

5e JOURNÉE DE L'INTERNE

11 et 12 mars 2005

Hôpital SAINTE-ANNE (Paris)

Association Pierre DENIKER
&
AFFEP
Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie

© LS Photo

La synthèse des interventions a été réalisée par

Stéphanie COLIN
Interne DES

Fanny GOLLIER-BRIANT
Interne, DES

Noémie LAMARSALLE
Interne, DES

Matthieu ROMANOS
Interne, DES

Ouvrage coordonné par :

Cécile HANON
Psychiatre, Praticien Hospitalier
Antony (92)

SOMMAIRE

Vendredi 11 mars 2005

Éditorial	JP. OLIE (Paris)	p. 2
Présentation de l'AFFEP	F. GOLLIER-BRIANT (Paris)	p. 3
La maquette du DES en psychiatrie	JL. VENISSE (Nantes)	p. 5
La formation à la recherche		
Les instituts de recherche publique en France	J. EPELBAUM (Paris)	p. 9
Le cursus doctoral	MF. POIRIER (Paris)	p. 11
Recherche et psychiatrie - Un exemple de parcours	D. GOURION (Paris)	p. 13
	D. JANUEL (Paris)	p. 15
EFPT- European Federation of Psychiatric Trainees	D. ERASLAN (Izmir)	p. 17
La formation initiale et continue en psychiatrie au Royaume-Uni	G. GOODWIN (Oxford)	p. 19

Les DESC existants ou possibles			
Psychiatrie de l'âgé	V. CAMUS (Tours)	p. 23	
Formation et DESC de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	A. DANION (Strasbourg)		p. 25
Psychiatrie de l'urgence	MJ. GUEDJ (Paris)	p. 27	
Psychiatrie à l'hôpital général	S. MOUCHABAC (Paris)		p. 29
Les psychothérapies			
Psychothérapies : Psychanalyse	P. LEVY SOUSSAN (Paris)		p. 33
Thérapies comportementales et cognitives	N. GIRAULT (Paris)		p. 37
Thérapie systémique	M. ROBIN (Plaisir)	p. 39	
La réhabilitation psychosociale	R. GOUREVITCH (Paris)		p. 41

SOMMAIRE

Samedi 12 mars 2005

La carrière hospitalière	P. FARAGGI (Cadillac)		p. 43
La pratique libérale	JP. MIALET (Paris)		p. 47
La pratique expertale	D. ZAGURY (Paris)		p. 49
La Fédération Française de Psychiatrie	F. PETITJEAN (Paris)		p. 51
Débat sur le bon usage des psychotropes			
Médicaments psychotropes	C. HAXAIRE (Brest)		p. 55
ou remèdes pour calmer les nerfs ?			
Les antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent	O. BONNOT (Paris)		p. 57
Du bon usage des psychotropes	C. PERETTI (Paris)		p. 59
Débat sur les psychothérapies			
Introduction	JF. ALLILAIRE (Paris)		p. 63
Évaluation des psychothérapies psychanalytiques	JM. THURIN (Paris)		p. 65
Expertise collective INSERM :	O. CANCEIL (Paris)		p. 67
évaluation des psychothérapies			

Éditorial

L'avenir de notre discipline est probablement plus incertain que celui d'autres spécialités médicales : en raison de sa position entre sciences fondamentales et sciences humaines, de son caractère à la fois central et marginal pour la médecine contemporaine réputée de plus en plus dépendante de technologies sophistiquées.

La neuro-imagerie, la génétique, les sciences cognitives, la pharmacologie conduiront-ils la psychiatrie dans une voie identique ou au contraire celle-ci saura-t-elle rester la discipline médicale à l'écoute du malade dans son identité et son environnement ?

C'est une grande chance pour l'Association Pierre DENIKER de pouvoir organiser une journée en partenariat avec l'AFFEP pour évoquer divers aspects modernes de la psychiatrie décisifs pour l'avenir : la formation des futurs psychiatres, la recherche, les spécificités telles que les différentes formes de psychothérapie, ou la place des chimiothérapies chez l'adulte ou l'enfant souffrant de troubles mentaux.

Nous tenons une nouvelle fois à remercier le Docteur Jacques SERVIER qui, à titre amical, a toujours soutenu l'Association Pierre DENIKER dont les ambitions sont de promouvoir la formation, la recherche et les soins en psychiatrie. Nous remercions aussi toutes celles et tous ceux qui oeuvrent pour ces journées de l'interne : Denise MAGGI, Sylvie TROTOT, Catherine AMADIEU, Cécile HANON et le bureau de l'AFFEP.

Pierre DENIKER (1917-1998) a exercé sa carrière à l'hôpital Sainte-Anne à Paris. C'est ici qu'avec Jean DELAY et leurs collaborateurs ils ont montré l'efficacité de la Chlorpromazine sur les symptômes psychotiques, qu'ils ont enseigné la psychiatrie à des générations de médecins et se sont intéressés à des aspects aussi divers que l'hystérie, les familles de schizophrènes, la dépression, les démences, les personnalités pathologiques.

Pierre DENIKER aimait à répéter : le malade est le meilleur enseignant du psychiatre.

Puissions nous retenir cet aphorisme pour mieux être à l'écoute de nos patients parce que tout à la fois libres de tout présumé théorique et capables de réfléchir ensemble sur les progrès nécessaires et les voies les plus accessibles pour y parvenir.

Jean-Pierre OLIE

Présentation de l'AFFEP **Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie**

Fanny GOLLIER-BRIANT
Présidente de l'AFFEP
17 rue du Fer à Moulin, 75005 Paris
info@affep.net

L'AFFEP a été créée en 1998 pour pouvoir participer au forum européen des internes en psychiatrie. C'est avant tout un lieu d'échanges et d'informations entre internes. Loin des guerres de chapelles que se livrent encore trop souvent les psychiatres entre eux, elle propose aux internes des informations sur tous les courants. L'AFFEP représente également les internes en psychiatrie auprès des tutelles et participe aux groupes de travail de la Fédération Française en Psychiatrie.

Les échanges

u Au niveau national

La formation en France, tant théorique que pratique étant très disparate, il est important qu'il existe un lieu où chacun puisse comparer ses pratiques et son idée de l'exercice de la psychiatrie. L'AFFEP essaie plusieurs fois par an de réunir lors d'assemblées générales nationales ses référents régionaux. Chaque ville a un interne qui représente l'AFFEP. Un groupe de diffusion permet également une communication rapide entre tous les membres.

u Au niveau européen

L'AFFEP a deux représentants à l'EFPT1, l'association européenne des internes. Ils participent tous les ans au forum européen des internes en psychiatrie. En 2006, le congrès aura lieu à Riga en Lettonie. C'est l'occasion d'échanges extrêmement riches et de travaux sur la formation des internes à travers l'Europe.

Les informations et le site Internet

Toutes les informations sont diffusées sur le nouveau site de l'AFFEP : www.affep.net
Ce site est le pivot central de la communication de l'AFFEP. Inscrivez-vous, vous pourrez ainsi recevoir régulièrement notre newsletter et cela nous permettra de pouvoir rentrer en contact avec vous si besoin. Il comprend de plus le seul forum national destiné aux internes en psychiatrie.

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

- u description de l'internat ville par ville pour guider les D4 classés en rang utile pour la psychiatrie,
- u description du cursus, avec les DESC2,
- u explication des démarches à effectuer pour les stages à l'étranger, les stages interCHU...
- u listes des DU3 et des masters disponibles,
- u petites annonces.

L'AFFEP vous communique également les dates et les programmes de la plupart des congrès régionaux et nationaux, négociant avec les organisateurs de certains d'entre eux pour obtenir la gratuité de l'entrée pour les internes.

Les journées de l'interne

Elles sont coorganisées avec l'Association Pierre Deniker. Elles permettent, depuis cinq ans, la rencontre annuelle d'internes en psychiatrie de toute la France. C'est un lieu d'échanges, de surprise et de débats autour de la formation. Nous remercions chaleureusement l'Association Pierre Deniker et le Pr Olié, qui nous reçoit dans son service, pour ce partenariat constructif et riche.

Vers une amélioration de la formation ?

L'AFFEP espère y contribuer, à son niveau. Pour ce faire, elle est présente sur 2 fronts.

u La représentativité auprès des tutelles
L'AFFEP n'est pas un syndicat. Elle travaille cependant en partenariat étroit avec l'ISNIH4.
Pour exemple, nous sommes depuis quatre ans en pourparlers avec le ministère au sujet de la maquette du DES. Les internes sont opposés à l'obligation des stages hors filières (et non pas à leur possibilité, qui est précieuse et nécessaire pour certains parcours spécifiques). Avec le plan de santé mentale, les choses ont pu s'accélérer et nous avons rencontré trois fois cette année les représentants du ministère. De façon conjointe, les représentants des universitaires et des internes ont travaillé ensemble sur un projet de maquette plus adapté aux besoins des internes pour une formation de qualité. Le ministère de la Santé est favorable à ce projet.

u La participation aux groupes de travail de la Fédération Française de Psychiatrie
Certains de ces groupes de travail préparent de futures conférences de consensus, d'autres sont des groupes de réflexion sur un sujet important dans l'évolution actuelle des pratiques en psychiatrie. L'un de ces groupes, au sein duquel l'AFFEP participe, concerne la formation en psychiatrie. Pour l'instant, les membres de ce groupe ne se sont pas rencontrés et il a été demandé à l'AFFEP de proposer, seule, un projet de "maquette idéale". Nous avons rendu notre copie fin juin 2005... Nous attendons avec impatience la réunion de ce groupe de travail pour pouvoir en débattre.

L'AFFEP a déjà 7 ans. Nous poursuivons nos efforts pour mieux vous informer. Ecrivez-nous à info@affep.net pour des remarques et des suggestions... ou tout simplement pour vous joindre à nous. Nous comptons sur vous.

- (1) EFPT : European Federation of Psychiatric Trainees
- (2) DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire
- (3) DU : Diplôme Universitaire
- (4) ISNIH : Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux

La maquette du DES en psychiatrie

D'après la conférence de Jean-Luc VENISSE
CHU Saint-Jacques, 85 rue St Jacques, BP 1005
44035 Nantes Cedex 01
jean-luc.venisse@chu-nantes.fr

Introduction

C'est à la fois un sujet simple et compliqué parce que très évolutif en ce moment. Les internes comme les universitaires sont très mobilisés.
La maquette du DES1 définit la durée de formation, le programme des enseignements et les stages de formation pratique. Elle été l'objet de controverses depuis le 10 septembre 2001, date à laquelle l'arrêté de mars 1992 a été modifié avec l'obligation d'une année hors filière, c'est-à-dire hors psychiatrie. En dehors de cette année hors filière, cette maquette comporte 2 années en psychiatrie adulte et 1 année en pédopsychiatrie.

Critères d'agrément des terrains de stages

Ces critères garantissent une formation de qualité. Ils ont été élaborés conjointement par le CNUP2 et l'AFPEP3. En pratique, ils ne sont pas appliqués partout. Ainsi, dans les différentes régions, les enjeux qui président à l'ouverture des postes dans les hôpitaux sont souvent apparus plus politiques, voire économiques, que soucieux des questions de formation.
Il faut noter que les internes sont invités dans la démarche d'agrément des services à réaliser de leur côté une évaluation précise du caractère formateur des postes qu'ils occupent. Ils ont donc une responsabilité et un impact dans l'évolution des choses.

Rôle des coordonnateurs

L'arrêté du 22 septembre 2004 précise et renforce les attributions des coordonnateurs inter régionaux, qui sont désignés pour 3 ans, renouvelable 1 fois consécutivement. Il renforce également les attributions de la commission inter régionale de coordination et d'évaluation du DES qui doit se réunir au moins une fois par an et qui valide à la fois les enseignements et les cursus.

Stage inter-CHU

La maquette comprend la possibilité d'effectuer un stage inter CHU de 6 mois voire d'un an. C'est une possibilité particulièrement précieuse. Elle est un peu sous utilisée mais ce n'est pas du fait des internes : les possibilités d'obtenir des stages inter CHU sont trop réduites.

Année recherche

C'est une année supplémentaire couplée à l'obtention d'un DEA4. Elle n'est pas accessible à tous les internes. Seuls les mieux classés à l'internat (actuellement l'ENC5) peuvent en bénéficier.

Nombre de stages en CHU

Actuellement, un stage de 6 mois est obligatoire en CHU sur un total de 8 stages. C'est une situation unique au sein de l'ensemble des disciplines médicales ; habituellement ce sont 3 années qui sont effectuées en CHU et 1 année en CHR.

La place de la psychiatrie non universitaire dans notre pays est très importante et absolument pas contestée par les universitaires, qui entretiennent des relations plutôt bonnes avec leurs collègues psychiatres de secteur, notamment au sein de la Fédération Française de Psychiatrie.

Pour autant, la répartition actuelle des semestres entre les services universitaires et les services non universitaires pose un problème. Le souhait des universitaires est que l'on arrive à une répartition plus équilibrée entre les 2 types de stages, de façon à ce que l'ensemble des universitaires d'une UFR6 puisse voir passer dans leur service la totalité des internes de leur subdivision. Ceci contribuerait à une évaluation in situ, laquelle fait effectivement partie des missions des universitaires.

Les internes ont été longtemps opposés à toute mesure allant dans ce sens. Une rencontre a eu lieu en mars 2004 entre les représentants des internes, le Pr Charles Aussilloux (président du CNUP en 2004) et le Dr Daniel Sechter (président du SUP7 en 2004), laquelle a permis un rapprochement des points de vue. C'est une question importante qui demeure en discussion.

