les représentants des internes et des universitaires :

- augmentation du temps d'internat à 5 ans ;
- post-internat obligatoire avec des préalables demandés par les universitaires : ce post-internat doit être reconnu et valorisé (actuellement la différence de salaire entre un assistant et un interne en fin d'internat est faible), avec des responsabilités progressives en fonction de cette formation. Ce post-internat doit pouvoir se faire avec l'obtention d'un DESC comme en pédopsychiatrie ou en addictologie et l'ouverture d'autres DESC éventuellement transversaux avec d'autres disciplines (par exemple DESC de médecine légale, DESC de psychiatrie du sujet âgé). Ce post-internat aurait une durée de 1 à 2 ans comme assistant, chef de clinique, attaché de recherche ou assistant en milieu médico-social voire en libéral si on peut instituer des maîtres de stages agréés par l'université.

La formation

Le DES est organisé en 27 subdivisions d'internat regroupées en 8 inter régions. Le CNUP1 et l'AFEP2 ont élaboré en commun des critères d'agrément des services formateurs qui demeurent imparfaitement appliqués.

La Maquette du DES selon l'arrêté du 5 mars 1992 modifiée le 10 septembre 2001.

- Enseignements sur 4 ans (environ 250 heures d'enseignements généraux et spécifiques) avec des modalités régionales d'application de cette maquette qui sont assez souples, ce qui est positif mais conduit parfois à trop

d'hétérogénéité, avec des positions quasi-idéologiques dans certaines régions. Il faut une formation généraliste intégrant les approches biologiques, psychopathologiques et de psychothérapies, en ce qui concerne la psychiatrie adulte comme la pédopsychiatrie. Le nombre d'universitaires en psychiatrie est limité par rapport aux autres spécialités médicales : seulement 65 (et dans certaines régions, pas

d'universitaires en pédopsychiatrie).

- La formation à la psychothérapie intègre si possible un parcours de formation et une supervision.
- La formation pratique a été modifiée en 2001 : 4 semestres dans les services agréés pour le DES de psychiatrie dont au moins 1 semestre en CHU ; 2 semestres dans les services agréés pour le DESC3 de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; 2 semestres ont été rajoutés dans des services agréés pour d'autres DES ou DESC qui entraînent 1 an hors filière devenu obligatoire (auparavant facultatif). Les conseillers des ministres insistent sur le fait que cette année hors filière est pour eux tout à fait importante comme pour d'autres spécialités afin "d'éviter le cloisonnement et favoriser l'interdisciplinarité".

Formation à la recherche

• Elle est peu développée tant en CHU que dans les laboratoires CNRS et INSERM. Seuls 10 à 20 % des internes font un DEA4 et 3 à 8 % passent leur thèse de 3e cycle.
La place de la médecine demeure ambiguë dans la réforme LMD5.

Stages interCHU et à l'étranger.

Ils sont trop peu développés, souvent pour des raisons économiques alors que le décret du 21/02/2003 et l'arrêté du 23/07/2003 définissent les conditions de mobilité obligatoire pour devenir hospitalo-universitaire dès 2006 :

- 1 an hors CHU, possible par périodes de 3 mois, à temps plein ;
- se faisant soit en stage clinique après le diplôme d'état en médecine et la spécialisation en psychiatrie ; soit en enseignement et recherche, pendant le 3e cycle des études médicales ou après la validation du 3e cycle, avant ou après le clinicat.

Charte de l'UEMS6 : en Europe, la durée de formation est de 5 ans minimum sauf en Espagne et en Italie. La formation théorique dure 4 ans, à raison de 4h de cours par semaine, portant sur les différentes formes d'hospitalisation, de soins ambulatoires, les différentes approches thérapeutiques et les psychothérapies. Une supervision individuelle d'une heure par semaine est préconisée.

- 1 CES : Certificat d'Études Spécialisées
- 2 CHS : Centres Hospitaliers Spécialisés
- 3 CHU : Centres Hospitalo-Universitaires
- 4 DES : Diplôme d'Études Spécialisées

- 1 CNUP : Collège National des Universitaires en Psychiatrie
- 2 AFFEP : Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie. www.affep.com
- 3 DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire
- 4 DEA : Diplôme d'Études Approfondies
- 5 LMD : Licence Master Doctorat
- 6 UEMS : Union Européenne des Médecins Spécialistes. www.uemspychiatry.org
- 7 CNUP : Collège National des Universitaires en Psychiatrie
- 8 SUP : Syndicat des Universitaires en Psychiatrie

Coordination des formations en Europe : L'EFPT - European Federation of Psychiatric Trainees –

D'après la conférence de Julian BEEZHOLD
Consultant in Emergency Psychiatry Crisis. Resolution Home Treatment Team
Hellesdon Hospital, Drayton High Road Norwich, United Kingdom
beezhold@doctors.org.uk

Historique international et création de l'EFPT

- 1957 – Création de l'Union Européenne ;
- 1958 – Création de l'UEMS1 ;
- 1976 – Création du PWG2 ;
- 1992 – Traité de Maastricht : harmonisation de la formation européenne. L'UEMS met en place un bureau européen de Psychiatrie ;
- 1993 – Création de l'EFPT. La France en a été un des membres fondateurs ;
- 1999 – La WPA3 lance un programme de promotion au développement d'un Conseil Mondial des Jeunes Psychiatres : le WPA- Young Psychiatrists Council, se basant sur le succès de l'EFPT.

Objectifs de l'EFPT

Présenter les opinions des internes aux organisations

européennes pour influencer les décisions dans le sens des besoins des internes pour une meilleure qualité de formation : par exemple la charte de formation de l'UEMS pour la psychiatrie adulte et la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent se base sur des motions rédigées par l'EFPT (la charte est disponible en ligne sur www.uemspsychiatry.org).

Participer à l'harmonisation des formations : non pas pour uniformiser mais avec le souci de mettre en valeur les différences entre chaque pays tout en promouvant une égale qualité dans toute l'Europe.

Développer les associations nationales d'internes. Quatre pays européens avaient des associations nationales d'internes en psychiatrie lors de la création de l'EFPT.

En 2004, il y a 19 associations de jeunes psychiatres, toutes créées grâce à l'impulsion de l'EFPT.

Développer les programmes d'échanges européens : pouvoir passer 6 mois à Londres, ou au Danemark par exemple dans le cadre de l'internat. C'est encore un but sur lequel l'EFPT travaille.

Le développement de l'EFPT

1992, Londres : 16 internes représentant le Danemark, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Grèce, les Pays Bas, la Suisse et la Grande Bretagne.

1993, Utrecht : l'EFPT est officiellement créée.

1994, Cork : Adoption d'une constitution.

1995, Copenhague : 12 pays sont membres de l'EFPT. Invitation officielle de la part du bureau européen de psychiatrie de l'UEMS pour représenter les internes européens.

1996, Lisbonne : Adoption de la motion sur la formation aux psychothérapies qui est reprise dans la charte de la formation de l'UEMS.

1997, Athènes : Election d'un trésorier. Création d'un réseau Internet (liste de diffusion électronique).

1998, Gandt : La constitution est modifiée. Election d'un bureau avec une présidence "tricéphale" (président élu, ancien président et futur président), un trésorier et un secrétaire général.

1999, Tampere : L'EFPT obtient un siège permanent au bureau européen de psychiatrie de l'UEMS et dans ce cadre, elle participe aux visites d'accréditation des lieux de stages. Des liens sont créés avec l'AEP4. La charte européenne de formation des internes européens est adoptée.

2000, Berlin : 18 pays sont membres. L'UEMS fournit un support financier à la fédération, des liens sont établis avec l'institut Lundbeck et un atelier de travail est mis en place sur la création d'une structure internationale pour les jeunes psychiatres.

2001, Naples : Création du site Internet (www.efpt.org).

Représentation au WPA fellowship committee.

2002, Sinaia : 11 ateliers de travail avec une session de posters et présentation de la fédération lors du congrès de la WPA à Yokohama au Japon.

2003, Paris : 16 pays membres et plus de 50 délégués représentant 12 000 internes européens. Mise en place d'un projet d'enquête de satisfaction des internes sur leur formation. Création de l'ANEP5 pour les jeunes psychiatres.

2004, Cambridge : du 16 au 19 juin 2004, tous les internes intéressés y sont invités !

11e Forum de l'EFPT, 2004, Paris, France

1 UEMS : Union Européenne des Médecins Spécialistes. www.uems.be

2 PWG : Permanent Working Group of European Junior Doctors

3 WPA : World Psychiatric Association. www.wpanet.org

4 AEP : Association of European Psychiatrists

5 ANEP : Association of New European Psychiatrists

**The Royal College of Psychiatrists
& the Collegiate Trainees Committee**

D'après la conférence de Julian BEEZHOLD

Consultant in Emergency Psychiatry. Crisis Resolution Home Treatment Team
Hellesdon Hospital, Drayton High Road Norwich, United Kingdom
beezhhold@doctors.org.uk

Histoire

1974 : une association d'internes en psychiatrie existait, mais elle était indépendante du Royal College of Psychiatrists¹ ce qui posait des problèmes.
Collegiate Trainees Committee (CTC) : Le Royal College décida donc d'inviter les internes à faire partie du Royal College pour mieux les contrôler. Ils se sont trompés sur ce point...
Il est intéressant de noter que parmi les personnes qui ont été impliquées au départ du CTC, on trouve l'actuel président du Royal College et le doyen.

Contexte de la Grande Bretagne

Population totale : 59 700 000 habitants
5 306 psychiatres dont 3 425 "consultants"²
3 082 internes sur 7 ans, soit 440 par an (à quoi s'ajoute
272 internes en médecine générale), mais tous ne deviennent pas psychiatres cliniciens³. Le pays est en grand manque de psychiatres et forme donc beaucoup d'internes actuellement.
Parmi ces 3 082 internes, environ 1 000 sont des internes étrangers qui retournent ensuite dans leur pays (Afrique du Sud, Inde, etc.).
Plus de 90 personnes travaillent à plein temps au Royal College : il contrôle et administre la formation des internes de toutes les spécialités. La situation est donc très différente de la plupart des autres pays européens.
Le CTC comporte 37 membres élus de 12 régions géographiques de Grande Bretagne et 1 représentant des psychiatres militaires.
Le CTC représente l'ensemble du Royaume uni (Ecosse, Angleterre, Wales...) ainsi que l'Irlande pour des raisons historiques.

Comment fonctionne le CTC ?

Les membres sont élus pour 2 ans, renouvelable une fois ;
les présidents sont élus pour 2 ans maximum ;
5 réunions par an ;
le CTC est officiellement représenté à tous les comités du Royal College y compris pour les commissions exécutives ou de conseil ;
financement : pour financer les frais des internes participant au CTC, c'est le plus souvent l'hôpital d'affectation qui s'en charge. S'il refuse, c'est le Royal College ;
le Royal College met à disposition du CTC une secrétaire à plein temps.

Buts du CTC

Il influence toutes les décisions du Royal College concernant les internes ;
il influence sur la formation, le cursus, les modalités d'examens ;
il permet l'obtention de réductions de tarifs pour les inscriptions à des congrès ;
il influence les conditions de formation : pour assurer que les internes soient formés et pas seulement utilisés comme une main d'oeuvre dans les services...

SPÉCIFICITÉS DE LA FORMATION

Psychiatrie de liaison

D'après la conférence de Silla CONSOLI

Service de Psychologie Clinique et de Psychiatrie de Liaison
Hôpital Européen Georges Pompidou
20 rue Leblanc, 75015 Paris
silla.consoli@hop.egp.ap-hop-paris.fr

La psychiatrie de liaison est une pratique spécifique, importante dans la formation des internes. Elle consiste à mettre à la disposition des services MCO1 d'un hôpital général les compétences de professionnels experts dans le domaine de la souffrance psychique et la santé mentale, pour répondre aux besoins de trois cibles : les patients, l'entourage des patients et les soignants qui en ont la charge.

On distingue la psychiatrie de liaison de la psychiatrie des urgences ou aux urgences, bien que des actes urgents puissent être demandés aux intervenants en psychiatrie de liaison. Mais gérer une crise et intervenir en urgence n'est pas la même chose que d'accueillir des personnes qui se présentent dans un service d'accueil des urgences ou qui ont été hospitalisées dans un service porte.

Les modèles organisationnels sont très divers, même si la définition de base est consensuelle.

Schématiquement, on oscille entre deux modèles opposés, ce qui nuit à l'identité de la psychiatrie de liaison. Ces modèles sont, d'une part celui des "psy attachés" (de moins en moins fréquent), qui ont des vacations, ou plus rarement un temps plein, dans un service de médecine auquel ils appartiennent ; d'autre part celui des "psy détachés", qui sont une émanation d'un service de psychiatrie dont la psychiatrie de liaison peut être la vocation essentielle ou une mission parmi d'autres (prise en charge de malades mentaux ou de patients avec troubles de la personnalité qui nécessitent une hospitalisation ou un suivi en consultation). Cette dernière organisation est périlleuse car les besoins du service concernant les patients hospitalisés ou suivis en consultation peuvent ne pas laisser le temps nécessaire à la mission de psychiatrie de liaison.

Les équipes de psychiatrie de liaison sont en général multiprofessionnelles : psychiatres, psychologues et plus rarement infirmiers. Elles ont pour caractéristiques la transversalité et la mobilité.

Le travail que l'on demande aux internes en psychiatrie de liaison n'est pas très spécifique et ne se limite généralement pas à un petit nombre de disciplines médicales ; il est plus diversifié et doit en même temps répondre à des demandes urgentes.

Faute d'une identification claire et d'une stabilité de la structure, la psychiatrie de liaison a du mal à se développer. En région parisienne, à l'APHP 2, un ensemble de recommandations ont été élaborées il y a quelque temps par un groupe de travail, validées par la Commission Médicale d'Etablissement, dans l'idée d'un développement de structures identifiées qui seraient à la fois au service des centres hospitaliers et sources de formation pour les internes en psychiatrie (actuellement, peu de services sont dédiés spécifiquement à ce genre d'activité).

Quelles sont les particularités de la psychiatrie de liaison pour la formation des internes en psychiatrie ?

La psychiatrie de liaison se situe à l'interface médecine/psychiatrie. Néanmoins, la formation de base polyvalente, celle requise pour réussir le concours de l'internat, n'est pas suffisante. En effet, ce n'est pas tant le fait de rester attaché à la médecine qui définit la psychiatrie de liaison, que de revoir la médecine avec des yeux différents avec le recul et la spécificité du parcours psychiatrique.

u A quel moment faut-il faire de la psychiatrie de liaison ? Tout est possible, mais il est évident qu'un stage plutôt au milieu ou à la fin de l'internat sera beaucoup plus productif, non seulement parce que l'interne est déjà armé pour traiter les situations psychopathologiques de base, mais aussi parce que, du fait de cette autorité et de cette assurance donnée par le cursus de formation, l'interne en psychiatrie aura une possibilité de se faire entendre et de se faire reconnaître.

u Sécurité ou aventure ? C'est une psychiatrie hors les murs, ce qui veut dire que, même quand les conditions de formation sont rigoureuses et lorsque les internes sont correctement épaulés par leurs chefs de clinique, leur chef de service et les staffs dans le service, l'essentiel du travail au quotidien est un travail assez solitaire et en terre étrangère. L'interne en psychiatrie s'aventure dans un service de médecine où il va essayer, comme toujours, un certain nombre de préjugés à l'égard de la psychiatrie, des psychiatres et de leur bizarrerie de comportement.

Quelles sont les formations existantes en psychiatrie de liaison ?

En région parisienne, un séminaire de psychiatrie de liaison a été mis en place.

En 2005 sera mis en place un DIU3 de psychologie médicale et psychiatrie de liaison, par les universités Paris Sud et Paris V, ouvert aux psychiatres, aux généralistes et aux spécialistes de diverses disciplines.

Il existe également un DIU de psycho-oncologie clinique de Paris VI et Paris V, auquel assiste actuellement un plus grand nombre de psychologues que d'internes.

Enfin, il n'y a pas de meilleure formation que le stage dans un service de psychiatrie de liaison, ou du moins un service qui a la réputation de s'être engagé dans ce domaine. Les séminaires ne remplacent pas le fait de se confronter au quotidien à la psychiatrie de liaison, qui est de l'ordre de l'apprentissage et du compagnonnage ; en effet, de bonnes connaissances en psychiatrie ne suffisent pas, il s'agit plus de savoir-faire que de savoir.

Pourquoi "ça marche" et pourquoi "ça ne marche pas" ? Et quels sont les critères pour évaluer de l'efficacité de la psychiatrie de liaison ?

Certains facteurs facilitent la formulation d'une demande d'intervention de la part d'un service de médecine ou de chirurgie à un service de psychiatrie : les symptômes bruyants du patient ; les antécédents psychiatriques (même quand le patient ne pose pas de problème !) ; un traitement psychotrope en cours ; la surcharge de travail ou le manque de disponibilité relationnelle de l'équipe ; la conviction personnelle des médecins du service (en particulier des chefs de service) ; la bonne circulation de l'information dans les services de médecine (qui joue un rôle déterminant) ; les liens personnalisés ; la disponibilité et l'efficacité.

D'autres facteurs limitent cette collaboration : les services qui privilégient une approche technique ; les services où l'information circule mal (conflits entre infirmiers et médecins par exemple) ; les services qui banalisent la souffrance psychique parce qu'ils la considèrent comme normale, légitime, compréhensible ; les collègues pour lesquels le recours au psychiatre est vécu comme un aveu d'incompétence ; les services qui acquièrent un certain savoir-faire relationnel (c'est d'ailleurs le but de la psychiatrie de liaison, que de jouer sur le transfert de compétences afin que les collègues fassent le maximum avec les moyens qui sont à leur disposition).

Il faut savoir se remettre en question quand "ça ne marche pas" : quand on a utilisé un jargon incompréhensible, quand on s'est fait trop attendre, quand on n'a pas été suffisamment proche de la demande concrète qui a été faite.

La psychiatrie de liaison est-elle du côté de la pathologie mentale ?

Il y a des troubles psychiques avec un masque somatique : par exemple le patient souffrant de trouble panique qui se retrouve en cardiologie.

Il y a des troubles psychiques d'origine organique : par exemple le patient atteint de lupus présentant un épisode dépressif, délirant ou schizophréniforme.

Il y a des comorbidités : un trouble somatique peut se compliquer d'un trouble psychique, par exemple une dépression ; un trouble psychique peut être à l'origine d'un trouble somatique, non seulement les conduites addictives, mais aussi le trouble dépressif, qui est un facteur de risque de nombreuses pathologies (cardio-vasculaires, cancéreuses) ; une association fortuite peut être découverte : c'est lors d'une hospitalisation en médecine que l'on découvre parfois ainsi un trouble panique, un trouble phobique, ou un TOC qui existe depuis plusieurs années et qui n'a jamais été pris en charge.

Les troubles psychiatriques en médecine sont sous-estimés, du fait du recouvrement des symptômes ; par exemple une asthénie est-elle due au cancer pour lequel est hospitalisé le patient ou à une dépression ? Les troubles psychiques sont souvent banalisés car considérés comme réactionnels.

Cette comorbidité psychiatrique en médecine a un coût : coût sanitaire (les patients restent plus longtemps, sont réhospitalisés), coût relationnel et subjectif (ces patients ont une moins bonne qualité de vie, se plaignent davantage des effets secondaires des médicaments). L'influence sur le pronostic a été montrée : par exemple, une étude sur le pronostic à deux ans de sujets hospitalisés en médecine et pouvant être considérés comme dépressifs à partir d'une échelle d'auto-évaluation a montré que ces sujets ont une mortalité environ deux fois plus élevée que les sujets non dépressifs(1). Une autre étude a montré que la mortalité à dix-huit mois après un infarctus du myocarde est environ trois fois plus élevée chez des sujets présentant un état dépressif caractérisé comparés au reste de la population étudiée, et six fois plus élevée chez des sujets présentant une humeur dépressive à une échelle d'auto-évaluation(2).