Formation théorique

Les enseignements doivent correspondre à environ 250 heures sur les 4 années. Ils doivent apporter à la fois des données générales et spécifiques, couvrir les différents courants théorico cliniques et thérapeutiques de la discipline. Ces enseignements doivent intégrer la notion d'étiopathogénie plurifactorielle des troubles (modèle bio psycho social) ainsi que l'intérêt d'approches thérapeutiques multimodales, biologiques, médicamenteuses, sociales et psychothérapeutiques. A ce dernier niveau, il convient de faire une place au minimum aux 3 grandes références que sont l'approche psychanalytique, l'approche cognitivo-comportementale et l'approche systémique.

Il existe des variations plus ou moins importantes dans les inter-régions. On peut penser que ces différences s'estomperont avec l'instauration d'une commission nationale réunissant les coordonnateurs interrégionaux d'une même discipline pour harmoniser les enseignements. La place des regroupements interrégionaux va s'en trouver renforcée. Ces regroupements permettront à l'ensemble des internes de l'inter région d'avoir une vision de la discipline dans sa diversité à travers l'ensemble des universitaires qui s'y trouvent. Dans l'inter région ouest, ces regroupements sont annuels depuis plus de 15 ans. C'est un temps de 3 journées de rencontre de l'ensemble des internes et des universitaires, très apprécié de tous.

Pourquoi cette nouvelle maquette n'est-elle pas appliquée ?

Parce qu'à la fois les internes et les universitaires se sont d'emblée opposés à cette maquette et ont convenu avec le ministère de l'Education et ses conseillers d'un moratoire dans l'attente de modifications. De nombreuses réunions entre les représentants des internes, ceux du ministère, ceux des universitaires en psychiatrie et les représentants de la conférence des doyens ont eu lieu et se poursuivent actuellement dans l'optique de pouvoir la modifier.

Stages hors filière

A quoi tient cette injonction à des stages hors-filière ? Elle n'est pas propre à la psychiatrie. Elle est commune à l'ensemble des disciplines et correspond à la volonté de décloisonner les disciplines.

Les universitaires ne sont pas pour autant opposés à l'idée que les internes de psychiatrie puissent faire un stage, voire deux hors filière. En neurologie, par exemple, cela semble procéder d'une certaine évidence. Cependant, les conditions de ce stage restent à définir précisément : il doit être vraiment axé sur les impératifs de formation et ne doit pas correspondre, comme c'est trop souvent le cas, à des postes laissés vacants car peu formateurs. La question des stages hors filière est directement liée à ces garanties à obtenir.

Durée de formation

En revanche, si les universitaires sont d'accord sur l'importance de pouvoir faire des stages (au moins 1) hors filière, ils sont tout à fait convaincus de la nécessité de 4 années effectives de formation dans des services de psychiatrie compte tenu de la spécificité, de la diversité, et de la complexité croissante de la discipline.

La réunion de ces 2 conditions conduirait à une modification de la maquette selon 2 modalités possibles :

- soit une 5e année d'internat, ce qui aurait le mérite de répondre aux recommandations européennes présentes dans la charte de l'UEMS1.
- soit 1 voire 2 années de post internat sous la forme d'un assistantat qui devrait alors être sérieusement revalorisé et permettrait l'obtention d'un DESC2.

Le DESC s'obtient actuellement en 2 ans, une année en fin d'internat et une année en post internat. Il n'existe pour l'instant que 2 DESC, en pédopsychiatrie et en addictologie. L'idée serait de compléter cette liste en créant un DESC du sujet âgé, de psychiatrie d'urgence, de psychiatrie médico-légale et de psychiatrie de liaison.

Validation du DES

C'est la commission inter régionale qui propose la délivrance du DES durant le dernier semestre d'internat.

Validation des stages

Elle se fonde sur la validation de tous les stages exigés au vu d'un carnet de stage ou de fiches équivalentes avec la réserve actuellement concernant l'année hors-filière. Même si certains doyens ou certaines DRASS3 insistent pour que la maquette soit respectée, l'ensemble des coordonnateurs inter régionaux est bien décidé à valider les cursus même en absence de validation de ces stages hors-filière. Tous les coordonnateurs ont envoyé un compte rendu d'une réunion impliquant la conférence des doyens aux DRASS et aux doyens qui se refusaient à valider des maquettes incomplètes. Les internes peuvent être rassurés. En l'état actuel des choses, les universitaires et les coordonnateurs tiendront leurs engagements, le CNUP est très ferme sur ce point.

Mémoire et thèse

Un mémoire doit être soutenu, portant sur un travail de recherche clinique ou fondamentale. Le sujet de ce mémoire devra être au préalable approuvé par le coordonnateur interrégional. Avec son accord, la thèse en tout ou partie pourra tenir lieu de mémoire.

Autres

Un document de synthèse doit être rédigé par l'interne sur les travaux scientifiques réalisés, notamment dans le cadre d'un master (ancien DEA), sa participation à des congrès ou des colloques, des stages à l'étranger ou tout autre formation ou expérience complémentaire. Des appréciations annuelles du coordonnateur local sont aussi requises.

Conclusion

Le cadre officiel de formation n'est finalement qu'une base de départ pour l'acquisition d'un savoir faire professionnel dans une discipline qui est passionnante de part le grand écart réalisé entre la neurobiologie et les sciences humaines. Elle justifie, plus encore que dans d'autres disciplines, une intense curiosité et une bonne utilisation des très nombreuses possibilités de formations existantes tout au long de sa vie professionnelle.

Enfin, du fait de la démographie médicale, les internes actuels auront de nombreuses perspectives de carrière. L'internat est donc l'occasion de se donner le temps d'accumuler des expériences diverses, et si possible dans des fonctions de responsabilités avant de décider de son mode et de son cadre d'exercice.

(1) DES : Diplôme d'Études Spécialisées

(2) CNUP : Collège National des Universitaires en Psychiatrie

(3) AFFEP : Association pour la Formation Française et Européenne en Psychiatrie.

(4) DEA : Diplôme d'Études Appliquées

- (5) ENC : Examen National Classant
- (6) UFR : Unité de Formation Régionale
- (7) SUP : Syndicat des Universitaires en Psychiatrie

- (1) UEMS : Union Européenne des Médecins Spécialistes www.uems.net
- (2) DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire
- (3) DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

La formation à la recherche

Les instituts de recherche publique en France

D'après la conférence de Jacques EPELBAUM
U.549 Inserm Paris 5
IFR Broca Sainte Anne sur les Affections du Système Nerveux Central
epelbaum@broca.inserm.fr

Introduction

C'est un sujet difficile car il est en pleine évolution. La situation de la recherche en France est toujours précaire. Le site Internet "Sauvons la recherche" fait un point précis sur la question.

D'après le rapport de 2003 de l'observatoire des sciences et techniques, le nombre de chercheurs est resté stable, environ 16 600, entre 1992 et 2002. En revanche, sur cette même période, le nombre d'universitaires a beaucoup augmenté.

Le reste de l'exposé portera sur le fonctionnement de l'INSERM1. Cette institution est marquée par le continuum entre la recherche fondamentale, la recherche clinique et la santé publique. La majorité des médecins chercheurs y travaillent.

Critères

- u Excellence (très bonnes publications internationales, dépôt de brevet, innovation) ;
- u Discipline étudiée ;
- u Caractère mixte des unités, liées à des universités ou des grandes écoles, et interdisciplinarité ;
- u Intégration à un niveau européen et international.

Domaines de recherche

Ils sont très variés : les neurosciences occupent 20% de la recherche à l'INSERM, dont 9% pour les pathologies neurologiques. La psychiatrie est encore sous représentée.

Personnel et recrutement

L'INSERM comprend environ 2 000 chercheurs. Leur mobilité à travers le territoire français est encore difficile. La politique de recrutement se modifie depuis quelques années : les CDD2 de 2 à 3 ans sont désormais favorisés et évoluent vers des pré-recrutements. Pour les médecins, internes et anciens internes, il existe une politique de formation en partenariat avec les universités : ces postes sont appelés "postes d'accueil".

Structures de recherche

Structures à durée de vie courte (moins de 3 ans) :

unités d'émergence

- u Projet AVENIR : 60 000 euros pendant 3 ans donnés à un jeune chercheur au travail prometteur revenant d'un stage de post doctorat effectué à l'étranger ;
- u Projet ESPRIT : équipe de recherche financée au niveau régional ;
- u Réseaux de recherche clinique.

Structures à durée de vie longue : unités classiques

- u Unités de recherche : elles peuvent être de taille différente (mono-équipe, pluri-équipe, en réseau et centre de recherche) ;
- u CIC : Centres d'Investigation Clinique : créés par l'INSERM en 2000. Il en existe 31. Ils réunissent en leur sein des cliniciens et des structures de recherche clinique. Ils sont regroupés en réseaux régionaux et nationaux. A titre d'exemple, le réseau neurosciences comporte 13 CIC.
- u Instituts fédératifs de recherche ;
- u Infrastructure de recherche : infrastructure dotée de moyens technologiques performants : regroupant plusieurs unités pour une organisation plus fonctionnelle.

Évaluation

Les unités (environ 300 au total, réparties sur tout le territoire, la plupart dans les CHU) sont évaluées tous les quatre ans, parallèlement aux plans quadriennaux des Universités auxquelles elles sont rattachées. Il existe différentes "notes" qui interviennent dans les budgets alloués aux laboratoires :

- u A+ excellence : 10-20% des unités selon les critères définis plus haut,
- u A 30-40%,
- u B 30-40%,
- u transition : 1-2%. Si les résultats ne s'améliorent pas, l'unité ferme.

Ces évaluations se font à 3 niveaux :

- u commission scientifique spécialisée dans la discipline en question formée de 15 à 25 membres, élus et nommés, il en existe 17 dont une commission d'émergence dédiée à la Psychiatrie,
- u conseil scientifique : formé de 30 membres, il comprend également depuis cette année des chercheurs représentant la recherche anglaise et allemande pour une évaluation qui se veut de plus en plus européenne,
- u direction.

Ecole doctorale de l'INSERM

Elle a différents objectifs :

- u apporter aux biologistes de meilleures connaissances cliniques,
- u créer des réseaux entre cliniciens et chercheurs,
- u promouvoir la recherche chez les médecins.

Pour ce dernier objectif, on propose à des étudiants en médecine de 2e année de faire un doctorat avant leur internat. Ces étudiants sont sélectionnés sur dossier par le doyen de leur faculté puis par une commission de l'INSERM. Enfin, ils passent un concours.

Exemple de l'IFR1 Broca Sainte-Anne sur les pathologies du système nerveux central

Il regroupe 6 services cliniques et 14 équipes de recherches INSERM, soit 175 équivalents temps plein dont un tiers de doctorants et post doctorants. Les thèmes de recherche sont très diversifiés allant de la réceptologie sur modèles animaux jusqu'à l'imagerie cérébrale et la recherche clinique, principalement la génétique moléculaire des affections mentales et des accidents vasculaires cérébraux, les mécanismes des

épilepsies, des tumeurs cérébrales et des dégénérescences liées au vieillissement et la définition de nouvelles classes de médicaments.

Une telle structure augmente considérablement les interactions entre cliniciens et chercheurs et la mutualisation des moyens à disposition a permis un gain de dynamisme et d'efficacité.

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

(2) CDD : Contrat à Durée Déterminée

(1) IRF : Institut Fédératif de Recherche

Le cursus doctoral

D'après la conférence de Marie-France POIRIER
Centre Hospitalier Sainte-Anne, Service Hospitalo-Universitaire
7 rue Cabanis, 75014 Paris
mf.poirier@ch-sainte-anne.fr

Présentation

Le cursus doctoral a été modifié en 2003 en vue d'une harmonisation européenne des cursus. Les études universitaires obéissent désormais au système LMD1. Il permet la reconnaissance mutuelle à un niveau européen des diplômes et des équivalences, facilitant ainsi la mobilité des étudiants et des enseignants à travers l'Europe.

LMD : comment ça marche ?

La structure du cursus LMD repose sur trois niveaux : la licence (Bac + 3), le Master (+ 4 semestres après la licence), le doctorat (minimum 6 semestres après le Master).

Ce système est basé sur la capitalisation d'ECTS2 qui équivaut à une monnaie commune d'échange et d'accumulation des connaissances. Ces "crédits" sont valables partout, ils sont capitalisables et transférables. Ils permettent d'effectuer une partie (ne serait ce qu'une unité d'enseignement) dans une autre faculté à l'intérieur du pays ou ailleurs en Europe. Une unité d'enseignement permet de valider un certain nombre d'ECTS.

Ce cursus est organisé en semestres. Chaque semestre doit être validé par l'acquisition d'un certain nombre "d'unités d'enseignement", base du dispositif, sous forme de cours magistraux, de travaux dirigés, de travaux pratiques et de travail personnel. Chaque unité d'enseignement a une valeur définie en crédits. L'ensemble des unités d'enseignements validant un semestre vaut 30 crédits. Ainsi, la validation de 6 semestres en licence permet d'acquérir 180 ECTS, les 4 semestres de Master (M1 et M2) ajoutent 120 crédits supplémentaires (au total 300 crédits). Les étudiants poursuivant un doctorat devront valider 6 semestres supplémentaires correspondant à 180 crédits.