L'humeur dépressive a un effet d'autant plus péjoratif sur le pronostic que le nombre d'extra-systoles ventriculaires (reflétant la défaillance du myocarde) dans les suites immédiates de l'infarctus est élevé(2); ce résultat peut s'expliquer par le déséquilibre de la balance vago-sympathique, la diminution de la variabilité de la fréquence cardiaque et la susceptibilité aux troubles aigus du rythme (tachycardies ventriculaires).

En somme, la consultation de psychiatrie de liaison n'est pas à considérer comme un examen complémentaire parmi tant d'autres ni comme une intervention justifiée par le seul repérage de troubles mentaux caractérisés : elle est à placer dans un cadre dimensionnel. Le psychiatre est amené à évaluer les points de vulnérabilité, mais aussi les ressources de l'individu, ses stratégies d'ajustement au stress (ou coping). Il s'agit d'une médecine prédictive qui intègre les facteurs émotionnels comme des facteurs de risque et de pronostic et qui encourage une relation de partenariat entre les équipes.

La condition pour fonder une relation de partenariat est le souci commun des deux équipes (somaticiens et psychiatres) pour une approche intégrative, en évitant que le corps soit le territoire privilégié des somaticiens et l'esprit celui des psychiatres. Il est précieux que les somaticiens s'intéressent à ce qui se passe dans l'esprit de leurs patients, aux émotions de ces derniers, à leur histoire personnelle et que les psychiatres s'intéressent, à leur tour, à ce qui se passe dans la réalité du corps de leurs patients, tiennent compte de sa dégradation, du poids du handicap et en même temps puissent exprimer leur admiration face au prodige des techniques médicales.

Le travail de liaison doit être basé sur un transfert des connaissances, en ne tombant pas dans le piège du cantonnement du psychiatre-spécialiste dans la technicité.

Les psychiatres ont souvent peur de la médecine, des réalités corporelles, et un certain nombre d'entre eux rechignent à s'occuper de patients comorbides, atteints de troubles mentaux associés à des pathologies curieuses, inquiétantes, graves, au pronostic léthal. La formation à la psychiatrie de liaison permet de ne pas être complètement dépaysé lorsqu'en pratique de ville par exemple, mais aussi à l'hôpital, des patients arrivent avec des atteintes somatiques. Cette familiarisation avec un univers qui se situe au-delà des limites auxquelles les psychiatres sont habitués peut constituer un des apports originaux de la psychiatrie de liaison.

La rédaction du compte-rendu de la consultation est un acte important. L'objectif pour le psychiatre est d'arriver à faire une sélection dans le matériel qui lui aura été confié, en ayant le souci du respect de la confidentialité de ce qui a pu lui être révélé. Il ne doit pas tout "rapporter", mais il ne peut pas non plus se contenter d'écouter le patient, de faire un diagnostic avant de partir comme un voleur... Les somaticiens ont besoin d'être formés. Le rôle du psychiatre de liaison est de rendre vivant le patient aux yeux des médecins, en leur transmettant un portrait séduisant, intéressant du patient, qui donne aux

soignants l'impression qu'ils peuvent eux-mêmes, grâce à leurs propres ressources personnelles, faire une bonne partie du travail, sans avoir besoin de la technicité propre du psychiatre pour prendre en charge les aspects psychologiques et relationnels de la souffrance du patient.

1 MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

2 APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

3 DIU : Diplôme Inter Universitaire

Annexe : 20 recommandations pour la rédaction du compte-rendu de l'intervention de liaison :

1. La transmission est-elle identifiable, en ce qui concerne son auteur et sa date ?
2. La raison de l'appel au psychiatre ou psychologue est-elle rappelée ?
3. A-t-on répondu à la question initialement posée ("motif" de la consultation de liaison) ?
4. Le message a-t-il été formulé en adaptant les propos à la qualité du destinataire ?
5. Les termes techniques utilisés sont-ils expliqués ?
6. La réponse reprend-elle une description de certains éléments du comportement du patient ?
7. Le vécu de sa maladie par le patient est-il explicité ?
8. La souffrance psychique du patient est-elle nommée ?
9. Une allusion est-elle faite aux ressources psychiques (stratégies d'ajustement, défenses) dont dispose le patient ?
10. Une allusion est-elle faite aux ressources environnementales (famille, réseau social, appuis professionnels) dont dispose le patient ?
11. Une allusion est-elle faite aux domaines de la vie, source d'un investissement important, voire d'une passion, chez le patient ?
12. Le propos comporte-t-il quelques références biographiques permettant de mieux comprendre le caractère du patient ?
13. A-t-on évité des termes ou propos pouvant se prêter à une représentation anecdotique du patient, voire à des attitudes de moquerie ?
14. Le propos permet-il de favoriser l'empathie des soignants ?
15. La suite qui sera donnée par le psychiatre (nouveau rendez-vous ou visite au lit du malade) est-elle précisée ?
16. Une indication pronostique sur l'évolution des difficultés psychologiques du patient est-elle formulée ?
17. Le vécu des soignants est-il pris en compte et légitimé ?
18. Les modalités de surveillance éventuelle des traitements sont-elles précisées ?
19. Des propositions sont-elles faites sur ce que les soignants peuvent, eux-mêmes, apporter, sur le plan psychologique ou relationnel, au patient ?
20. Une indication de la procédure à suivre en cas de problème urgent est-elle mentionnée ?

Références bibliographiques

(1) Hermann C, Brand-Driehorst S, Kaminsky B, Leibinger, Staats H, Ruger U. Diagnosis groups and depressed mood as predictors of 22-month mortality in medical patients. *Psychosomatic Medicine* 1998; 60:570-577.

(2) Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91:999-1005.

Psychiatrie de l'adolescent

D'après la conférence de Maurice CORCOS

Institut Mutualiste Montsouris

42 boulevard Jourdan, 75014 Paris

maurice.corcos@imm.fr

Voici quelques éléments de réalité de la psychiatrie de l'adolescent en France : pour essayer d'articuler, comme dans une double lecture clinique, une clinique symptomatique et une clinique plus implicite ; pour aborder les "fantasmes" que l'on peut avoir autour de la psychiatrie de l'adolescent, les espoirs qu'on peut nourrir vis-à-vis d'elle et la réalité qui est parfois plus difficile à accepter et à intégrer.

La psychiatrie de l'adolescent est à l'image de ce qui se passe pour l'adolescent, qui a du mal à articuler la réalité extérieure avec sa réalité intérieure, laquelle est extrêmement pulsionnelle et à un moment de métamorphose. Ceux qui s'occupent d'adolescents ont évidemment des raisons personnelles d'avoir fait ce parcours.

La psychiatrie de l'adolescent est un métier enthousiasmant avec de nombreux débouchés en raison de la convergence des facteurs démographiques. Le nombre de psychiatres est minime, celui des pédopsychiatres encore plus, alors que la population adolescente a considérablement augmenté,

alors que les besoins se sont accrus. Pour exemple, les troubles des conduites et du comportement (addictions, troubles alimentaires, délinquance) ont augmenté de 200% dans les années 2000. Les délais d'attente pour des consultations en pédopsychiatrie, en ville, dans les secteurs ou dans les services hospitalo-universitaires sont de l'ordre de 3 à 6 mois.

Les pédopsychiatres vont peut-être devoir modifier la vocation soignante qui était la leur vers une pratique "expertale". Ne pouvant plus suivre sur la durée suffisamment de patients, et ayant une expertise pour le diagnostic et l'organisation d'un projet de soins, ils vont être amenés à voir beaucoup de patients sans en assurer le suivi, lequel serait effectué par les médecins généralistes, les psychologues, les pédiatres, les éducateurs... Cette transformation du soin vers le social est inquiétante.

La "médiatisation" de l'adolescence peut poser problème. On se trouve face à des phénomènes de contamination, pour le mieux hystériques, ou d'identification narcissique pour des adolescents carencés qui ont besoin d'exister dans la morbidité, le malaise, l'exclusion ; le "no-future" de nos ancêtres est devenu une espèce de nihilisme qui a perdu son tragique, un nihilisme de l'insignifiance, de la dérision, un mal-être qui n'a plus de structure pour le soutenir. Ce phénomène épidémique entraîne une augmentation du nombre de consultations qui ne justifient pas forcément l'intervention d'un pédopsychiatre mais qui pourraient se référer à une modification des liens sociaux.

A cause de cette médiatisation, à laquelle il doit faire attention, le pédopsychiatre doit se préoccuper de l'évolution des phénomènes socio-culturels et on lui donne de plus en plus la parole.

Les spécificités de la prise en charge des adolescents

La pédopsychiatrie ne concerne pas uniquement les enfants et les adolescents : elle concerne également les familles. "Un enfant tout seul, ça n'existe pas", il n'existe qu'en lien avec la société et la famille. Cet adage est d'autant plus vrai pour un adolescent, qu'on ne peut pas traiter sans une bonne approche familiale.

Traiter de façon univoque un adolescent, même de façon pertinente et efficace, même si ses symptômes s'amendent, sans prendre en compte la famille (mère, père, fratrie), produit un système de vases communicants. Plus on est pertinent avec un des membres de la famille, plus la famille va mal de l'autre côté, et plus l'adolescent "se remet à niveau".

Il n'y a pas non plus de prise en charge d'adolescent possible sans avoir de connaissances sur la progression sociale en particulier l'évolution de la judiciarisation. Le pédopsychiatre est de plus en plus confronté au juge pour enfants, aux éducateurs, aux travailleurs sociaux ; il doit mettre en place des AEMO1, des OPP2 en discutant et négociant avec le milieu judiciaire.

L'époque des grandes batailles idéologiques qui ont eu lieu dans le champ de la pédopsychiatrie est révolue. Auparavant, il y avait "des clans, des écoles, des chapelles idéologiques, grossièrement partagées entre la psychanalyse et la biologie".

Actuellement, les pédopsychiatres s'accordent de plus en plus à reconnaître la nécessité d'une approche multi-disciplinaire ou trans-disciplinaire.

Une autre spécificité est la prise en charge institutionnelle. Elle consiste en une réflexion sur le travail d'équipe, les synthèses, les réunions, les échanges.

La recherche

Dans le domaine de la recherche, les psychiatres d'adultes et les pédopsychiatres se réunissent de plus en plus en raison d'une continuité des troubles, de l'enfance à l'adolescence et jusqu'à l'âge adulte. Le domaine biologique n'a pas été suffisamment investi en pédopsychiatrie, le domaine de l'intersubjectivité devient de plus en plus important et le domaine éthologique de l'attachement prend une place importante.

La recherche fait partie de la formation et a une incidence sur la façon d'appréhender le diagnostic et le traitement des patients.

La formation

La formation en pédopsychiatrie en France, le DESC, dure deux ans, alors que dans la majorité des pays européens elle dure quatre ans. Notre pays va-t'il s'aligner ?

La formation de l'interne en pédopsychiatrie est celle qu'il va lui-même s'octroyer...

Il existe de nombreux DU et il est également possible de se former en philosophie, en anthropologie, en sociologie, en littérature, en cinéma, car toutes ces médiations culturelles sont essentielles pour échanger avec l'adolescent. On parle plus avec l'adolescent de cinéma, de théâtre, de philosophie, de métaphysique, d'anthropologie que de symptômes, car c'est là où l'on peut se rencontrer. Il faut donc "être à jour !"... et se former de manière permanente.

La filiation et la transmission sont importantes. En pédopsychiatrie, des maîtres ont existé et continuent d'exister : ils sont une source de développement personnel majeure et il faut leur rendre hommage.

Dans la formation, il y a aussi les rencontres qui souvent sont, pour de jeunes internes, des rencontres identificatoires. Sans aller jusqu'à la psychanalyse personnelle, il est possible d'instaurer un compagnonnage et, de manière plus formalisée, une supervision. Il ne faut pas se sentir seul et hésiter à aller rencontrer des gens pour leur demander des supervisions.

Il n'est pas interdit de s'interroger sur sa vocation soignante. Le pédopsychiatre est confronté à des choses brutales, incompréhensibles parfois, qui vont résonner avec son propre développement, avec sa mémoire de l'infantile. Il ne faut pas s'inquiéter de cette "résonance" à l'occasion de la confrontation avec un adolescent : accepter cette résonance peut être l'un des meilleurs outils thérapeutiques, à condition de l'accompagner dans une supervision.

1 AEMO : Assistance Éducative en Milieu Ouvert

2 OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

Formation en addictologie

d'après la conférence de Michel REYNAUD

Centre Hospitalier Universitaire Paul Brousse

12 avenue Paul Vaillant Couturier, 94800 Villejuif

secretariat.addictologie@pbr.ap-hop-paris.fr

On peut tout d'abord se demander pourquoi il existe une spécialité d'addictologie pour s'occuper de patients dont les représentations sont a priori négatives et peu intéressantes. Par exemple, l'alcoolique est souvent considéré comme quelqu'un dont le cerveau est un peu "raboté", qui a de multiples complications somatiques, qui rechute sans arrêt, qui vient aux urgences plus ou moins agité ou violent et qui est d'un intérêt intellectuel extrêmement limité... Le toxicomane est en général un grand manipulateur qui introduit du cannabis ou d'autres produits dans les services hospitaliers, qui séduit les anorexiques, qui pose des problèmes aux infirmières et qui demande sa sortie au bout de huit jours... Le tabagique, quant à lui, est quelqu'un qui, soit n'arrive pas à arrêter, soit arrête tout seul sans besoin de personne. Donc pourquoi aurait-on besoin de faire des études compliquées, de porter un intérêt fort à ces populations dont on n'aime pas trop entendre parler ?

Le DESC1 d'addictologie a été créé pour fédérer les différentes formations et types de prises en charge existant dans les centres ambulatoires en alcoologie ou les centres de soins pour toxicomanes. L'addictologie est sûrement l'une des branches la plus passionnante de la psychiatrie, la plus fascinante et pleine d'avenir !

On peut l'aborder à la fois par le champ de la biologie, de la psychopathologie et de la sociologie. Tout le monde peut donc y trouver son intérêt.

L'abord biologique

L'aspect biologique est intéressant car les produits constituent des sortes de marqueurs, de traceurs de ce qui se passe dans le cerveau. Ils permettent des modélisations plus actuellement faciles que ne le sont les modèles pour d'autres pathologies psychiatriques comme la dépression, l'anxiété ou la schizophrénie. Les modèles animaux sont très parlants. Prenons l'exemple du rat : il y a plusieurs

manières de le faire devenir toxicomane. La première est de le choisir avec un patrimoine génétique de rat toxicomane en sélectionnant des souches de rats qui sont plus ou moins appétents ou vulnérables comme on peut l'observer chez l'homme. La deuxième est de mettre une rate enceinte en situation de contrainte, par exemple en la mettant dans un tube en verre de façon aléatoire et pour des périodes aléatoires : les rats nés de mères stressées deviennent beaucoup plus dépendants que les rats nés de mères non stressées. La troisième consiste à placer le rat en situation de stress pendant son développement précoce, par exemple en le séparant de sa mère de façon aléatoire pendant des périodes plus ou moins longues : les rats qui ont été séparés de leur mère deviennent beaucoup plus dépendants que les rats non séparés. Enfin, si on donne au rat des produits dans la phase adolescente, il devient beaucoup plus dépendant que si on les lui donne pendant la phase adulte. Les extrapolations à l'homme doivent bien entendu être prises avec une certaine prudence, mais ces situations représentent d'utiles outils de travail.

Les drogues ont la capacité de mimer et leurrer nos mécanismes de régulation émotionnelle naturels. Tout le monde a des endorphines cérébrales, des cannabinoïdes cérébraux, de l'acétylcholine cérébrale et des mécanismes de régulation stimulation/excitation GABA/NMDA dans le cerveau. Les drogues perturbent de façon brutale les mécanismes extrêmement fins de gestion des émotions : plaisir, souffrance, rapprochement, évitement. Outre la connaissance du fonctionnement des sujets dépendants, ces modèles permettent de comprendre un certain nombre de mécanismes de gestion des émotions des sujets non dépendants.

Ce champ de recherche se développe avec des outils récents, tels que la génétique et l'imagerie cérébrale (on voit apparaître des altérations fonctionnelles ou anatomiques dans les systèmes de gestion des émotions, de la logique et de la planification de l'action).

L'abord psychopathologique

Sur le plan psychopathologique, on retrouve toutes les dimensions des difficultés psychiques de la névrose à la psychose, de l'anxiété à la dépression...

On ne devient pas "dépendant par hasard" mais suite à des traits de vulnérabilité qui sont divers. La voie d'entrée dans la conduite addictive peut être du côté de la recherche de sensations, de l'impulsivité, du besoin de plaisir ou au contraire de l'évitement de l'ennui : cette voie est plutôt masculine, parce que les systèmes de gestion du plaisir et des émotions chez l'homme passent préférentiellement par cette voie. Elle peut également être du côté de l'évitement de la souffrance, de l'évitement de l'anxiété et de la dépression : cette voie est plutôt féminine. On retrouve là à la fois des éléments de clinique et autant de types de prises en charge qu'il en existe en psychiatrie.

Une autre voie d'entrée est la vulnérabilisation par le stress, chez des patients dont les histoires de vie sont marquées par des traumatismes, des violences morales ou autres, des abus sexuels ou toutes sortes de souffrances. Là encore, l'addiction est en lien avec l'organisation de la gestion des émotions et du stress, le produit donnant dans un premier temps une impression d'amélioration et de meilleure gestion de cette souffrance.

L'abord psychopathologique est donc extrêmement riche et il faut prendre en compte aussi l'abord de la dynamique familiale dans l'organisation des soins et des prises en charge.

L'abord sociologique

Le troisième grand axe est la dimension sociale des addictions. Dans l'installation d'une dépendance interviennent des facteurs familiaux, le rôle des amis et le contexte social, plus ou moins facilitant. Les problématiques sociales sont constantes : ce sont l'exclusion et aussi la place d'un produit donné dans une société. En effet, l'évolution des regards portés sur le cannabis et sur l'alcool récemment est marquée par la place économique du produit, l'état actuel d'une société, la situation légale ou illégale du produit et le degré de tolérance à son égard. Ces dernières années, nous avons évolué vers une approche globale prenant plus en compte plus les comportements de consommation que les produits.

La prévention

Le rôle des psychiatres est d'inciter d'autres intervenants à une action précoce, en général à l'intérieur des réseaux de soins : médecins généralistes, médecins ou infirmières scolaires, travailleurs sociaux, en faisant en sorte de leur donner des outils simples de repérage. Quand la pathologie devient plus lourde, il faut qu'ils sachent orienter et il faut alors leur donner des réponses claires et pragmatiques. En ayant l'occasion de traiter ces patients à un stade plus précoce, on obtient une meilleure efficacité.

Les formations existantes en addictologie

Le DESC d'addictologie, créé il y a 4 ans, est le plus adapté pour les internes en psychiatrie. Il dure 2 ans avec environ 200 heures de cours théoriques et 4 semestres de stage dans des services validants (2 pendant l'internat et 2 après) ; des coordonnateurs sont présents sur chaque région ou inter-région et peuvent renseigner sur les stages validants. La capacité : autant d'heures de cours mais moins de stages pratiques.