Cette organisation permet un parcours diversifié en combinant différentes unités d'enseignements. Il est prévu un tronc commun, des options obligatoires et d'autres optionnelles. Elles sont constituées de cours magistraux, de travaux dirigés, de travaux pratiques, de stages et de la validation d'un mémoire. Les formations sont regroupées par grands "domaines" qui recouvrent plusieurs disciplines. Ces domaines sont définis par chaque université. Dans chaque domaine, un certain nombre de parcours sont proposés. Au niveau de la licence plusieurs choix de mentions sont proposés dans un domaine sélectionné. Au cours du master, plusieurs choix de mentions (voie recherche, voie professionnelle ou voie à la fois recherche et professionnelle) sont possibles plus éventuellement une spécialité.

Il existe de 2 types de stages (règle très générale, chaque parcours est différent) à effectuer durant le master :

- stage court (6 à 8 semaines) : souvent en 2e semestre de M1 et en 1er semestre de M2,

- stage long (4 à 5 mois) : en 2ème semestre de M2. Il est sanctionné par la remise et la soutenance d'un mémoire en juin. Pour les médecins, il y a une possibilité de différer à septembre la remise du mémoire.

Rappelons que les crédits ECTS sont transférables dans toute l'Europe ce qui permet de valider un enseignement et ou un stage effectué dans un autre pays, ou une autre université, y compris pour les stages courts.

A la fin du master, il est possible d'opter pour une école doctorale définie par un pôle de recherche. Différentes écoles doctorales constituent un pôle de recherche.

Au cours des semestres de doctorat, les cours théoriques continuent, à raison d'1 à 2 modules par an, avec travaux pratiques et dirigés. Parfois, une formation scientifique complémentaire est obligatoire.

En résumé

Licence : 6 semestres : 180 crédits

Master (décomposé en M1 et M2) : Licence + 4 semestres : 180+120 crédits

Doctorat : Master + 6 semestres : 180+120+180 crédits

1 semestre = 30 crédits = x unités d'enseignements
(obligatoire, optionnelle obligatoire et optionnelle)

Des exemples pour illustrer

A l'université Paris 5, en 2004-2005, il existe 5 domaines de formation en licence :

- sciences du vivant,
- sciences et technologies,
- sciences humaines et sociales,
- sciences juridiques,
- sciences économiques et de gestion.

Seules 3 d'entre elles permettent actuellement d'acquérir un Master :

- sciences du vivant (de la vie et de la santé),
- sciences humaines et sociales,
- sciences juridiques, économiques et de gestion.

A l'intérieur de ces masters, il existe plusieurs mentions : recherche, professionnelle, et les deux. C'est à l'intérieur de ces mentions qu'est ensuite choisit un parcours, c'est à dire une spécialité.

Autre exemple : ancien DEA de neurosciences de Paris VI

- Le domaine du Master "Sciences et Technologies" comporte 8 mentions possibles dont : "Biologie intégrative et Physiologie" reposant sur un cycle d'approfondissement en M1 et d'un cycle de spécialisation en M2 : cinq spécialités sont proposées : Neurosciences, Sciences du Végétal, Biologie et Physiologie comparée, Physiologie et physiopathologie, Nutrition qualité et sécurité des aliments.

Pour la spécialité "Neurosciences" plusieurs parcours sont proposés au niveau du M2 :

- de la molécule aux comportements normal et pathologique,
- neurosciences cognitives et comportementales,
- cours Pasteur : développement et plasticité du système nerveux,
- neurobiologie et neuropsychologie du comportement humain (parcours professionnel),
- autres parcours neurosciences cognitives.

En conclusion

Le cursus d'harmonisation européenne LMD est en train d'être mis en place. Toutes les universités n'en sont pas au même point. De nombreux domaines supplémentaires d'enseignement vont voir le jour dans les deux prochaines années.

- (1) LMD : Licence-Master-Doctorat
(2) ECTS : European Credit Transfer System

Recherche et psychiatrie **Un exemple de parcours**

D'après la conférence de David GOURION
Centre Hospitalier Sainte-Anne, Service Hospitalo-Universitaire
7 rue Cabanis, 75014 Paris
d.gourion@ch-sainte-anne.fr

Au début de l'internat, l'interne se sent souvent perdu devant la multitude de connaissances à acquérir et les différentes facettes de la psychiatrie : clinique, thérapeutique, psychopathologie, neurosciences, sociologie...

Bien sûr, l'interne est un médecin en formation qui doit avant tout acquérir les connaissances médicales et scientifiques indispensables au bon exercice de sa future discipline. Il a donc, comme ses collègues d'autres spécialités, la nécessité d'assimiler les données physiopathologiques, biologiques et thérapeutiques et l'état des connaissances et des avancées scientifiques récentes dans le champ de la discipline. Cela implique, outre la formation en stage au lit du malade et en séminaires, la nécessité d'un véritable travail personnel de lecture d'ouvrages de références et de suivi des articles publiés au sein des revues de référence, aussi bien françaises (L'Encéphale) qu'anglo-saxonnes (Archives of General Psychiatry, American Journal of Psychiatry, Archives of Child and Adolescent Psychiatry...). Les questions des familles et des patients, dont la détresse et les espoirs autour des avancées de la médecine font écho à notre devoir de formation scientifique.

La recherche en psychiatrie monte en puissance du fait des formidables avancées des neurosciences, et il y a fort à parier que les découvertes des vingt prochaines années vont bouleverser notre compréhension des phénomènes psychopathologiques ainsi que nos stratégies thérapeutiques.

Décider de faire de la recherche, c'est décider de devenir l'un des protagonistes actifs au service de ces évolutions et de ces avancées. Mais avant tout, la recherche est motivée par la curiosité. Curiosité et envie de comprendre en sont les moteurs fondamentaux. Son apprentissage peut se faire de façon concomitante à celui de la pratique clinique (du moins dans certains services -pas uniquement universitaires même si ces derniers ont cette vocation directe et sont dotés de moyens attribués souvent plus importants, voire d'unités INSERM ou CNRS rattachées-). Loin d'être antagonistes, clinique et recherche se nourrissent l'une de l'autre.

Faire un master et/ou une thèse, c'est saisir l'opportunité de pouvoir s'approprier de façon approfondie un domaine de recherche pour en devenir un des acteurs, même si ce domaine est restreint. Un autre avantage de s'intégrer dans une équipe de recherche est de pouvoir apprendre réciproquement des autres chercheurs, dans une vision transversale du problème.

Mais il ne faut pas masquer les difficultés inhérentes à la pratique de la recherche pour les internes et jeunes cliniciens psychiatres en France : manque de temps, de moyens humains (difficulté d'obtenir des attachés de recherche clinique), de postes et de bourses dédiées à la recherche clinique en psychiatrie qui soient correctement rémunérés, difficultés logistiques diverses, nécessité d'une amélioration de l'intégration de plate-formes de recherche plus opérationnelles dans les services cliniques... Ces obstacles, réels, ne doivent cependant pas décourager les jeunes psychiatres en formation motivés, et il faut espérer que la France saura à l'avenir se doter de moyens à la hauteur de l'enjeu.

Un exemple de recherche appliquée au domaine de la psychiatrie

Après un master (à l'époque, certificats de maîtrise + année de DEA) réalisé au sein du service universitaire du Pr Olié, puis une thèse de sciences sous la direction de M.O Krebs (INSERM E0117) d'une durée de deux ans, l'opportunité m'est donnée, à l'issue de mon clinat, de réaliser un post-

doctorat au Canada. La ligne directrice de ce travail consiste en une tentative de “dissection” du phénotype clinique si hétérogène de la schizophrénie, et à sa mise en relation avec des facteurs génétiques et environnementaux.

Les stratégies phénotype-génotype dans le domaine des troubles psychiatriques

Dans la schizophrénie, il existe un support génétique de vulnérabilité pour la maladie démontré par les études familiales et les études de jumeaux. On ignore encore quels sont les gènes précisément impliqués. La question n'est pas de savoir quand on pourra faire du dépistage génétique. En effet, la schizophrénie est une maladie à déterminisme complexe où l'on connaît le poids conjoint et l'interaction entre facteurs environnementaux et génétiques. C'est plutôt de mieux comprendre la physiopathologie sous-jacente pour pouvoir ensuite développer de nouvelles thérapeutiques.

Le domaine de la génétique moléculaire appliqué à la psychiatrie a connu récemment une révolution : très longtemps, il cherchait à mettre en lien direct des facteurs génétiques avec un phénotype de maladie complexe (schizophrénie OUI/NON => polymorphisme génétique A/A, A/B, B/B) dont on connaît pourtant bien l'hétérogénéité. Ces dernières années ont montré la limite de ce type d'approche et notre incapacité à répliquer les résultats de telles études aux méthodologies probablement insuffisamment appropriées à la complexité de la schizophrénie. Il est donc désormais proposé d'étudier un phénotype beaucoup mieux défini, en utilisant les outils cliniques, neurobiologiques, neurocognitifs, d'imagerie cérébrale, ou encore électrophysiologiques, qui permettent d'explorer un niveau intermédiaire entre le génome et les troubles psycho-comportementaux. C'est la question du démembrement phénotypique pour tenter de mettre en évidence des agrégats clinico-biologiques plus homogènes ayant un soubassement génétique commun.

Application au modèle neurodéveloppemental de la schizophrénie

En effet, un grand nombre d'arguments témoigne d'une évolution diachronique de la maladie tout au long du développement depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Il est donc intéressant d'explorer la “familialité”, c'est-à-dire la transmission intrafamiliale de certains de ces phénotypes et de tenter de les mettre en relation avec des gènes candidats au sein de l'hypothèse neurodéveloppementale de la schizophrénie (en particulier les homéogènes, impliqués très tôt dans la structuration dans le temps et l'espace de différentes régions cérébrales).

La modélisation d'interactions gène-environnement sur de grandes cohortes de sujets suivis depuis la petite enfance est l'une des pistes de recherche les plus prometteuses, dans le contexte d'un trouble au déterminisme développemental tel que la schizophrénie, dont on connaît mieux les signes et prodromes précoces. Des retombées majeures en termes de santé publique et de thérapeutique pourraient prochainement voir le jour. Espérons que les jeunes internes – forces vives de la psychiatrie de demain – auront l'envie de s'inscrire dans cette aventure fabuleuse dont l'avenir de nos patients dépend tant : la recherche !

Recherche et psychiatrie

Un exemple de parcours

D'après la conférence de Dominique JANUEL
EPS Ville -Évrard
5 rue du Docteur Delafontaine, 93200 Saint Denis
urcve@freesurf.fr

Introduction

Parmi les nombreuses qualités requises pour être un bon chercheur, on peut citer :

- u le sens de l'observation,
- u la capacité à se poser les bonnes questions,
- u la capacité de savoir faire des hypothèses,
- u la traque des indices,
- u le sens du détail.

Les débuts dans la recherche

L'envie de faire de la recherche chez Dominique Januel est partie d'une observation clinique :
 "Pourquoi les patients sous lithium qui arrêtent leur traitement et le reprennent un peu plus tard ont-ils une moins bonne réponse clinique ?".

Son DEA a porté sur les effets sérotoninergiques du lithium en utilisant l'HPLC1. Ce travail conciliait à la fois la clinique et la recherche fondamentale. Puis, elle a fait une thèse de sciences pendant 6 ans, menée au Centre hospitalier Sainte-Anne pour le recrutement de patients déprimés unipolaires et à l'Institut Pasteur pour l'étude du récepteur 5HT1B.

Cette double formation, enrichissante et passionnante, comprend cependant quelques difficultés, notamment financières : bourses de durée limitée et de montant limité.

Pour compléter ce parcours hors du commun, Dominique Januel s'est formée en thérapie familiale systémique et en hypnose éricksonienne.

Une nouvelle expérience : la création d'une unité de recherche au sein de l'EPS de Ville Evrard
 Elle est inaugurée en février 2000 après 5 ans de gestation. Elle comporte 3 axes de recherche compatibles avec l'activité clinique classique de secteur :

- u axe thérapeutique (avec STM depuis 2000),
- u axe cognitif,
- u psychoéducation.

Cette unité travaille en collaboration avec des unités de l'INSERM, des universités et des chercheurs londoniens.

Conclusion

Finalement, la plus grande qualité chez un chercheur, c'est l'humilité, comme le disait si bien Pasteur...

(1) HPLC : High Performance Liquid Chromatography : chromatographie liquide à haute performance

(3) STM : Stimulation Transcrânienne Magnétique

L'EFPT

European Federation of Psychiatric Trainees

d'après la conférence de Defne ERASLAN

Présidente de l'EFPT

Ancienne présidente de l'association des internes en psychiatrie turques

Izmir, Turquie

Présentation de l'EFPT

L'EFPT est une fédération indépendante qui regroupe des associations d'internes en psychiatrie venant de plusieurs pays d'Europe. Elle représente approximativement 15 000 internes de 19 pays membres.

Cette fédération est unique : il n'existe pas d'équivalent dans les autres spécialités médicales. En 13 ans d'existence, la fédération n'a cessé de grandir et d'étendre son influence au niveau européen.

Histoire de l'EFPT

- u 1992, Londres : 16 internes en psychiatrie de 8 pays différents se rencontrent et émettent l'idée de créer une association d'internes pour l'Europe, dans la lignée du traité de Maastricht et de la création par l'UEMS1 d'un bureau européen de psychiatrie ;
- u 1993, Utrecht : premier meeting officiel : création de l'EFPT ;
- u 1994, Cork : la constitution est adoptée ;
- u 1995, Copenhague : l'EFPT concerne alors 12 pays membres. Invitation officielle de la part du bureau européen de psychiatrie de l'UEMS pour représenter les internes européens ;
- u 1996, Lisbonne : adoption de la recommandation sur la formation aux psychothérapies, qui est reprise dans la charte de l'UEMS ;
- u 1997, Athènes : élection d'un trésorier. Début des liens Internet ;
- u 1998, Gandt : modification de la constitution : élection d'un bureau avec une présidence "tricéphale" (président élu, ancien président, futur président), un trésorier et un secrétaire général. Premier symposium satellite ;
- u 1999, Tampere : l'EFPT obtient un siège permanent au bureau européen de psychiatrie de l'UEMS. Dans ce cadre, elle participe aux visites d'accréditation des lieux de stage. Création de liens avec l'AEP2. Adoption de la Charte européenne de formation des internes en psychiatrie ;
- u 2000, Berlin : 18 pays membres. L'UEMS fournit un soutien financier à la fédération. Création de liens avec l'Institut Lundbeck, qui organise des formations ouvertes à tous les internes européens ;
- u 2001, Naples : création du site Internet www.e-fpt.org. Représentation au "WPA3 fellowship committee".
- u 2002, Sinaia : organisation en ateliers de travail, session de posters. Présentation de la fédération lors du congrès de la WPA à Yokahama au Japon.
- u 2003, Paris : mise en place d'un projet d'enquête de satisfaction des internes européens sur leur formation. Création de l'ANEP4 pour les jeunes psychiatres.
- u 2004, Cambridge : révision des recommandations. Mise en place d'un projet d'échange entre internes européens. Création de la WAYPT5, association mondiale pour les jeunes psychiatres.
- u 2005, Istanbul : 21 pays membres. Obtention du droit de vote au bureau de psychiatrie de l'UEMS. Participation au congrès mondial de l'OMS6 sur les questions de politique en santé mentale.

Organisation de l'EFPT

La fédération fonctionne de façon démocratique :

- un bureau, "tricéphale" dans un but de continuité, avec le président élu (pour un an), l'ancien président et le futur président,
- un forum annuel, qui se tient dans le pays ayant la présidence. Y assistent 2 internes délégués par pays, qui représentent l'association nationale d'internes en psychiatrie de leur pays,

- lors de ce forum, l'organisation du travail se fait en ateliers, avec présentation des conclusions du groupe de travail à l'ensemble des délégués, suivi éventuellement d'un vote sur une recommandation. Chaque pays a une voix,
- entre les forums, beaucoup de travail est accompli via le groupe de discussion par Internet (e-group). Ce groupe est très actif,
- durant l'année, la fédération est représentée, le plus souvent par le président, à de nombreux congrès internationaux (UEMS, AEP, WPA...),
- par ailleurs, mise à jour régulière du site web : www.e-ftp.org.

Les buts

- Faire connaître et promouvoir les opinions des internes auprès des organisations européennes qui traitent de la psychiatrie et de la formation, pour influencer les décisions dans le sens des besoins des internes et pour améliorer la qualité de la formation. L'exemple le plus fort demeure la charte de formation de l'UEMS pour la psychiatrie : elle s'est basée depuis l'origine jusqu'aux actuelles remises à jour sur des motions rédigées par l'EFPT (la charte est disponible sur www.uempsychiatry.org).
- Participer à l'harmonisation européenne de la formation, non pas pour uniformiser mais avec le souci de mettre en valeur les disparités nationales tout en promouvant une qualité égale dans toute l'Europe.
- Promouvoir et soutenir le développement des associations nationales d'internes. En 1992, seulement 4 pays européens avaient une association nationale. En 2005, il y a 20 associations de jeunes psychiatres, toutes créées sous l'impulsion de l'EFPT. C'est notamment le cas de l'AFFEP, ainsi que de l'association turque.
- Développer un programme d'échange d'internes entre pays européens, pour que ces échanges puissent se faire plus facilement qu'à l'heure actuelle, soient accessibles à tous, et validants pour la formation. L'EFPT continue de travailler sur ce projet.
- Recueillir via une enquête de satisfaction à l'échelle européenne des données sur la satisfaction des internes européens sur leur formation. Ce questionnaire est formalisé, il devrait être proposé aux internes en 2005 et les résultats analysables en 2006.

(1) UEMS : Union Européenne des Médecins Spécialistes www.uems.net

(2) AEP: Association Européenne de Psychiatrie www.aep.lu

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

(4) ANEP : Association of New European Psychiatrists

(5) WAYPT : World Association of Young Psychiatrists and Trainees - www.waypt.org

(6) OMS : Organisation Mondiale de la Santé

La formation initiale et continue en psychiatrie au Royaume-Uni

D'après la conférence de Guy GOODWIN
University Department, Warneford Hospital
Oxford OX3 7JX, Royaume-Uni
guy.goodwin@psychiatry.oxford.ac.uk

Introduction

Avant de rentrer dans le vif du sujet, quelques termes et organisations qu'il est nécessaire de présenter :

- le NHS : National Health System

C'est un organisme médical qui dépend de l'Etat. Il est entièrement nationalisé. Il a été fondé après la deuxième guerre mondiale et il régit 95% des services médicaux (c.a.d. du système de soins) d'Angleterre. Il est financé par les impôts généraux.

Tous les soins financés par le NHS sont libres d'accès pour tout patient.

C'est la plus grande organisation mondiale après le réseau de chemin de fer indien et l'armée chinoise et c'est le premier employeur de Grande-Bretagne. Cette envergure n'est pas sans causer quelques soucis administratifs...

- Le GMC : Conseil Général Médical

Cet organisme concerne tous les médecins, c'est un organisme indépendant du gouvernement; Il a la responsabilité de définir des standards de base de la formation, ainsi que de toute question disciplinaire (équivalent de notre Conseil de l'Ordre, ndlr).

- Le RCP : Royal College of Psychiatrists

C'est l'organisme le plus important pour la formation. Il est indépendant de l'état. Ce "College" a la responsabilité de la formation de tous les spécialistes en psychiatrie en Grande-Bretagne ainsi que de la formation continue.

Quelques autres institutions qui s'occupent de la formation

- Les écoles de médecine, basées dans les universités. Elles interviennent dans la formation des étudiants et dans la recherche. Les départements de psychiatrie sont souvent assez petits. Elles sont en lien avec le NHS pour la formation : c'est une relation très complexe, qui suscite beaucoup de débats.

- The Institute of Psychiatry (IoP, London) - L'Institut de Psychiatrie : qui s'occupe de la formation post-universitaire et de la recherche. C'est la plus grande organisation de ce type en Europe.

- Quelques associations indépendantes de spécialistes s'occupent aussi de la formation (British Association for Psychopharmacology, British Association for Cognitive and Behaviour Therapy, etc... en général ces associations sont nationales.)

Les études de médecine

Le cursus général (ou tronc commun des études de médecine) dure 4 à 6 ans.

La psychiatrie représente au sein de ce cursus un enseignement de 6 à 8 semaines, ce qui est comparable avec la gynécologie-obstétrique ou la pédiatrie par exemple.

D'autres expériences sont possibles dans la dernière année par le biais de modules optionnels, ce qui est l'occasion pour certains de découvrir la psychiatrie légale, la pédopsychiatrie, etc.

Après la validation du cursus général, en moyenne 4% des étudiants choisissent la psychiatrie (variable entre 2 et 9% selon l'université).

L'internat en psychiatrie

Tous les étudiants en médecine font d'abord, avant leur spécialisation, un an d'expérience clinique générale (ce qui correspondrait à peu près à un an de résidanat en médecine générale, en gardant à l'esprit que l'externat tel que nous l'avons en France n'existe pas Outre-Manche, ndlr).

L'internat en psychiatrie est ensuite organisé en deux parties : la première est le "Basic Specialist Training", organisé par le RCP.

Il s'agit du cursus commun pour tous qui comporte 6 périodes de 6 mois (équivalents de nos stages) ou l'interne doit passer dans différents services; durant ce temps il doit faire un minimum de 18 mois de gardes. Il est possible de faire des stages en recherche, en neurologie, ou dans d'autres spécialités.

Il est obligatoire de faire au moins un stage de 6 mois en pédopsychiatrie.

Durant ces trois ans de formation il y a deux examens à passer : la partie 1 et 2 du "MRC Psychiatry" (diplôme validant).

Toute la formation est payée par le NHS.

Chaque hôpital nomme un "directeur" ou "tuteur" local qui est responsable de l'enseignement dans son ensemble, à la fois pour les enseignants et les étudiants (ce serait l'équivalent de notre coordonnateur de DES, ndlr).

Par ailleurs, tous les étudiants ont une supervision personnelle, qui est garantie avec un minimum d'une heure par semaine, avec un psychiatre qualifié.

La deuxième partie du cursus se fait en deux ans, en 6 modules. Pendant ces 2 années les internes ont une journée de cours "protégée" par semaine. Des experts locaux et régionaux viennent faire des cours, mais cela est organisé par le NHS, et non pas par l'université. Il y a aussi des séminaires orchestrés par l'université.

La représentation des internes au RCP

Le RCP a une représentation des internes : c'est le CTC (Collegiate Trainees Committee). Son rôle est de participer aux réunions des différents comités qui existent au sein du RCP, et d'y présenter des rapports concernant la formation des internes, un peu comme une association nationale. C'est une sorte d'état des lieux de ce qui se fait en pratique. Ces rapports peuvent concerner divers sujets, comme la formation à la recherche, l'apprentissage du "management", ou encore la violence contre les internes. Le CTC a développé aussi une "Trainee's Charter", la charte des internes en psychiatrie, pour les droits à l'enseignement avec des recommandations de responsabilités cliniques. Ce comité représentatif des internes est représenté dans la plupart des comités du RCP, par exemple le Conseil Général, le Conseil Exécutif, ou encore le Comité des finances. Le CTC organise également des événements spécifiques pour les internes, notamment un forum annuel et un week-end de formation pour tous les internes: ce sont souvent des événements qui permettent beaucoup d'échanges entre internes d'ancienneté différentes et d'universités différentes.

La suite de la formation : le SpR grade

Pour info : <http://www.rcpsych.ac.uk/traindev/index.htm>

Après le MRC Psychiatry, l'interne change de statut : il entre dans le SpR (Specialist psychiatric Registrar) ce qui implique encore 3 ans de formation. C'est ce qu'on appelle le "higher training".

Cette suite n'est pas accessible à tous, il faut pour cela :

- avoir complété sa formation de Basic specialist training,
- avoir passé les étapes 1 et 2 du MRC Psychiatry (examen),
- avoir réussi un concours sélectif, avec une partie écrite et une partie orale, qui sélectionne un "National Training Number".

On entre dans la deuxième période de 3 ans de la formation.

Cette partie de la formation est subventionnée à hauteur de 50% par des fonds nationaux, donc indépendants de l'hôpital.

C'est encore une fois organisé par le RCP mais il y a des règles différentes :

Les modules durent 9 à 12 mois, les internes doivent être en surnombre.

La semaine est divisée en 10 sessions (ou demi-journées), et il est recommandé d'en passer 6 en psychiatrie adulte, 2 en recherche et 2 en session d'intérêt personnel spécifique ("special clinical interest") : l'interne peut aller dans une structure de son choix, il est libéré de ses obligations cliniques pour mener à bien son projet.

Les sur-spécialités

Voici les possibilités de sur-spécialisation en Grande-Bretagne (ce qui correspondrait à nos DESC ndlr) :

Il y a aussi des occasions pour faire de la recherche :

Possibilité de suivre un cursus de 3 ans de recherche à temps plein, sur concours national ouvert à toutes les spécialités. Ces trois années de recherche sont financées pour environ 30 à 50 internes dans tout le pays par le MRC and Wellcome Trust.

Il est encore possible de progresser dans ce système pour les plus méritants : "senior fellowship" qui correspond à 5 ans de recherche à temps plein, financé ; ou "principal fellowship" qui correspond à 10 années de recherche à temps plein !

Il est donc possible de passer 20 ans dans une position de chercheur à plein temps !

Le CCST : pour devenir Consultant

(équivalent de praticien hospitalier en France ndlr)

Pour être éligible pour un poste de consultant, il faut :

- 6 années de formation en higher training, donc à partir du SpR grade,
- une validation chaque année suite à une évaluation annuelle,
- d'autres expériences sont requises : gardes, sur-spécialisation dans un domaine, expérience clinique...

La formation continue

Pour plus d'information : <http://www.rcpsych.ac.uk/traindev/cpd/update.htm>

Les consultants ont besoin eux aussi de formation : il y existe un système de formation médicale continue, le Continuing Professional Development (CPD).

Ce sont par exemple, des réunions entre pairs qui se regroupent pour définir les objectifs de formation, développer la transparence des pratiques, etc.

Cela reflète le désir du gouvernement que les médecins soient "honnêtes, vertueux, compétents, et ré-évalués régulièrement".

Globalement les psychiatres anglais sont très supervisés.

La raison principale est malheureusement le scandale, très médiatisé, de ce médecin anglais, Harold Shipman, qui a tué 250 patients durant ses 30 ans d'exercice. Un scandale énorme qui a projeté la question de la position des médecins au centre de l'attention publique.

Le CPD en pratique : plusieurs collègues se réunissent tous les 2 ou 3 mois, pendant une heure, normalement par groupe de 6, puis ce sont 2 groupes qui se rencontrent ensemble, pour garantir une bonne représentativité.

On y présente des cas cliniques qui ont posé des difficultés, que ce soit pour des questions médicales, légales, ou morales. C'est important pour montrer là encore une transparence dans les relations avec les patients et dans la pratique. Ces groupes sont très suivis.