Les DIU1 en alcoologie par exemple. D'autres thèmes sont enseignés, selon les régions : adolescence, cannabis et nouvelles consommations, tabacologie...

Les perspectives

Les besoins en addictologie sont énormes. Des services et des unités dans différents hôpitaux ont été créés pour répondre aux besoins, aussi bien aux urgences qu'en liaison, en lien avec les services de psychiatrie et somatiques. Il existe des postes de psychiatres dans les centres de soins pour toxicomanes et dans les centres de soins ambulatoires en alcoologie.

Il y a une forte demande de soins en ambulatoire, l'installation comme addictologue en ville est facile.

En ce qui concerne les prises en charge, au niveau médicamenteux, des voies de recherche se développent. Au niveau des prises en charge psychothérapeutiques, les méthodes sont variées : psychothérapie brève, motivationnelle, élémentaire, thérapies cognitives et comportementales, thérapies corporelles, thérapies psychodynamiques...

La recherche se développe, les sociétés scientifiques

(la Société Française d'Alcoologie, l'Association des Intervenants en Toxicomanie) sont très actives et les congrès sont nombreux. Il y a une vie intellectuelle et de recherche très forte dans ce champ, malgré le fait que les unités de recherche sont assez éclatées et dépendent beaucoup de la bonne volonté des uns et des autres.

1 DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire

1 DIU : Diplôme Inter Universitaire

FORMATION AUX PSYCHOTHÉRAPIES

Thérapies cognitives et comportementales

D'après la conférence de Didier ATLANI

3 rue Clotaire, 75005 Paris

Quelques éléments de définition

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont deux types d'approches sous tendues par des modèles théoriques différents avec les mêmes objectifs : l'apprentissage de techniques ou de stratégies adaptatives pour aider le patient à faire face à une situation qui pose problème et la disparition ou le soulagement du symptôme. Ce sont des thérapies axées sur le symptôme.

Les thérapies cognitives

Ces thérapies sont sous tendues par un modèle de traitement dysfonctionnel de l'information. La prise en charge vise à une action sur les pensées (le monologue intérieur), les mécanismes du traitement

de l'information et les schémas cognitifs profonds qui organisent le savoir figé de l'individu à un niveau inconscient et peuvent déterminer des biais dans le traitement de l'information.

Les thérapies comportementales

Elles sont sous tendues par des théories de l'apprentissage issues des principes du conditionnement classique et opérant. Ces thérapies sont organisées autour du principe d'exposition du patient aux stimuli anxiogènes. Ces psychothérapies sont le plus souvent couplées.

Indications

Pathologies

Ces thérapies sont indiquées dans les phobies simples, les phobies sociales, les troubles obsessionnels compulsifs, l'agoraphobie avec ou sans attaque de panique, le trouble panique et l'anxiété généralisée. La dépression d'intensité modérée est aussi une indication.

Motivation des individus : le facteur clé

La compréhension des causes ou des traumatismes déclenchants ne suffit pas, la prise en charge en TCC implique d'exposer le patient à ce qu'il redoute. Le fait qu'un patient ne soit pas motivé, n'accepte pas ou n'ose pas se confronter à ce qui lui fait peur est un facteur limitant. La question de la motivation est un facteur important dans la mesure où il est proposé au patient de réaliser un certain nombre de tâches et d'acquérir des techniques (respiration abdominale par exemple), des habiletés sociales ou de faire des exercices de repérage (comme des pensées automatiques). Cela requiert un travail au cabinet médical en partie mais surtout à l'extérieur.

Raisons du choix

Il s'agit tout d'abord de la nécessité pour un psychiatre d'avoir un outil psychologique pour écouter avec des modèles de compréhension.

Ce type de prise en charge psychologique a de nombreux points communs avec la médecine : nécessité de poser un diagnostic, de proposer un modèle théorique afin de permettre de comprendre le trouble et de choisir des solutions techniques discutées avec le patient. On cherche aussi à évaluer les résultats en fin de thérapie. Ce type de prise en charge n'hésite pas à se remettre en question : certaines techniques très utilisées par le passé peuvent se trouver en pratique délaissées après avoir été reconnues comme peu efficaces.

Il s'agit de thérapies dites "symptomatiques", axées sur le symptôme. Les objectifs sont clairs : soulager le patient de son symptôme et lui permettre de retrouver un "niveau de fonctionnement" antérieur acceptable. Parfois la levée du symptôme est plus difficile, certaines personnes conservant une fragilité ou une sensibilité au trouble tout au long de la vie. La question de la substitution du symptôme par un autre est souvent posée. L'expérience donne à penser qu'il existe au cours de la thérapie un degré d'exigence qui augmente. Ce qui était mis de côté est souvent pointé par les patients. Il y a un parallèle avec la démarche chimiothérapeutique. Que ce soit pour l'hypertension artérielle, le diabète ou l'arthrose, le médecin a une démarche essentiellement symptomatique.

Ces thérapies sont en pleine expansion. Il y a peu de thérapeutes, environ 1000 en France, au regard de la demande.

Il est possible d'intégrer ce type de prise en charge avec d'autres approches (chimiothérapie, analyse, etc.)

La relation thérapeutique est interactive. Il est nécessaire d'avoir une bonne alliance avec le patient. Il faut pouvoir lui donner une explication de son trouble et expliciter si besoin un diagnostic ou le pourquoi des techniques utilisées.

L'objectif dans la prise en charge est de transformer le patient en son "propre thérapeute". Une TCC est réussie lorsque le patient peut réussir à "voler de ses propres ailes" quand bien même des

problèmes supplémentaires surviendraient. Le thérapeute doit pouvoir jouer d'imagination pour proposer des solutions thérapeutiques à des problèmes atypiques.

Cas clinique

Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans qui présente une phobie limitée aux ascenseurs se développant depuis deux ans. Fille unique, elle a un petit ami et ses deux parents sont en vie. Titulaire d'un BTS de tourisme bilingue, elle travaille comme commerciale dans un grand hôtel où elle doit prendre l'ascenseur plusieurs fois par jour.

Dans ses antécédents, on note deux attaques de panique avec des manifestations somatiques essentiellement respiratoires :

- la première dans un ascenseur pour se rendre à son domicile, les secours étant arrivés au bout d'une demi-heure ;
- la seconde sur son lieu de travail quelques mois avant de venir consulter : elle est restée bloquée avec une femme de chambre et un client dans l'ascenseur.

Il en découle un évitement de tous les ascenseurs et en particulier ceux de son travail. Elle se cantonne à négocier les projets dans les bureaux du rez de chaussée.

Elle projette de changer de travail pour aller dans des hôtels qui ne possèdent pas des étages si élevés.

Explication de la genèse et de l'entretien du trouble à la patiente

- Principe du conditionnement classique C'est une explication assez schématique qui a l'avantage de favoriser l'adhésion de la patiente à la prise en charge et surtout de l'aider à comprendre les choix des techniques ultérieures. La notion d'un lien entre l'attaque de panique et le lieu où elle se développe la conduit à éviter de se reconfronter à des situations identiques. Partant de ce constat à comprendre, on évoque alors la nécessité ultérieure de se reconfronter progressivement aux situations phobogènes.

- Explication du lien entre l'hyperventilation et l'induction des attaques de panique

Une technique de respiration abdominale a d'abord été

proposée. Le lien entre l'hyperventilation et le développement des attaques de panique passe par des modifications métaboliques. L'émergence de ces manifestations physiques est perçue chez les grands anxieux comme précurseur de l'attaque de panique.

Objectifs et contrat thérapeutique

Il est essentiel d'avoir des objectifs clairs. Dans la mesure où cette jeune femme est limitée dans ses déplacements, le travail a d'abord visé à lui permettre de se réexposer dans les ascenseurs (exposition à l'ascenseur ouvert et grillagé du cabinet, exposition à son ascenseur d'immeuble, exposition à l'ascenseur du lieu de travail).

Des objectifs sont élaborés par la patiente : ils sont ciblés, réalistes, raisonnables et de difficulté croissante afin de lui permettre de recouvrer un "niveau de fonctionnement" acceptable. On peut l'aider à atteindre ses objectifs par un renforcement positif à chaque franchissement.

Psychothérapie qui utilise plusieurs techniques

Plusieurs techniques appartenant à des registres cognitifs ou comportementaux ont été utilisées.

- Apprentissage de la respiration abdominale

L'objectif est de pouvoir rompre le cercle vicieux qui fait le lien entre hyperventilation et anxiété.

- Techniques des trois et quatre colonnes

Il a d'abord fallu permettre à la patiente de repérer les pensées automatiques à l'aide de la technique des trois ou quatre colonnes : description de la situation, émotions, pensées automatiques (pensées très fugitives situées à un niveau préconscient que les patients repèrent assez facilement lorsqu'on les aide) et pensées alternatives. Il s'agit de la peur de rester bloquée "à jamais" dans cet ascenseur, de ne pas être secourue, de mourir asphyxiée : le but est de faire le lien entre les pensées automatiques et le contenu émotionnel.

Par le biais de questions et d'exercices, on propose au patient de prendre le contre pied de ses pensées automatiques très angoissantes : ceci facilite le développement de pensées alternatives. Cette patiente a pu observer la cabine de l'intérieur, essayer les boutons de sonneries lui permettant

de communiquer, soulever le toit de la cabine, repérer les modes de ventilation, utiliser son portable, se servir du conduit de la cabine comme caisse de résonance etc.

- Confrontation du patient aux situations phobogènes

L'objectif commun de ces techniques est de permettre la confrontation aux situations phobogènes. L'évitement est un moyen rapide et efficace pour faire chuter l'anxiété. Lorsque le patient phobique se confronte longtemps à une situation phobogène, l'anxiété évolue initialement en plateau puis elle chute : elle tend à disparaître au fur et à mesure des répétitions. Cette patiente peut désormais reprendre les ascenseurs et poursuivre son travail.

Formation aux TCC

Il existe deux modes de formation aux TCC :

- Diplôme universitaire d'une durée de deux ans qui existe dans toutes les universités.
- L'association française de TCC (AFTCC) qui propose une formation en trois ans (<http://www.aftcc.org>).

Psychothérapies analytiques et psychanalyse

D'après la conférence de Jean Jacques KRESS
Faculté de Médecine
Département Sciences Humaines
22 avenue Camille Desmoulins, 29280 BREST
jean-jacques-kress@univ-brest.fr

Déjà au début du siècle dernier, quand la psychanalyse a commencé à se répandre, Freud disait qu'il faudrait « tôt ou tard mélanger le plomb de la psychothérapie et de la suggestion à l'or pur de la psychanalyse ». C'est de ça dont il est question, avec les difficultés et les ambiguïtés que cela comporte, parce qu'il existe divers niveaux de complexité du problème. Trois points sont abordés dans cet exposé. Le premier concerne un rappel de quelques notions théoriques, à savoir le minimum vital théorique nécessaire pour comprendre de quoi il s'agit quand on s'adosse à la théorie psychanalytique. Le deuxième point concerne les degrés de proximité de la psychanalyse par rapport à la réalité clinique et le troisième point les méthodes de formation.

Quatre concepts psychanalytiques fondamentaux

Une spécificité de la psychanalyse est que la psychopathologie s'y trouve en continuité avec l'activité psychique normale. Ainsi pour des générations d'étudiants, l'approche psychanalytique a aussi été une promesse de mieux se comprendre soi-même, ce qui n'était pas indifférent aux choix de l'orientation psychanalytique.

Voici quatre concepts psychanalytiques déterminants pour ce mode d'approche.

L'inconscient

L'inconscient est un lieu qui n'a pas de consistance concrète. C'est un lieu métaphorique où règnent des désirs, mais des désirs qui sont noués à l'interdit de ces désirs. L'inconscient est par essence un lieu de conflits, ce qui occasionne d'une part la violence de ses effets et d'autre part l'issue de phénomènes psychopathologiques lorsqu'il n'est pas suffisamment réprimé, contenu, canalisé par les représentations. C'est un lieu où règnent des désirs dont le fondement biologique est la pulsion, ce qui hélas après cent ans de fonctionnement n'a pas encore donné jour, et peut-être ne donnera jamais jour sur ce mode là, à des données biologiques. L'inconscient est donc un lieu conflictuel opposant les désirs et les interdits.

La répétition

C'est ce qui fait parfois notre découragement en regard des entreprises thérapeutiques avec ces patients qui rechutent, qui reproduisent leurs troubles et voient réapparaître les symptômes malgré nos traitements. Cet inconscient éprouve en quelque sorte la nécessité de se répéter. Il ne vit que par la répétition de la répression de ces désirs et des situations dans lesquelles ces désirs se heurtent aux interdits. C'est la répétition qui explique la fixité de notre caractère. Il y a sûrement un fondement neurobiologique à cette répétition. C'est cette tendance à la répétition qui s'exprime dans la ténacité et la durée des phénomènes psychopathologiques.

Le transfert

Le troisième concept peut en quelque sorte se déduire des deux autres : ces désirs comprimés dans l'inconscient qui ne demandent qu'à se répéter, et ils se répètent lorsqu'est offerte la possibilité d'un lien avec un autre humain par le transfert. Le transfert est une répétition de scénario inconscient. Nous voyons en ce point que la théorie, contrairement à ce que disent certains de l'école américaine (L. Luborsky), n'est pas faite d'items séparés les uns des autres mais de notions qui interagissent au sein d'un ensemble fonctionnel. Pour la psychothérapie et la psychanalyse, le transfert est bien sûr une chose essentielle découverte par Freud. La répétition se manifeste dans le cadre de la relation avec le médecin révélant les contenus de l'inconscient, mais cette répétition est largement voilée, ce qui impose un travail et un temps considérable pour l'éclairer. Concrètement, cette répétition transférentielle éclaire les fluctuations, les avatars du lien pendant le processus thérapeutique. Ainsi, au cours d'un traitement se manifestent des épisodes de méfiance, d'agressivité, de séduction qui sont modulés par cette répétition transférentielle.

La culpabilité

Elle prend son origine dans le lien entre pulsion, désir et répression du désir, elle est de nature fondamentalement relationnelle et concerne le rapport à l'autre. La psychanalyse ne cherche pas à atténuer la culpabilité par quelque attitude d'apaisement mais tente d'en éclairer les déterminations qui sont en rapport avec le complexe d'Œdipe. C'est une des dimensions essentielles de l'inconscient à l'origine de beaucoup de manifestations psychopathologiques.

Ces concepts exposés de la sorte présentent quelque fixité. Il faut savoir les animer, les articuler les uns avec les autres en un discours théorique. Il est important, dans la transmission et dans l'apprentissage, d'aborder ce discours théorique à travers l'histoire des idées. Comme il y a une histoire du cognitivisme, du comportementalisme, il y a une histoire de la psychanalyse et de la création et de l'évolution de ses concepts. Une théorie se comprend mieux par son histoire, plutôt que de considérer les outils conceptuels comme des clefs à molette qu'on applique à la réalité singulière de chaque patient.

Rapport à la réalité clinique

Une partie de la psychiatrie s'est inspirée de la psychanalyse et, aujourd'hui encore, presque tous les psychiatres utilisent les concepts psychanalytiques sans pour autant pratiquer la psychanalyse. Voici trois étapes de ce degré de pénétration de la théorie dans la psychiatrie :

La relation type Balint

Balint, psychanalyste anglais, a créé une méthode remarquable d'étude de la relation médecin-malade pratique pour les médecins généralistes. Cette méthode consiste à réunir pendant deux ou trois ans, tous les quinze jours, des médecins qui exposent un cas à tour de rôle. La spécificité de ces rencontres tient au fait qu'elles sont animées par un psychanalyste qui ne se réfère pas de manière explicite à la théorie, mais fait usage du langage courant. Le groupe de médecins qui écoutent le récit du cas tient lieu de révélateur de la réalité inconsciente du cas.

On part du constat suivant : quand une relation thérapeutique est relatée dans un groupe, le groupe organise ses attitudes et ses réactions en fonction des données inconscientes de la relation du rapporteur avec son patient, que le psychanalyste contribue à faire apparaître et à formuler. Il existe des formations psychiatriques où l'on réunit des étudiants qui racontent leur relation avec un malade sur ce mode là. Cela donne des prises en charge de type Balint où la primauté est accordée à la part inconsciente de la relation avec le malade. Ce qui est éprouvé et pensé à propos du patient sert de guide pour comprendre ses attentes et sa problématique non formulées. C'est un modèle qui est porté essentiellement sur l'attention à la rencontre, la prééminence des éléments affectifs et les pensées

sous jacentes à la rencontre. Ces éléments sont d'excellents indicateurs lorsqu'ils sont relayés par un travail en groupe.

Les psychothérapies analytiques

- La psychothérapie analytique médicalisée

Ce modèle appelle quelques réserves, bien qu'il soit utile avec certains patients, mais beaucoup de psychiatres travaillent ainsi avec des résultats probants. Dans ce dispositif, les concepts et le cadre freudien sont utilisés en vue d'une opération, d'une action, et à l'extrême d'un modelage, sur la psyché. Par exemple, on pousse le patient à rechercher de préférence des souvenirs douloureux, difficiles à dire. Sur le modèle de la "psychanalyse hitchcockienne", plus le malade va se tortiller pour dire ce qu'il a à dire, plus cela va être efficace pour lui. D'autre part, on encourage au transfert et à la relation positive avec le thérapeute, en favorisant au maximum la verbalisation en donnant des indications positives au patient. Quand il a parlé de choses estimées importantes, on lui dit : "Eh bien, je crois qu'il y a des choses vraiment importantes qui sont sorties aujourd'hui". L'accent est ainsi porté sur les progrès du dire et des conduites. Ce n'est pas en soi répréhensible, mais l'intention d'action inhérente au projet médical détourne de l'attention à ce qui émane de l'inconscient. La qualité enveloppante de l'écoute est aussi mise en œuvre. On écoute le patient avec ce qu'on pourrait appeler "la grande oreille enveloppante" dans une attitude de soutien pensée avec les termes de la psychanalyse. Lorsque la culpabilité apparaît, on essaye de montrer au patient qu'il n'y a pas lieu pour lui de se culpabiliser à ce point, alors qu'en psychanalyse stricto sensu il n'est pas question de lever d'autorité la culpabilité. Au contraire, la culpabilité est jugée par la psychanalyse comme étant l'indice du lien à l'autre, son maintien est précieux. De même avec l'angoisse, qu'on essaie de soulager par des attitudes de rassurement. Il s'agit d'une opération du discours sur le discours et sur les affects menée sur le mode médical. Cette méthode aide certains patients et l'appareillage psychanalytique est utile dans ces cas, mais ce n'est pas l'essence même de la psychanalyse.

La psychothérapie analytique au sens strict

Les mots échangés entre le patient et le thérapeute ne sont plus des dispositifs censés désigner une réalité émotionnelle sous-jacente sur laquelle on essaye d'agir. C'est dans le discours spontané du patient que s'opère le travail. C'est à l'intérieur même du langage que se développe le processus. Le langage n'est plus un système d'étiquettes servant à désigner un réel psychique qui serait derrière lui. Dans la psychothérapie analytique, menée de manière non modelante, non opératoire, se produit un processus d'identification, un processus donneur d'identité. Au fur et à mesure de l'avancée de ce travail qui dure en général à peu près une année, une fois par semaine, en face à face, le patient aboutit à ce que les vécus désordonnés et non représentables, liés à ses processus psychiques, s'identifient en une histoire cohérente. Il a éventuellement refait le parcours de son enfance et un processus de nomination, de cohésion, d'intelligibilité, et de supplément de sens advient grâce à ce travail. Mais ce n'est pas un travail que le thérapeute a modelé, c'est un travail que le patient a mené de lui-même, appuyé bien entendu sur le thérapeute.