L'activité d'enseignement des consultants est réglementée

Enseignement local : la base est de 30 heures par an d'enseignement au niveau local. Ces heures doivent être indépendantes de l'industrie pharmaceutique.

Enseignement au niveau national ou international : la base est de 20 heures par an et elles sont souvent financées par l'industrie pharmaceutique.

L'étude privée (c.a.d. le temps personnel qui devrait être consacré à la lecture ou à l'enrichissement personnel) : une base de 100 h est recommandée.

Cela suit les recommandations du "European Accreditation Council of Continuing Medical Education CPD Requirements".

Avec cette maquette de formation, la psychiatrie attire-t-elle les futurs médecins ?

Résultats d'un sondage en 1999 :

Population générale (en Angleterre) : 49 300 000 habitants.

Nombre de postes de Consultants : 3050 postes ouverts.

Nombre de postes pourvus : 2696.

Nombre de postes vacants : 354.

Il y avait donc 13% des postes de consultants en psychiatrie qui restaient vacants, avec des variations par régions (déficitaires dans le nord-ouest plus qu'à Oxford par exemple).

Actuellement, des progrès sont en cours : augmentation du nombre d'étudiants en médecine, facilités d'accès aux postes pour les médecins étrangers...

L'avenir : de grands changements sont à prévoir à partir de 2005, selon la volonté du gouvernement en place. Des recommandations ont été émises pour que la formation soit indépendante du gouvernement, modernisée, centrée sur la qualité, en rupture avec les carcans professionnels traditionnels, avec mise en exergue des compétences plutôt que de la connaissance...

Ce qui est difficile pour les anciens: la retraite devient de plus en plus attirante !

Mais les jeunes sauront s'adapter...

- psychiatrie du sujet âgé,
- psychiatrie de liaison,
- réhabilitation,

- addictologie,
- pédopsychiatrie,
- psychiatrie pour les personnes en difficulté d'apprentissage (learning disability),
- psychiatrie légale,
- psychothérapie.

Les DESC existants ou possibles

Psychiatrie de l'âge

D'après la conférence de Vincent CAMUS
Clinique Psychiatrique Universitaire, Centre Hospitalier Régional Universitaire
F-37044 Tours Cedex 01
v.camus@chu-tours.fr

Le développement de la psychiatrie de l'âge

La psychiatrie de la personne âgée est née conjointement en Europe et en Amérique du nord à partir des années 50. Parmi les pionniers de la discipline, on peut citer F. Post, Sir M. Roth et T. Arie au Royaume Uni, E.W. Busse aux USA ou encore

J. Wertheimer en Suisse. Ces précurseurs du développement de la discipline ont perçu précocement qu'il est nécessaire d'adapter les modalités de prise en charge des pathologies psychiatriques aux spécificités des patients âgés. Ils ont donc imaginé des structures de soins nouvelles, amélioré les descriptions cliniques et adapté les stratégies thérapeutiques à la population âgée. Sur le plan des formes d'organisations institutionnelles, c'est d'abord par des initiatives individuelles isolées qu'un certain nombre de structures de soins spécifiquement dévolues à la prise en charge de personnes âgées souffrant de troubles mentaux se sont progressivement développées. Ces structures se sont appuyées autant sur des ressources locales en gériatrie qu'en psychiatrie générale. Initialement hospitalières, les structures de soins se sont progressivement diversifiées : ambulatoires, intermédiaires, communautaires, résidentielles... Une deuxième étape du développement de la discipline a été un temps de construction et de diffusion de nouvelles connaissances et compétences en

psychiatrie de l'âge, à travers des sociétés savantes et des associations professionnelles. Ainsi l'Association Mondiale de Psychiatrie (WPA) crée sa section de "psychiatrie gériatrique" à la fin des années 70. L'International Psychogeriatric Association (IPA) naît en 1981. L'Association Européenne de Psychiatrie Gériatrique existe informellement depuis 1972, même si elle n'est enregistrée officiellement sous forme d'association que depuis 1987. L'Association Américaine de Psychiatrie Gériatrique est née en 1978, la Société de Psychogériatrie de Langue Française organise ses réunions scientifiques annuelles depuis 1984...

Un certain nombre de pays ont donc vu se développer des sociétés nationales, des associations professionnelles, qui s'attachent à promouvoir le développement de la psychiatrie du sujet âgé, en particulier par l'échange et la diffusion de nouveaux savoirs. Le prolongement naturel de cette évolution a été de formaliser dans ces pays l'offre de formation dans la discipline. Une qualification spécifique en psychiatrie du sujet âgé y est officiellement reconnue. C'est le cas en particulier dans les pays anglo-saxons : Royaume-Uni, Canada, Etats Unis, Australie et Nouvelle Zélande.

Quelques définitions

Selon l'Association Mondiale de Psychiatrie (WPA) et l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO), la psychiatrie du sujet âgé se définit comme "la branche de la psychiatrie qui s'attache à traiter les sujets âgés souffrant de troubles mentaux". La psychiatrie de l'âge ne se réduit donc pas à la "déméntologie"

ou à la seule prise en charge des troubles du comportement des pathologies cérébrales organiques. Elle a pour objectifs de diagnostiquer, traiter et prévenir toutes les pathologies psychiatriques aiguës ou chroniques qui affectent les personnes âgées. Il peut s'agir de pathologies d'apparition tardives (dans l'âge avancé) ou d'apparition précoce (dans l'enfance ou l'âge adulte). Il s'agit donc pour le psychiatre de l'âge d'acquérir des compétences variées comme diagnostiquer et traiter des pathologies démentielles, adapter le traitement de schizophrénies vieilles, connaître l'évolution naturelle et les complications tardives des psychoses maniaco-dépressives, traiter les troubles dépressifs et anxieux chez les patients très âgés, repérer et traiter les troubles de la personnalité...

La situation de la discipline en France

Au cours des dernières années, plusieurs plans d'action ministériels ont contribué au développement et à l'amélioration des structures de soins gériatriques. Plus récemment, un programme d'action gouvernemental en faveur des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés a été proposé. Il a pour objectif d'améliorer le dépistage et le diagnostic ainsi que la prise en charge des patients souffrant de pathologies démentielles. Il repose sur la mise en commun de compétences en gériatrie, neurologie et psychiatrie au sein de consultations spécialisées de proximité (consultations mémoire) et de centres de référence (centre mémoire de ressource et de recherche). Il s'agit d'une opportunité pour les psychiatres de réinvestir ce champ longtemps délaissé de leur pratique et limité à la prise en charge des stades ultimes de la maladie. Malgré l'affichage de nouveaux moyens, il n'y a à ce jour que peu de psychiatres intéressés et formés à cette pratique. Un élément de réponse à ce désintérêt pourrait être l'amélioration de la formation pratique des internes en psychiatrie dans le champ de la psychiatrie de l'âge. Les consultations spécialisées dans le diagnostic et la prise en charge des pathologies démentielles pourraient ainsi constituer des terrains de stages pour les internes. Au-delà des consultations mémoire, d'autres types de structures spécifiques en psychiatrie de l'âge devraient pouvoir accueillir des psychiatres en formation. A ce jour pourtant, il y a relativement peu de structures sectorielles ou inter-sectorielles spécifiques en psychiatrie de l'âge. Le récent plan "Santé mentale" a proposé le développement de telles structures hospitalières ou ambulatoires, mais aujourd'hui l'offre de soin reste très disparate et hétérogène. Elle devrait considérablement se diversifier sous la pression démographique.

La formation

Considérations générales

Il existe une très forte demande de formation des professionnels médicaux, paramédicaux et non-médicaux qui travaillent au contact des patients âgés dépendants à domicile ou en institution. Pour ces patients, se posent des problèmes de comportement, de développement de pathologies psychiatriques propres ou de difficultés psychologiques et relationnelles pour lesquels les modèles développés en psychiatrie peuvent apporter des éléments de réponse pertinents. La formation de psychiatres de l'âge est donc indispensable non seulement au développement de soins spécialisés, mais également à l'amélioration de l'offre de soutien et de formation des autres professionnels. La formation à la psychiatrie de l'âge nécessite d'avoir une formation en psychiatrie générale, mais celle-ci doit être complétée par une connaissance des disciplines connexes comme la gériatrie et la neurologie.

Ce qui se fait actuellement

Nous sommes à ce jour à un stade encore balbutiant du développement de la discipline en France. Le cadre réglementaire qui définit les modalités d'apprentissage théoriques et pratiques des psychiatres en formation ne mentionne qu'un seul objectif relatif aux pathologies du sujet âgé. Il s'agit de connaître "l'épidémiologie et la sémiologie descriptive des grands syndromes psychiatriques des enfants, adolescents et des personnes âgées", sans autre objectif spécifique pour développer des compétences pratiques dans le champs de la psychiatrie du sujet âgé. Aujourd'hui la formation théorique et la sensibilisation à la psychiatrie de l'âge en cours d'internat restent donc liés à l'initiative des coordinateurs locaux, souvent sous forme de séminaires optionnels. Cette offre est complétée par plusieurs Diplômes d'Université (DU) ou Diplômes Inter-Université (DIU) en gérontologie, gériatrie, "démentologie" ou "psychogériatrie". La formation pratique sous forme de

stages d'internes reste trop rare du fait du petit nombre de structures ou programmes de soins spécifiques en psychiatrie de l'âge. Notons encore qu'une capacité de gérontologie est maintenant rendue obligatoire pour les médecins généralistes ou les internistes qui voudraient être médecins référents en maisons de retraite, et reste ouverte aux psychiatres. De même, le DESC de gériatrie est ouvert aux internistes mais également aux psychiatres et aux neurologues.

Les projets

L'amélioration de l'offre de formation en psychiatrie de l'âge passe par le développement de structures et de programmes de soins spécifiques en psychiatrie de l'âge susceptibles d'accueillir des internes. C'est au niveau des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaires (SROS) et à partir de ressources locales que de telles évolutions sont possibles. Celles-ci devraient être facilitées par les orientations du plan de Santé Mentale dont l'un des objectifs est le développement de la psychiatrie de l'âge. Dans le même temps, le Collège National des Universitaires en Psychiatrie s'est prononcé en faveur d'une proposition de DESC de psychiatrie de l'âge, qui reste à faire reconnaître par les instances ministérielles concernées.

En guise de conclusion

Notre système de santé va devoir faire face à un défi démographique sans précédent dans les années à venir. Le vieillissement des populations traitées est déjà une réalité pour la médecine générale et la médecine interne. La psychiatrie n'échappe pas à cette évolution et doit se préparer aussi à faire face à ce défi. Créer les conditions d'une meilleure formation des psychiatres à la psychiatrie de l'âge est une urgence qui appelle des initiatives concrètes immédiates. Le projet de DESC de psychiatrie de l'âge est l'une de ces mesures que l'on peut espérer voir se concrétiser dans les meilleurs délais.

Formation et desc de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

D'après la conférence de Anne DANION-GRILLIAT
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents
1 Place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg Cedex
Anne.Danion@chru-strasbourg.fr

Historique et situation de la pédopsychiatrie en France

Il est sûrement nécessaire d'évoquer pour commencer les grands précurseurs de la psychiatrie de l'enfant : entre autres, Itard (et sa tentative d'éduquer Victor, "l'Enfant Sauvage de l'Aveyron"), Seguin, Bourneville au XIXe, Binet et Simon, Piaget, Wallon, Heuyer, Lafon, mais aussi Sigmund et Anna Freud, M.Klein, Montessori, Spitz et Kanner au XXe siècle.

Le terme "pédopsychiatrie" apparaît pour la 1re fois en 1912 avec la première consultation spécifique développée par André Collin. Les "vrais débuts" de la pédopsychiatrie, branche spécifique de la psychiatrie générale se référant à une population précise et à des formes psychopathologiques bien différenciées, se situe à partir des années 40 avec entre autres Kanner (1943) qui décrit "l'autisme infantile", Spitz (1944) la "dépression anaclitique", Misés "les dysharmonies évolutives", Lebovici la psychopathologie du très jeune enfant et les relations mère-nourrisson.

Dans les années 70, la pédopsychiatrie se construit en même temps que la psychiatrie, avec l'arrivée du secteur, se "reconstruit". En 1972 se créent les "intersecteurs" de psychiatrie infanto-juvénile. Ce sont des secteurs géographiques plus larges que les secteurs adultes, ce qui pose encore à l'heure actuelle des difficultés de visibilité.

Actuellement, il y aurait 2 000 pédopsychiatres en France, mais de spécialisation non exclusive ; bons nombres d'entre eux pratiquant également la psychiatrie de l'adulte. Le découpage en intersecteurs1

veut qu'il y ait un pédopsychiatre pour 7 500 habitants de moins de 20 ans, ce qui place la France au 3e rang européen derrière la Suisse et la Finlande. Ceci risque de ne pas durer du fait de la baisse importante, en quelques années, du nombre de psychiatres et de pédopsychiatres.

Le DESC2 de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Il s'agit d'un diplôme complémentaire au diplôme de psychiatrie générale. Son organisation et son programme ont été définis par l'arrêté du 4 mai 1988.

Ce DESC est accessible aux étudiants ayant un DES3 de psychiatrie ou de pédiatrie. Il s'agit d'un diplôme de type 1, qui n'implique pas un exercice exclusif de la spécialité. Ainsi, les titulaires de ce DESC conservent la possibilité d'exercice de leur DES d'origine à côté de leur surspécialisation. Ceci explique que nombre de psychiatres d'enfants aient également une pratique de psychiatrie d'adultes.