La psychanalyse "pure"

Dans la psychanalyse pure, ce processus se poursuit jusqu'à ce que la structure psychique du patient elle-même se modifie.

Du point de vue du cadre, la psychothérapie se fait en face à face, avec cette limite que le regard implique, à raison d'une ou deux fois par semaine, pas plus, pendant une année. Lors d'une psychanalyse, on est couché, on ne voit pas le thérapeute et les séances ont lieu deux fois par semaine ou plus, pendant plusieurs années. Du temps de Freud c'était six fois par semaine : il parlait de la "carapace du lundi"...

Méthodes de formation

Consultations commentées

L'interne assiste à une consultation avec un psychanalyste. La relation que ce dernier a eue avec le patient est ensuite commentée en termes psychanalytiques.

Présentation de cas

L'interne présente en groupe un cas qu'il a vu dans le service. Le groupe contribue à faire apparaître les éléments relationnels implicites sous la conduite d'un senior, à la manière des groupes Balint.

Suivi psychiatrique

Il s'agit d'un suivi psychiatrique développé dans le temps dont l'interne rend compte dans un groupe de même nature.

Groupes de formation à la psychothérapie analytique

Ces groupes de formation à la psychothérapie analytique se dédoublent en groupes de pratique clinique et de lectures théoriques : l'un ne va pas sans l'autre. Il n'est pas possible de prendre en charge une psychothérapie en l'appelant analytique sans avoir abordé les lectures théoriques et avoir situé les concepts, leur interdépendance, leur histoire et la théorie du fonctionnement psychique qu'ils éclairent. Les échanges et les commentaires en groupe, la synthèse d'un enseignant sont indispensables.

Question éthique : l'information des patients est à l'ordre du jour. Comment informer un patient de la nature de la référence théorique d'une psychothérapie ? Comment s'effectue le consentement ?

Comment peut-on "consentir" à un processus dont la part inconsciente est primordiale ? Toutes ces questions sont à élaborer par les nouvelles générations.

Qu'est-ce que cette attitude psychanalytique apporte à la psychiatrie ?

On est enfin délivré de la tendance à l'agir, sauf évidemment quand il faut éviter que quelqu'un se flingue en sortant de la consultation... Mais pour une personne qui n'a pas l'urgence du danger devant elle, il s'agit de suspendre la tension à l'agir et supporter qu'un patient puisse quitter le bureau sans prescription, et sans avoir eu une explication définitive. Cela s'apprend.

Deuxièmement, il s'agit de l'accueil de votre subjectivité propre dans le cadre de l'activité professionnelle, comme faisant partie du travail lui-même. Que s'est-il passé en vous pendant tel entretien ? Quels affects et quelles pensées ce patient a-t-il déclenché en vous et que signifie pour vous ce qui lui arrive ?

Et puis troisièmement, cela peut être une étape. Cette psychanalyse appliquée à la psychiatrie peut être une étape à la formation en vue d'être psychanalyste et du même coup modifier votre propre subjectivité et votre rapport à la pratique de la psychiatrie.

Références bibliographiques

- La formation des psychothérapeutes, ouverture d'un débat.

Psy. Fr., n° spécial, 2002, p 64-68

- Psychanalyse et psychiatrie, divers modes de proximités.

Act. Méd. Int- Psychiatrie (16), n° 6, juin 1999

Fonctions de la théorie dans la formation des psychiatres à la psychothérapie analytique.

Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. 100e anniversaire de l'Association.

Tome IV, comptes-rendus LXXXVIIème session, Montréal, 3-8 juillet 1989. Masson

- Discussion du rapport du Professeur L. Luborsky. Signification et importance de la théorie, de la technique et de la pratique.

XIVe congrès International de la Psychothérapie Médicale Lausanne, 9-15 octobre 1988. Psychologie Médicale, 1989 21, 10 : 1512-14

Thérapies familiales systémiques

D'après la conférence de Céline GOLDBERGER

SHU, Service des Prs Léo et Olié

Centre Hospitalier Ste-Anne

7 rue Cabanis, 75014 Paris

goldberger@chsa.broca.inserm.fr

Quelques éléments pour définir les thérapies familiales systémiques

Il existe les thérapies familiales psychanalytiques et les thérapies familiales systémiques. Cette dernière forme de psychothérapie est née dans les années 1960-1970 en Californie à

l'école de Palo Alto, sur l'initiative de psychiatres, sociologues, ethnologues, mathématiciens, physiciens, la base de réflexion s'étant fondée sur la théorie des ensembles.

L'idée de départ est de considérer le patient comme intégré dans un système comprenant sa famille et ses proches. Le patient, pris dans un ensemble, est alors désigné par le système. Lorsqu'une pathologie émerge, on peut penser que la relation entre les membres du système est pathologique et qu'elle entraîne une "fonction" particulière pour le patient désigné. L'idée est celle de la circularité. Il s'agit de sortir de la vision causaliste linéaire médicale standard qui implique la séquence suivante : "une cause - une maladie - un traitement - une guérison". La circularité permet un autre modèle : un système où A interagit avec B, ce qui entraîne un comportement chez B, lequel interagit de nouveau avec A.

Il est important de considérer que nous sommes en permanence en communication, même sur un mode non verbal. Il existe une communication constante au sein d'un système qu'il est nécessaire d'appréhender dans la pratique psychiatrique.

Les thérapeutes familiaux vont observer ce système dont le patient détermine les limites. Qui est concerné ? Le patient, ses deux parents, mais aussi ses frères et sœurs, ses grands-parents et parfois même ses amis.

Il s'agit d'identifier les fonctions de chacun au sein du système afin de repérer d'éventuelles anomalies ou "nœuds à dénouer" et d'améliorer la communication, la fluidité du système. La thérapie familiale permet de redonner une certaine dynamique au système et une meilleure capacité d'adaptation. La pathologie entraîne une "rigidification" de celui-ci et le fait de répondre à chaque événement de façon stéréotypée ou rigide aggrave probablement les situations.

Ces notions s'intègrent dans une perspective trans-générationnelle redonnant de l'importance du mythe familial, à l'histoire qui se transmet de génération en génération. Il n'est jamais question de nier la pathologie et les traitements, mais le fait de replacer le patient dans son environnement familial est un apport essentiel à la prise en charge.

Le cadre thérapeutique

Le cadre des thérapies systémiques est le suivant : la famille est reçue par un ou deux thérapeutes ; pendant la séance, une supervision est réalisée par d'autres thérapeutes derrière une glace sans tain, la famille étant au courant de ce dispositif et pouvant les rencontrer si elle le souhaite. Les séances sont souvent enregistrées en vidéo ce qui permet de reprendre ce qui a pu se passer en terme de dynamique familiale aux cours des entretiens.

Ce cadre permet de maintenir un certain recul nécessaire pour ne pas se laisser "envahir" par le système. En effet, le thérapeute occupe très vite un rôle et une fonction dans le système dysfonctionnel qu'il va littéralement "intégrer". L'équipe de supervision extérieure, qui peut intervenir durant la séance, aide le thérapeute en donnant des indications thérapeutiques, en participant au débriefing des situations vécues etc...

Les formations

Les formations durent en général quatre ans. Il existe deux grands centres de formation à Paris : l'APRTF (Association Parisienne de Recherche et de Travail avec les Familles, 8 rue Edouard Lockroy, 75011 Paris) et le Centre Monceau (www.centre-monceau.com) qui fonctionnent sur le même modèle. Il y a tout d'abord deux ans de formation avec un apprentissage théorique et clinique (jeux de rôles, mises en situation). Ensuite il y a une année dite de "résonance" qui consiste à travailler sur sa propre famille afin d'identifier ce qui peut résonner en séance du fait de l'histoire familiale de chacun.

La dernière année est une année de supervision de séances de thérapies familiales.

FORMATION À LA RECHERCHE

Formation à la recherche

D'après la conférence de

Jean-Marie DANION
Unité INSERM, "Mémoire et Schizophrénie"
67000 Strasbourg
jean-marie.danion@chru-strasbourg.fr
Sylvie VIAUX
37000 Tours
viauxsylvie@9online.fr
Delphine MONTAGNIER
Hôpital Charles Perrens
121 rue de la Béchade, 33000 Bordeaux
dmontagnier@free.fr

Introduction

La recherche est une dimension importante et nécessaire de notre discipline et de notre pratique. Actuellement, se déroule une réflexion générale sur la formation à la recherche et l'avenir de celle-ci. De manière indépendante, se mettent en place des réformes des études de médecine, de l'internat et du système LMD1. Il est donc difficile d'être précis à propos de ce domaine mouvant, mais on peut présenter ce qui existe déjà, illustré par deux expériences individuelles.

Généralités

Tout d'abord le clinicien n'est pas le chercheur et le chercheur n'est pas le clinicien. Même si parfois, on est amené à faire les deux. On se forme à la clinique et on se forme à la recherche et ces formations, si elles peuvent interagir, ne sont pas identiques. Lorsqu'on est clinicien, on n'est pas ipso facto chercheur et réciproquement. Il existe une réelle spécificité de la formation à la recherche. Pour les futurs cliniciens, il est extrêmement intéressant d'avoir une expérience de recherche et de se former d'une certaine façon à celle-ci, par exemple, en faisant dans le cadre du cursus, une thèse ou un mémoire de DEA2. Classiquement, cela permet au clinicien d'être plus rigoureux, plus méthodologique, plus critique par rapport à la formation qui lui est apportée, mais cela permet également d'acquérir un degré de liberté par rapport au "savoir" que l'université dispense. Le savoir, tant qu'on n'a pas fait de la recherche, c'est un peu comme une vérité révélée, de "droit divin", qu'on ne remet pas forcément en question. Se frotter à la recherche, c'est se rendre compte que ce savoir est éminemment relatif. Il représente ce qu'on sait à un moment donné, le produit de la réflexion humaine, donc perfectible, et ne demande qu'à être amélioré. Cet assouplissement de la relation au savoir est très profitable pour les cliniciens. Dans un autre domaine, la psychanalyse introduit aussi, d'une certaine façon, une relation nouvelle au savoir. Ainsi la formation à la recherche n'est pas uniquement un gain de rigueur, de méthode ou de critique : elle modifie la relation qu'on peut avoir avec le patient.