Le cursus permettant d'accéder au DESC de pédopsychiatrie est le suivant : un DES de psychiatrie ou de pédiatrie durant 4 ans, complété par le DESC de pédopsychiatrie qui se déroule sur 2 ans mais dont une année peut être validée pendant le DES ; la durée de formation totale (DES et DESC) étant donc de 5 ans.

L'enseignement théorique

L'enseignement de base concerne les données fondamentales et plus spécialisées concernant :

- u le développement de l'enfant,
- u les pathologies mentales de l'enfant et de l'adolescent,
- u la législation spécifique à l'enfant et à ses droits ; la loi du 4 mars 2002 a récemment modifié le droit des adolescents qui peuvent en particulier s'opposer à ce que leurs parents soit mis au courant de leur pathologie,
- u les dispositifs médico-sociaux et notamment le secteur social dans lequel vit l'enfant (l'école, les lieux d'éducation spécialisée, la justice pour enfant, l'aide sociale à l'enfance, la protection de l'enfant),
- u la sectorisation pédopsychiatrique et la prévention,
- u Les thérapies: les chimiothérapies dont la prescription est très particulière chez l'enfant du fait de son développement cérébral et du peu de données scientifiques encore existantes ; les psychothérapies ; les cures institutionnelles ; les interventions sociales et familiales ; et enfin les rééducations (orthophonie, psychomotricité).

A l'enseignement de base s'ajoutent :

- u des enseignements optionnels concernant la périnatalité, et le très jeune enfant, la psychiatrie des adolescents, la maltraitance et la psychiatrie médico-légale de l'enfant, la psychiatrie de liaison, l'épidémiologie, la génétique, la neurologie...),
- u et un enseignement complémentaire obligatoire : pour les psychiatres, un enseignement (séminaire) du DES de pédiatrie et pour les pédiatres, un enseignement de pédopsychiatrie et de psychiatrie appartenant au DES de psychiatrie.

La formation pratique

La maquette du DESC de pédopsychiatrie comprend la réalisation de quatre stages dont un de 6 mois dans un service ou une consultation de pédiatrie pour les psychiatres ou de 6 mois dans un service de psychiatrie pour les pédiatres.

Ce stage d'interne en pédiatrie inquiète parfois les psychiatres mais il apparaît d'une grande importance pour prendre connaissance des pathologies pédiatriques (comme la neuropédiatrie, relativement proche de la psychiatrie), de l'abord spécifique de l'enfant malade et de ses parents, des méthodes de travail pédiatriques et pour nouer des liens de collaboration avec les pédiatres. Il est conseillé de choisir ce stage relativement tôt dans le cursus du DES pour éviter les difficultés et les angoisses dues à un retour à la médecine somatique en 3e ou 4e année d'internat !

A ce semestre "extériorisé" s'ajoutent 3 semestres dans des services de pédopsychiatrie agréés pour ce DESC. Si une année du DESC a pu être validée au cours des quatre années du DES, seule une année supplémentaire devra être encore effectuée et validée selon différentes modalités :

- u en tant que faisant fonction d'interne ou alors en obtenant une "Médaille d'Or" c'est-à-dire la possibilité de faire une année d'internat supplémentaire avec un projet clinique ou de recherche spécifique,
- u en tant que chef de clinique-assistant des hôpitaux ou assistant spécialiste,
- u ou encore en tant que praticien-attaché (6 vacations / semaine au minimum).

La validation et l'évaluation

Elle sont définies, à partir des textes ministériels, par l'enseignant coordonnateur du DESC de l'inter-région à laquelle appartient le jeune psychiatre en formation : accord donné pour les stages et validation de ceux-ci lorsqu'ils sont réalisés, validation des enseignements théoriques et soutenance d'un mémoire de pédopsychiatrie devant la commission inter-régionale du DESC composée des enseignants de pédopsychiatrie de l'inter-région.

Le rôle du psychiatre pour enfants et adolescents

Le psychiatre pour enfants est expert dans son domaine pour déterminer la réalité d'une perturbation du fonctionnement psychique d'un enfant, analyser des facteurs la déterminant, indiquer les éléments de prévention ou de thérapeutique et les mettre en œuvre et ce dans les 3 grandes catégories des troubles de l'enfant que sont :

- u les troubles du développement spécifiques ou envahissants,
- u les perturbations émotionnelles ou des conduites, avec plus ou moins de conséquences développementales pour la structuration de la personnalité,
- u les troubles survenant à l'adolescence.

Il doit tenir compte des aspects historiques, biologiques et somatiques, psychologiques individuels et familiaux de l'enfant, en sachant que, comme l'a dit Winnicott, "un enfant seul, ça n'existe pas" ! De ceci découle la nécessité d'envisager également le contexte et les interactions familiales, scolaires et sociales de l'enfant.

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ouvre également, et de plus en plus, à des collaborations avec le secteur médico-social et des activités interdisciplinaires comme le travail en maternité, en néonatalogie, en pédiatrie, avec l'école, ou encore la justice (expertises).

La situation en Europe pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Il est intéressant d'avoir une idée de ce que représente la pédopsychiatrie dans les différents pays d'Europe.

Spécialité autonome

Avec une formation allant de 3 à 5 ans, il s'agit d'une spécialité autonome par rapport à la psychiatrie dans 7 pays de la Communauté Européenne (Allemagne, Danemark, Finlande, Grèce, Italie, Portugal, Suède) et dans 5 pays européens hors Communauté Européenne (Norvège, Roumanie, Serbie, Suisse et Tchéquie).

Surspécialité

C'est une surspécialité de la psychiatrie, de durée variable, dans 6 pays de la communauté européenne avec

- u 2 ans pour l'Autriche, la Belgique, la Hollande et la France,
- u de 3 à 5 ans pour l'Irlande et le Royaume-Uni et 5 pays européens hors Communauté Européenne (Bulgarie, Croatie, Estonie, Hongrie, Slovaquie).

Absence de formation spécifique

Il n'y a pas d'organisation spécifique de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans 2 pays de la communauté européenne, l'Espagne, la Lettonie et hors communauté, la Slovénie.

En conclusion

Le DESC de pédopsychiatrie allonge d'une année le cursus du DES de psychiatrie mais apporte aux psychiatres une formation spécifique à une partie de cette discipline s'intéressant spécifiquement au "petit d'homme", dans ses dimensions propres et en relation avec son entourage, ses pairs et les adultes qui en ont la responsabilité. De ce fait, la pratique de la pédopsychiatrie nécessite une formation préalable et solide en psychiatrie générale et des allers et retours entre les deux composantes de cette discipline.

(1) Le terme d'intersecteur vient de disparaître pour être remplacé par celui de "secteur de psychiatrie infanto-juvénile"

(2) DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire

(4) DES : Diplôme d'Études Spécialisées

Psychiatrie de l'urgence

D'après la conférence de Marie Jeanne GUEDJ

CPOA1, Centre hospitalier de Sainte-Anne

1, rue Cabanis 75014 Paris

mj.guedj@ch-sainte-anne.fr

Définitions

Il n'y a pas une définition unique mais plusieurs définitions utilisées pour caractériser l'urgence en psychiatrie.

Actuellement, on s'accorde pour dire que l'urgence en psychiatrie associe :

- la situation,
- l'organique,
- l'intrapsychique,
- le médico-légal.

C'est important car il y a encore quelques années, l'urgence de situation n'était pas reconnue en psychiatrie, notamment dans les pays anglo-saxons.

La détresse psycho sociale est une définition péjorative de l'urgence psychiatrique mais elle a le mérite de décrire une situation d'urgence, pas seulement une pathologie.

Une des définitions retenue actuellement pour l'urgence en psychiatrie, c'est l'urgence ressentie par l'un quelconque des protagonistes (patient, famille) et qui nécessite une réponse immédiate avec :

- une urgence de la pathologie,
- une urgence environnementale.

La réalité clinique

La réalité clinique de l'urgence correspond aux différentes configurations amenant un patient à consulter en urgence.

Différentes situations cliniques peuvent être distinguées :

- selon le motif d'arrivée. C'est le niveau dimensionnel avec une non connaissance de la catégorie nosographique de la demande (risque suicidaire, fatigue, repli, idée délirante),
- selon les grandes catégories nosographiques. C'est le niveau catégoriel, avec une demande (par exemple la fatigue) qui n'est pas la même si le patient a une pathologie définie (par exemple schizophrénie),
- selon les populations avec une prise en charge et une réponse à la plainte qui varie en fonction des populations notamment les populations à risque (enfants, adolescents, personnes âgées, situation de précarité, femmes enceintes...).

A ces différentes situations cliniques il faut prendre en compte le caractère situationnel de l'urgence qui peut complexifier la prise en charge. Comme exemple, on peut penser à des situations aussi différentes qu'un patient armé, amené par la police, ne parlant pas français ou encore se présentant avec des animaux...

L'appel téléphonique d'urgence à une place toute particulière. Cela fait directement partie des spécificités de l'urgence, il s'agit d'une situation où il faut décrypter la demande (d'avis sur les médicaments, d'intervention à domicile, de renseignement administratif...) et qui nécessite la connaissance de l'urgence pour y répondre efficacement.

L'apport à la médecine, à la psychiatrie et au social

L'urgence est passionnante car elle est un condensé de la psychiatrie et des disciplines connexes de la médecine somatique ou du champ médico-légal. Son apport à la médecine somatique se situe au niveau des urgences "mixtes", qui représentent une grande lacune diagnostic actuelle en médecine et en psychiatrie. Son apport à la psychiatrie s'inscrit dans les pratiques actuelles : prises en charge brèves, évaluations rapides et capacités de décision. Nous sommes loin de ce qui se faisait il y a 20 ans en psychiatrie, où il était "urgent d'attendre". Pour l'aspect social, l'important est d'apprendre à discerner ce qui est social de ce qui est psychiatrique (passages à l'acte, précarité). L'urgence et le médico-légal sont liés avec les situations d'hospitalisations sous contrainte ou la gestion du secret médical.

Difficultés

Les difficultés actuelles sont les urgences dites "mixtes" ou à double diagnostic (à la fois psychiatrique et somatique) :

- difficultés de diagnostic et d'évaluation,
- difficultés de prise en charge aux urgences générales. Une statistique américaine récente fait état de 40% de patients déprimés consultant aux urgences de l'hôpital général et qui repartent non diagnostiqués,
- difficultés d'orientation. L'exemple du patient agité est classique, sa prise en charge aux urgences générales est quasi-impossible et une fois hospitalisé en psychiatrie, il est toujours difficile d'obtenir des examens médicaux (imagerie).

Les exemples d'urgences mixtes sont :

- agitation et suspicion de processus intracérébral,
- démence,
- alcoolisme,
- nécessité d'examens d'imagerie.

Les réponses actuelles sont dans ces situations insatisfaisantes.

La formation

Le passage par l'urgence est indispensable pour la formation en psychiatrie, cela permettant d'améliorer les capacités de raisonnement et de prise de décision.

La pratique de l'urgence en psychiatrie nécessite une solide formation en psychiatrie, à la pharmacologie de l'urgence et à la psychothérapie (développement des interventions brèves, de la réponse psychothérapique à l'urgence, même en entretien unique). Il existe des associations comme l'AAEP (American Association Emergency Psychiatric), l'AFERUP (Association Française d'Enseignement et de Recherches sur les Urgences Psychiatriques) mais il n'existe pour l'instant pas de DESC2 d'urgence en psychiatrie.

(1) CPOA : Consultation Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

(2) DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire

Psychiatrie à l'hôpital général

Interaction psychiatrie-pathologie organique

D'après la conférence de Stéphane MOUCHABAC
Centre Hospitalo-Universitaire Saint-Antoine
27, rue de Chaligny 75012 Paris
stephane.mouchabac@sat.aphp.fr

Psychiatrie à l'hôpital général

C'est une modalité d'exercice particulière que l'on pourrait rapprocher d'un multi DES1 en ce sens qu'il permet d'appréhender un large panel de la psychiatrie.

Particularité de l'hôpital général

Il est au centre du soin et accueille de nombreuses demandes par les SAU2.
Il bénéficie d'un plus large plateau technique qu'habituellement en psychiatrie. Cela permet une prise en charge adaptée, que ce soit dans le contexte de l'urgence ou en hospitalisation avec la complexité des intrications des pathologies somatiques, amenant parfois à prendre le relais du secteur pour des patients "trop lourds" sur le plan organique.

Particularité de la pratique

Lors des conférences de préparation de l'internat, il est souvent dit qu'être interne de spécialité ce n'est pas être spécialiste dans 26 matières mais c'est être un spécialiste capable d'intervenir dans 25 domaines. Cette phrase s'applique bien à la pratique en hôpital général. Elle permet de rencontrer d'autres pathologies, d'autres médecins, de s'enrichir de leur sens clinique et de leurs expériences, permettant pour ainsi dire une formation continue dans des domaines qui s'oublient vite.
De nombreux hôpitaux généraux possèdent un service d'hospitalisation temps plein en psychiatrie, un certain nombre étant sectorisé. Le recrutement est assez large en terme de pathologies rencontrées, mais le plateau technique (ainsi qu'une interdisciplinarité importante) va permettre de prendre en charge des pathologies associant des troubles psychiatriques et des troubles organiques : l'interface avec la neurologie, la rhumatologie ou les maladies infectieuses, pour en citer quelques unes, est un des points très attractifs de la pratique en hôpital général. Cela permet de développer des "minis" domaines de compétence et d'avoir des discours propre à chaque type de patient. Il est alors possible de travailler dans des domaines où les troubles mentaux vont avoir un impact sur l'évolution de certaines maladies : dans l'infection par le VIH, par exemple, les troubles bipolaires peuvent influencer un grand nombre de paramètres : conduites sexuelles ou toxicomaniaques à risque lors des phases maniaques ou hypomaniaques, défaut d'observance thérapeutique, effets secondaires et interactions médicamenteuses avec les différents traitements. Le psychiatre prend une place active dans les soins, comme psychothérapeute d'une part, mais aussi comme acteur de prévention.
De bonnes connaissances en pharmacologie sont souvent utiles dans ce type de situation, nous obligeant à les approfondir ou à les réactualiser régulièrement.
L'activité de liaison à l'hôpital général permet d'affirmer sa position de psychiatre par rapport aux autres spécialités : du simple avis diagnostic à la prise en charge des patients en fin de vie ou au décours d'une greffe d'organe, le sens clinique du psychiatre est très sollicité. Nous pouvons alors transmettre nos compétences propres, et sans vouloir faire du prosélytisme, essayer de les mettre en valeur tout en conservant le pragmatisme que réclament certaines spécialités (la chirurgie, par exemple, s'attarde rarement sur nos interprétations, mais demande plutôt une conduite à tenir claire et précise...).

L'hôpital général est aussi un terrain propice à la recherche, qu'elle soit clinique ou fondamentale.
L'hôpital général permet donc un "multi DES" : de l'adolescent rencontré aux urgences jusqu'à la prise en charge de la personne âgée, de l'addictologie aux formes "frontières" des manifestations de certains tableaux organiques.

Pour conclure

Ce type de pratique permet un apprentissage et une remise en question permanente. C'est un type d'exercice qui ressemble probablement à l'activité qu'aura un psychiatre dans 10 ou 20 ans et il paraît donc nécessaire d'avoir un temps de formation à l'hôpital général.

(1) DES : Diplôme d'Etude Spécialisé

(2) SAU : Service d'Accueil et de Traitement des Urgences

Les psychothérapies

Psychothérapies : Psychanalyse

Texte écrit par l'auteur Pierre LEVY-SOUSSAN

16 square de Port-Royal, 75013 Paris

levysoussan@free.fr

Alors, si vous faites partie des gens qui sont intéressés par le psychisme humain, je vous conseille très fortement de fréquenter de très près les neuroscientifiques et les cognitivistes, d'aller là où s'exerce cette nouvelle pratique de l'homme et où sont mis au travail ces nouveaux modèles explicatifs. Prenez votre temps, et approchez-les de près. Si vraiment vous trouvez que c'est ça qui peut apporter ce que vous cherchez d'une connaissance de l'homme, c'est-à-dire d'une connaissance commune à vous-même et aux patients que vous traitez, alors il faut rester avec eux, à vos risques et périls pour ceux dont vous aurez la charge et pour vous-mêmes. Si, en revanche, vous vous demandez quelles sont les objections soulevées par cette approche de l'humain, ...vous serez obligés de constater, à la longue, que c'est très ennuyeux, que ça n'éclaire pas grand chose et, surtout, très peu de ce qui nous intéresse, et que, après tout, c'est peut-être une raison suffisante pour chercher ailleurs, d'autant plus que vous avez des preuves abondantes que le psychisme éveille un intérêt passionné de par sa complexité et sa richesse.

André Green

Introduction

Le titre est à double entrée et suppose soit une erreur de base dans la compréhension de ce qu'est une psychothérapie, soit un raccourci génial sur ma conclusion !

La psychanalyse une psychothérapie ? Comment peut-on réduire l'or pur de la psychanalyse au bronze de la psychothérapie, pour reprendre les termes de Freud.

D'abord quelques préalables, je ne parle ici non pas des multiples procédures qui prennent volontiers le nom de psychothérapies mais de la psychothérapie menée par un psychanalyste.

Cela délimite radicalement mes propos des pratiques à visée thérapeutique ou psychothérapique où la psychanalyse n'a rien à voir ni d'un point de vue théorique ou pratique.

Non la psychanalyse, plus exactement la cure analytique n'est pas une psychothérapie.

Alors, la psychanalyse est-elle le nec plus ultra du processus analytique ? Son or pur ? Oui si l'on parle de la richesse du travail psychique soulevé par le processus analytique. Non si l'on parle de la difficulté de la maniabilité du cadre psychothérapique et de la souplesse psychique qu'elle implique. A ce titre, la psychothérapie analytique n'est pas une sous-analyse.

La psychanalyse suppose un dispositif rigoureux, codifié et un patient Divan-répondeur, c'est-à-dire suffisamment névrosé pour intérioriser ce cadre sans se sentir en danger.

Le maintien des paramètres du travail analytique a des conséquences sur le déploiement d'un transfert et son interprétation. L'instauration d'un cadre fixe et abstinent tant de gratifications que de frustrations excessives, la non ingérence dans la vie réelle du patient, la mise en suspens de tout

jugement moral sur lui et ses proches, l'attention portée à l'intra psychique, l'écoute de l'inconscient et l'absence de suggestions sont des exemples de ces différents paramètres.

Actuellement la psychanalyse est la méthode qui permet une connaissance directe de ses propres processus inconscients, donc des éléments transférentiels et contre transférentiels qui sont mis en jeu dans toutes les thérapies analytiques.

Aboutir à découvrir l'humain, le trop humain, derrière tous les symptômes, y compris les plus étranges, les plus inquiétants ou les plus meurtriers, chez les patients et en nous même.

Cela me rappelle une anecdote entendue en salle de garde à Sainte-Anne concernant un interne en psychiatrie qui était allé voir un analyste au début de son internat en lui disant qu'il voulait faire une analyse pour mieux exercer son métier de psychiatre. Plus tard, il commente "A cause de ça j'ai perdu 2 ans" "Pourquoi ?" "Car j'ai mis deux ans avant de comprendre que c'était pour moi que je venais". Deux ans avant qu'il ne se rende compte du rôle qu'il se jouait comme psychiatre, de l'écran commode des grilles diagnostiques entre lui et l'autre, de l'avantage défensif de considérer le malade comme une maladie et non comme une personne porteuse d'une histoire qui parfois résonnait dangereusement avec la sienne, de comprendre comment son métier tel qu'il l'exerçait jusqu'alors lui permettait de tenir à distance son histoire personnelle et ainsi de se mettre à l'abri de toute conflictualité intra-psychique...

Deux ans pour passer d'une réflexion sur un outil que l'on veut avoir avant de passer à un processus qui porte sur l'être, qui transforme irrémédiablement sa façon de voir les choses, soi-même, son métier, sa famille, la société et enfin... les patients.

Pour résumer les choses, pendant l'internat on apprend à soigner les patients, dans le meilleur des cas on les écoute, on soutient, on apprend à donner le bon traitement symptomatique et après ? Qu'est ce qui se passe après dans les dépressions, les psychoses, névroses, border line, sans parler des inclassables, des mal-être, des "pas bien dans leur peau", des crises conjugales, de l'adolescence... ?

Qui n'a pas entendu pendant son internat ou clinicat : votre collègue devrait être meilleur en psychologie, il est nul ?

Comment fait-on pour "prendre soin" d'une personne, pour donner des soins psychiques susceptibles de "transformer" quelque chose en elle ?

Il ne s'agit pas de santé mentale mais de santé psychique, ce qui est une autre histoire car elle suppose d'utiliser non seulement l'inconscient du patient mais le sien propre.

Pendant mon internat et puis après, j'ai tenté d'approfondir toutes les voies thérapeutiques proposées en psychiatrie : thérapies cognitives comportementales avec un programme Erasmus à travers l'Angleterre, la Hollande, thérapies systémiques avec participation à un travail en entreprise, thérapies médicamenteuses avec un clinicat dans le service qui vous reçoit ce jour, une thèse de sciences pour encore plus entamer le roc du biologique à partir de l'immunologie.

De tout ce parcours, j'ai sans doute été marqué par le souci que j'avais de mieux connaître la nature humaine et sans doute moi-même. C'est ainsi que peu à peu j'ai retiré les "artifices" entre le patient et moi, sans doute avais-je moins peur de l'altérité si extrême que l'on rencontre en psychiatrie.

Sans doute, le cadre analytique que j'avais peu à peu dans la tête me permettait de transformer quelque chose du patient. Comme le disait Nacht : "On ne soigne pas par ce qu'on sait mais par ce qu'on est", et le chemin est long !

Définitions des psychothérapies analytiques

C'est la qualité de l'analyste quel que soit le cadre,
qui détermine celle de la cure
Raymond Cahn

On parle d'un côté de la psychanalyse, de l'autre des psychothérapies analytiques et elles sont nombreuses !

Points communs

u Références théoriques

- u Méthodologie : seul à seul, secret, pas de contact, injonction à la libre association des rêves, idées, pensées, souvenirs, représentations...
- u Cadre : temps fixe, honoraires...

Différences

- u Dispositif : divan (position des corps), fréquence des séances
- Winnicott en arrive à la conclusion suivante : "Quand je peux faire une analyse, je fais une analyse. Quand je ne peux pas la faire, je fais autre chose." Le problème, c'est de comprendre que "autre chose" n'est pas n'importe quoi car c'est l'analyste qui continue à être là et qui se rend compte que ses paramètres ne tiennent plus le cadre et qu'il faut en créer d'autres.
- Ce que l'on appelle "faire autre chose", ce n'est pas une non-analyse ; c'est une sorte de perspective sur ce qui peut se passer dans l'extension de l'analyse, hors de ses frontières, hors de la situation analytique qui met en crise son modèle. C'est l'une des crises les plus fécondes de la psychanalyse que d'avoir su remettre en cause le cadre classique pour trouver d'autres cadres en fonction des souffrances rencontrées.

Quelques exemples de cet "autre chose"

- u Consultation thérapeutique chez l'enfant, l'adolescent ;
- u Psychodrame analytique ;
- u Psychothérapie analytique familiale, de couple ;
- u Psychothérapies des cas limites, des pathologies narcissiques, des maladies psychosomatiques, des autistes...
- u Psychothérapies en situation extrême : milieu carcéral, maladies mortelles, abandon d'enfants ;
- u Psychothérapie des bébés.

Conclusion

Une question se pose, le processus est-il le même dans la psychanalyse et dans les psychothérapies analytiques ?

Oui, le processus est le même quant aux conditions de son émergence, les psychothérapies analytiques supposent un cadre sans doute plus complexe pour le mettre en marche. D'où le raccourci génial du titre : pour se former aux psychothérapies : psychanalyse !

La formation analytique est toujours basée sur le même trépied dans tous les pays : l'analyse personnelle, les supervisions et les séminaires.

André Green pense que la "formation psychanalytique" était une contradiction dans les termes. S'il y avait analyse, il n'y aurait pas formation et s'il y avait formation, il n'y aurait pas d'analyse. Il semblerait que la seule manière de sauver la pensée psychanalytique, ce serait, non seulement de séparer l'analyse personnelle de la formation, mais d'envisager l'analyse personnelle comme un processus très long pour comprendre le sens du cadre.

Le développement ces 20 dernières années de la psychanalyse hors divan prouve que ce qui est important, c'est que le psychanalyste puisse transporter son cadre dans sa tête avec lui. Car, autrement, il sera soumis à tous les compromis, toutes les déformations hors cadre. L'analyse personnelle aidera à savoir ce que l'on fait de l'autre en soi et hors de soi.

Green conclut ainsi : "Bien entendu, ce n'est pas un parcours facile que je vous propose, mais c'est parce qu'il est tout à fait nécessaire de comprendre que l'analyse nous accompagne durant une tranche de vie et pour le reste de la vie".

Qui dit formation, dit transmission, j'espère aujourd'hui avoir réussi à transmettre sinon de l'intérêt au moins un questionnement.

Références

- Cahn Raymond : La fin du divan ? O Jacob, 2002.
 Green André : La causalité psychique, entre nature et culture. O Jacob, 1995.

Psychothérapies psychanalytiques, coll. débats de psychanalyse, Revue Française de Psychanalyse, PUF, 1998.

Pratiques de la psychanalyse, coll. débats de psychanalyse, Revue Française de Psychanalyse, PUF, 2000.

Balier, Claude : Violence en Abyme : essai de psychocriminologie, Paris, Presses Universitaires de France, 2005

RACAMIER, Paul-Claude / DIATKINE, René (coll.) / LEBOVICI, Serge (coll.) / Le psychanalyste sans divan. Paris, Payot, 1993, 444 p.