"Se former à la recherche", c'est aussi rencontrer un chercheur et à son contact, se former. Bien sûr, il y a l'enseignement théorique, mais il y a surtout un stage pratique au cours de duquel la relation au chercheur est essentielle. Cette relation prend la forme d'une relation de compagnonnage.

Les différentes étapes de la formation sont évolutives compte tenu des réformes en cours. Actuellement, la formation à la recherche peut passer par une thèse de médecine ou un mémoire de DES : la seule exigence pour cela est d'être encadré par un chercheur reconnu. Pour ce qui est du véritable cursus qui conduit au métier de chercheur ou/et au statut de bi appartenant enseignant-chercheur : la première étape décisive est l'obtention d'une thèse de sciences, précédée d'un certain nombre d'étapes et suivie d'un certain nombre d'autres, mais c'est elle qui est essentielle. Pour faire une thèse de sciences, il faut débiter par une maîtrise de sciences biologiques et médicales. La maîtrise permet de s'inscrire à un DEA, qui est l'équivalent de la première année de la thèse. Cette année comporte une partie théorique et un stage dans un laboratoire habilité. Ce stage dure habituellement 6 mois : c'est là qu'est réalisé le travail de recherche de la conception à la publication. On demande à l'étudiant de mettre à plat la littérature sur le sujet qui lui est confié, en lien avec la personne qui l'encadre, de rédiger un protocole, et si c'est une recherche clinique de passer par la rédaction d'un protocole pour le comité de protection des personnes. L'étudiant doit ensuite réaliser le protocole, colliger les résultats, les analyser, en faire une synthèse et rédiger un mémoire

ayant la forme d'une publication. Ce stage permet de s'approprier un sujet et d'éprouver son désir de faire de la recherche.

Les différents DEA : il y en a une multitude et ils varient d'une ville à l'autre. Dans le domaine de la psychiatrie, on conseille un DEA ayant une connexion directe avec les pathologies psychiatriques, i.e. les DEA de neurosciences, de psychologie, de neuropsychologie, de psychologie cognitive, ou plus fondamentaux de biologie moléculaire, de génétique, d'épidémiologie, voire de philosophie ou d'épistémologie des sciences. On choisit le DEA en fonction de son thème, mais aussi en fonction des laboratoires habilités dans le cadre de ce DEA. N'importe quelle équipe clinique ne peut pas recevoir un étudiant dans le cadre d'un DEA : il faut que le laboratoire d'accueil soit terrain de stage officiel. L'année de DEA est sanctionnée par un examen, qui, dans certaines villes est aussi un concours, pour l'obtention d'une bourse de thèse.

La thèse de sciences

Elle s'effectue habituellement en trois ans, parfois plus. Plusieurs cas de figures sont possibles : partager son temps entre activité clinique et recherche, ou se consacrer entièrement à sa thèse en abandonnant la clinique pendant trois ans. Cela suppose d'être rémunéré par ailleurs : différents types de bourses existent telles les bourses liées au classement du concours de fin de DEA, du ministère, de la FRM1, de l'industrie du médicament etc. On peut aussi s'adresser à l'INSERM2 qui attribue des bourses à des internes en médecine et en pharmacie.

La thèse obtenue, l'idéal est d'effectuer un séjour post-doctoral, le plus souvent à l'étranger généralement anglophone : Angleterre, Etats-Unis, Canada... Il est essentiel à ce stade de la formation d'aller voir ailleurs, d'autres façons de travailler, d'acquérir d'autres expertises, de rencontrer d'autres personnes, de tisser un réseau de relations et de se familiariser avec la langue anglaise. De retour en France, deux grandes carrières se présentent : soit bi appartenant, soit statutaire dans un des grands organismes de recherche INSERM ou CNRS3. Ces carrières sont extrêmement difficiles car il y a peu de recrutements. Cependant, les médecins sont dans une position privilégiée pour entrer à l'INSERM : il y a 20 ans, 30% des chercheurs à l'INSERM étaient médecins, aujourd'hui ils ne sont que 5%!

Il est évident que la double formation psychiatre-chercheur s'adresse à un petit nombre de personnes. Celle-ci est essentielle, car la recherche en psychiatrie se fait de manière pluridisciplinaire et la seule expertise psychiatrique ne permet pas de faire une recherche véritablement innovante. Parmi les psychiatres en formation, en 2000 : 20% étaient en DEA, et 3% poussaient jusqu'à la thèse de sciences. Ces chiffres seraient encore plus bas actuellement.

Pour ce qui est des réformes des LMD, il ne faut pas hésiter à contacter les différents responsables de recherche. Les internes actuels sont concernés par les mesures transitoires, pas vraiment définies, mais qui permettront des équivalences. Les masters se mettent en place selon les 3 vagues A, B et C dans des contrats quadriennaux. Dans certaines villes, la réforme est déjà en place ou en train de se mettre en place, soit à la rentrée 2004, soit en 2005. De même, les cursus ne sont pas tous sur le même modèle et peuvent être variables d'une faculté à l'autre.

Situations pratiques, par Sylvie VIAUX et Delphine MONTAGNIER, Internes Pourquoi faire un DEA ?

D'abord pour la formation théorique et compléter la formation du DES de psychiatrie. En effet, en stage, on est toujours dans l'action, on manque de recul, de temps par rapport à des situations qu'on souhaiterait approfondir. Il est important de prendre ce temps.

Nous avons beaucoup de choix d'orientations intéressantes, or on ne peut pas tout faire : à un moment donné il faut choisir. Ce choix a des conséquences importantes sur notre pratique à venir, il ne peut donc pas se faire à la légère.

Choisir de faire de la recherche pour garder un regard critique sur les études qui nous sont présentées par les laboratoires, les revues..., pour la liberté par rapport au savoir et à l'enseignement qui nous sont dispensés à un temps "t" pendant l'internat et l'externat comme une vérité. Certains enseignants

nous disaient au cours de l'externat que 25% de ce que nous apprenions au cours de nos études serait obsolète plus tard.

Le parcours du combattant pour monter le projet de DEA

Delphine Montagnier, qui s'intéresse à la gériatrie-psycho-geriatrie, a fait un stage hors filière en gériatrie et a rencontré des personnes qui s'intéressaient à ce domaine. Ils l'ont orientée à Bordeaux vers une équipe d'épidémiologie qui travaille sur le vieillissement cérébral. Son projet sur la pharmacoépidémiologie des antidépresseurs et de la dépression chez la personne âgée s'est mis en place. Le sujet a été créé en équipe et formulé sur le mode d'un projet de DEA. C'était une opportunité pour approfondir un sujet qui lui plaisait et ne faire pratiquement que cela pendant un an.

On peut aussi partir de l'idée de faire un DEA et construire le projet, comme pour Sylvie Viaux. Il faut s'y prendre au moins 6 mois à l'avance et commencer à y réfléchir 1 an avant. Le temps de rencontrer les personnes avec qui on va faire le DEA, de monter le projet, de choisir le lieu de stage... Son domaine d'intérêt : l'ethnopsychiatrie. A partir de là, elle a rencontré plusieurs responsables de laboratoires avant de se fixer sur un laboratoire à Tours, axé sur l'autisme et rattaché au DEA des Professeurs Allilaire et Jouvent à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris. Il a fallu ensuite monter le projet de DEA avec l'équipe du laboratoire. Il faut être vigilant sur le fait que si la recherche nécessite l'accord du comité d'éthique, la préparation peut être allongée de plusieurs mois.

Le financement

Il y a "l'année recherche" pour ceux qui y ont droit. Pour les différentes demandes de bourse, le laboratoire d'accueil en DEA aide à faire les démarches, qu'il faut débiter dans les 6 mois qui précèdent, surtout pour les bourses d'état et des fondations. Les bourses des laboratoires privés peuvent être sollicitées plus tard si besoin.

Il y a aussi la possibilité de prendre un poste de faisant fonction d'interne, en périphérie généralement, car on n'a pas le droit de travailler en CHU pendant la période de disponibilité.

Enfin, il y a les remplacements et les gardes... Cela permet de garder un pied dans la clinique et d'apprendre d'autres pratiques.

Le DEA en lui-même

La formation théorique

La formation théorique se compose d'un ensemble de cours sanctionnés par des examens. Si l'on entend dire parfois que c'est très scolaire, il faut souligner que les cours sont souvent en petits groupes donc interactifs. C'est une expérience intéressante. Cela amène à se retrouver "de l'autre côté de la matrice" : il y a une excitation intense à apprendre des choses nouvelles et à se dire qu'on va au bout d'un projet sur un thème choisi.

Le stage de recherche

La recherche peut se moduler au fur et à mesure. Le stage permet d'acquérir une rigueur, de monter son recueil de données et d'aborder la difficulté du passage de la position de clinicien à celle de chercheur. Quant aux statistiques ; il faut s'y intéresser, même si souvent le laboratoire dispose d'un statisticien pour les faire... S'en occuper soi-même permet de comprendre les manipulations des données et facilite ensuite l'interprétation et la discussion des résultats.

1 LMD : Licence Master Doctorat

2 DES : Diplôme d'Études Spécialisées

1 FRM : Fondation pour la Recherche Médicale. www.frm.org

2 INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. www.inserm.fr

3 CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique. www.cnrs.fr

Achevé d'imprimer en France
Réalisation www.quatrebis.fr

Association Pierre DENIKER
Hôpital Sainte-Anne
1, rue Cabanis
75014 PARIS
e-mail: associationpierredeniker@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