RACAMIER, Paul-Claude / LARDON, André (préf.) Un foyer de cure psychothérapique. Réflexions à partir d'une expérience de vingt années. (inédit). - Présentation d'André Lardon : la velotte, une histoire de cœur très réfléchie. Psychiatrie française, 1997, vol. 28, n°1, pp. 137-152

Perron Roger, Bernard Brusset, Clarisse Baruch, Dominique Cupa, Michèle Emmanuelli : Quelques remarques méthodologiques à propos du rapport Inserm "Psychothérapie. Trois approches évaluées". <http://www.spp.asso.fr/Main/Actualites/Items/24.htm>

Formation sur les thérapies familiales
et le psychodrame analytique :

S.P.A.S.M. (Société Parisienne d' Aide à la Santé Mentale)

31, rue de Liège, 8e, 01.43.87.60.51

Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale

Le Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale est une Association selon la Loi de 1901 dont les membres fondateurs sont Paul-Claude Racamier, Simone Décobert, Jean-Pierre Caillot et Claude Pigott, auxquels s'est joint dès sa fondation Didier Anzieu. Elle a largement contribué au développement de la psychanalyse groupale en France. Le Collège a pour objet

l'étude, dans une perspective psychanalytique, des phénomènes psychiques liés aux situations de la famille, du couple, du groupe et de l'institution. Site : <http://www.psychafamille.com/index.asp>

Formation à l'Institut de Psychosomatique de Paris : (IPSO) 1 rue de la Poterne des Peupliers 75013 Paris. +33 (0)1 43 13 31 60

contact@ipso-paris.org, Site : <http://perso.magic.fr/ipso-paris/>

Formation sur les nourrissons, l'enfant et l'adolescent :

Centre Alfred Binet, ASM XIII

<http://www.asm13.org/present/presentation.html>

Sites des sociétés rattachées à l'Association Psychanalytique Internationale :

Société Psychanalytique de Paris

Renseignements, formations, colloques : Fondée en 1926, reconnue d'utilité publique, la Société Psychanalytique de Paris réunit près de mille membres et analystes en formation à Paris et dans les régions. Elle a pour but de transmettre et de développer la psychanalyse comme discipline et méthode thérapeutique fondée sur l'œuvre de Freud. La SPP est une société composante de l'Association Psychanalytique Internationale (API) et de la Fédération Européenne de Psychanalyse (FEP).

<http://www.spp.asso.fr/>

Association Psychanalytique de France

L' Association Psychanalytique de France a été créée le 26 mai 1964.

Cette Association a pour objet d'apporter sa contribution à la recherche en psychanalyse et à la découverte freudienne, et de former des psychanalystes selon les critères qui lui sont spécifiques.

Parmi les fondateurs de l'A.P.F. on peut mentionner : Didier Anzieu, Daniel Lagache, Julliette Favez, Georges Favez, Wladimir Granoff, Jean Laplanche, J.-B Pontalis, Victor Smirnoff, Daniel Widlöcher. Guy Rosolato rejoignit ce groupe quelques années plus tard.

<http://www.associationpsychanalytiquedefrance.org>

Bibliothèque Sigmund Freud

15, rue Vauquelin, 75005 Paris, Tél. 01 43 36 22 66. bsf@spp.asso.fr et <http://bsf.spp.asso.fr/>

La bibliothèque de la Société Psychanalytique de Paris a été créée par la Princesse Marie Bonaparte.

À sa mort en 1962, elle nous a légué un fonds personnel d'une grande richesse ; en particulier plusieurs collections complètes des œuvres de Sigmund Freud, des autographes de sa main et une collection de revues psychanalytiques pratiquement introuvables ailleurs.

Thérapies comportementales et cognitives

D'après la conférence de Nathalie GIRAULT
Hôpital Pitié-Salpêtrière
47 bd de l'hôpital, 75013 Paris
n.girault@psl.ap_hop_paris.fr

Introduction

Les psychothérapies ont un rôle essentiel, en association ou non à un traitement psychotrope, dans la prise en charge de nombreux patients. Il semble souhaitable que l'indication de telle ou telle psychothérapie dépende plus du trouble psychologique et/ou psychiatrique du patient que de la formation du psychiatre qui pose l'indication.

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) occupent une place de plus en plus importante dans les thérapies proposées aux patients, sans pour autant se substituer ou s'opposer à d'autres modalités thérapeutiques. Ainsi, les TCC reposent sur des modèles théoriques différents et n'ont pas les mêmes indications que les psychothérapies d'inspiration analytique ou la psychanalyse.

Elles ne peuvent être réduites au seul traitement de symptômes avec l'idée fautive que la disparition d'un symptôme se traduit par l'apparition d'un autre symptôme par substitution.

Ce sont des thérapies brèves et structurées basées sur "l'ici et le maintenant".

Le thérapeute est empathique, il travaille en collaboration avec le patient. Lors des premiers entretiens, il évalue les troubles présentés par le patient et recueille également d'autres informations : circonstances d'apparition et évolution des troubles, facteurs qui les augmentent et les diminuent... ; ce qui lui permet de faire une analyse fonctionnelle et de proposer un contrat thérapeutique construit au patient.

Les thérapies comportementales

D'un point de vue théorique, elles reposent sur des mécanismes de conditionnement.

A l'origine, elles s'adressaient au traitement des troubles anxieux (attaque de panique, phobies...) et dépressifs mais actuellement leurs indications sont plus vastes : troubles des conduites alimentaires, troubles sexuels, alcoolisme, troubles de la personnalité...

En pratique, il existe plusieurs techniques dont des techniques d'exposition, des techniques opérantes et des techniques issues de l'apprentissage social.

Les techniques d'exposition comprennent :

- la désensibilisation systématique : exposition en imagination à une hiérarchie d'items suscitant de l'anxiété de façon croissante associée à une méthode de relaxation,
- l'exposition in vivo,
- l'immersion : exposition sans relaxation au préalable,
- l'exposition et la prévention de la réponse de ritualisation dans les troubles obsessionnels.

Les techniques opérantes reposent sur le postulat que le comportement peut être contrôlé par ses conséquences.

Les techniques de renforcement, décrites par Skinner, font intervenir la notion de renforcement qui sont dits "positifs" s'ils augmentent la probabilité de production du comportement et "négatifs" s'ils diminuent cette probabilité.

Les techniques opérantes comprennent également des programmes d'attribution de tâches progressives notamment dans la dépression et des programmes d'activité.

Les techniques issues de l'apprentissage social regroupent des jeux de rôle et des techniques de modeling (apprentissage par imitation d'un modèle).

Les thérapies cognitives

Les techniques comportementales sont de plus en plus associées à des techniques cognitives qui visent à identifier et à modifier les contenus de pensées pathologiques du patient. Ellis et Beck dans les années 1960 ont proposé des modèles de compréhension de troubles émotionnels comme l'anxiété et la dépression, ainsi que des stratégies thérapeutiques pour prendre en charge ces troubles. Le postulat est la participation de schémas cognitifs, de processus cognitifs et de cognitions à l'origine du trouble émotionnel et impliqués dans son maintien. Le thérapeute aide le patient à identifier ses cognitions (pensées ou images associées au vécu émotionnel) puis les processus cognitifs et les schémas cognitifs qui les sous-tendent. Enfin, le patient apprend à les contester, à les argumenter et à les corriger.

Formation aux thérapies comportementales et cognitives

L'enseignement et la formation aux TCC se fait dans le cadre de diplômes universitaires et est également dispensé par l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC), 100 rue de la Santé, 75014 Paris, 01 45 88 35 28.

• Diplôme Universitaire de TCC sur Paris. Responsable pédagogique : Luis Vera, 100 rue de la Santé, 75014 Paris, 01 45 65 83 32

Références

Mirabel-Sarron C et Vera L. Techniques de thérapies comportementales. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-820-A-45, 1997, 7p.

Cottraux J. Thérapies cognitives. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-820-A-50, 2000, 6p.

Thérapie systémique

D'après la conférence de Michaël ROBIN
EPS Charcot- Groupe ERIC
30 avenue Marc Laurent, 78370 Plaisir
secretariat-eric@eps-charcot.fr

Une expérience personnelle...

Venir vous parler ici de la psychiatrie me rappelle l'époque où j'ai commencé la psychiatrie et il n'y avait pas une Cécile Hanon pour organiser ce type de journée. Je pense être un psychiatre qui a rencontré la psychiatrie par hasard car j'étais hésitant à poursuivre la médecine. Mon parcours a fait que j'ai cheminé vers la psychiatrie, puis vers les psychothérapies familiales comme cela se présentait, c'est-à-dire au fil des rencontres et des affinités.

C'est grâce à une collègue que je décidais de faire un stage en psychiatrie, pour voir, et que j'ai choisi le service de Serge Kannas. A mon arrivée, il me propose de suivre un entretien qu'il faisait avec un patient que je ne connaissais pas. Les chaises étaient disposées de telle façon que j'étais d'emblée excentré par rapport au patient. Au fur et à mesure de l'entretien, le patient et Serge Kannas se plaçaient de telle manière qu'à la fin, le patient me tournait totalement le dos, m'excluant ainsi de l'entretien. Je me trouvais dans une situation très inconfortable où j'étais totalement spectateur. Cette situation était d'autant plus inconfortable qu'elle me renvoyait à mon propre dilemme du moment, hésitant à m'engager vers la médecine ou la psychiatrie, mais spectateur et extérieur aux deux. Cela m'a fait réfléchir : comment s'engager et être reconnu dans quelque chose si l'on est spectateur ?

Le temps de la découverte...

A partir de là, j'ai vieilli brutalement et je me suis mis à lire ce qu'il y avait dans la bibliothèque du service pendant mes nuits de garde...J'y ai découvert Gregory Bateson, qui n'est pas un thérapeute familial mais un anthropologue, qui s'est intéressé à la schizophrénie vers 1940. C'était un théoricien exceptionnel, il rédigeait des "métalogues" qui sont des textes métaphoriques sur une problématique scientifique. Par exemple : "pourquoi les choses se mettent elles en désordre ?". Ou encore qui a écrit à l'époque une théorie originale sur l'alcoolisme : "l'alcoolique est comme tout le monde lorsqu'il boit, son problème émerge quand il arrête de boire car c'est à ce moment là qu'il ne peut pas s'empêcher de boire à nouveau". Un autre auteur qui m'a marqué est Paul Watzlawick avec son livre "Une logique de la communication", que l'on se doit d'avoir lu car il a réuni ce qui représente l'axiomatique de la communication avec notamment cette phrase : "on ne peut pas ne pas communiquer". Pour élaborer cette théorie, Watzlawick s'est inspiré d'une part de l'épistémologie de Bateson, d'autre part de cliniciens originaux : Milton Erikson, sophrologue pratiquant l'hypnose, et Don Jackson, psychiatre très intuitif. Watzlawick est également l'auteur d'autres ouvrages sur les psychothérapies, dans lesquels il développe l'idée que le problème pour lequel les gens viennent consulter est aussi pour eux une solution. Il explique ainsi les comportements de résistance à la prescription ou au changement. Se rapprochant dans un sens des cognitivistes, il dit aussi : "il n'y a pas besoin de connaître l'histoire d'un symptôme pour savoir comment le faire disparaître". Par exemple avec des interventions paradoxales : un homme sur un parapet menace de sauter et de se suicider, un policier arrive et le menace avec son pistolet en lui disant "si vous sautez, je tire". L'homme descend alors du parapet. Il montre aussi comment le symptôme est en lien avec le cadre : l'exemple de Conrad Lorentz qui passait pour un fou si on le voyait dans son jardin à reculer à quatre pattes, alors qu'il était en réalité un savant qui essayait de valider ses théories sur l'empreinte. Suite à ces lectures, j'ai suivi un séminaire dans le service, où j'ai pu apprendre que les familles peuvent être considérées comme un système qui fonctionne avec des règles, que lorsqu'une famille est en difficulté et a besoin de changement, on peut voir apparaître des symptômes qui la figent dans son fonctionnement. J'y ai également appris des techniques d'intervention que j'ai voulu mettre en œuvre.

Un premier cas pratique

La première famille que j'ai vue seul, en garde, venait car la grand-mère avait voulu se pendre avec le fil du téléphone. J'ai donc reçu toute la famille, 10 personnes au total...

J'ai essayé d'appliquer ce que j'avais cru voir et comprendre. A la fin de cette intervention, la famille m'explique : "on repart de l'hôpital, on a compris, on n'a plus besoin de vous". Pris de panique, je fais en sorte que cela se termine par une HDT !

J'en ai honte aujourd'hui mais j'ai compris que la formation était importante et je l'ai donc poursuivie avec Mony Elkaïm, psychiatre bruxellois, à Paris, puis avec Michel Gouiran et Gérard Blumen à Marseille.

J'y ai notamment appris que celui qui observe et décrit une situation fait partie de la situation et qu'il y a un pont entre les singularités du thérapeute et les singularités de la famille. Ce vécu singulier du thérapeute, que Elkaïm appelle une "résonance" est au cœur du travail thérapeutique et possède une réelle fonction pour le patient et sa famille. C'est une notion assez proche du contre transfert mais qui met l'accent sur le fait que ce que vit le praticien n'a pas seulement une fonction pour lui mais aussi pour la famille.

Par exemple si Mme P. m'irrite considérablement, je peux avoir tendance à soutenir systématiquement son mari. Si je m'en rends compte, je peux aussi faire l'hypothèse que Mme P. s'est construit une "théorie", une "carte du monde", selon laquelle, d'une manière générale, les hommes sont coalisés contre elle et ne l'écoutent pas.

En guise de conclusion...

Par la suite, je suis retourné dans ce premier service, pour y développer un service de crise d'urgence, le groupe ERIC1, où j'ai eu l'occasion de faire un travail extrêmement riche, à domicile avec les familles.

Aujourd'hui j'ai gardé ce modèle comme pratique dominante avec cette idée qu'il ne s'agit que d'un modèle et non d'une vérité. Nous travaillons sur des hypothèses et elles n'ont d'intérêt que parce

qu'elle permettent de promouvoir du changement, de l'autonomie chez les personnes prises en charge.

(1) CPOA : Consultation Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

(2) DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire

(1) ERIC : Équipe Rapide d'Intervention et de Crise

La réhabilitation psychosociale

Texte écrit par l'auteur Raphaël GOUREVITCH

Centre Hospitalier Sainte-Anne, Service Hospitalo-Universitaire

7 rue Cabanis, 75014 Paris

r.gourevitch@ch-sainte-anne.fr

C'est en passant de la pratique hospitalière à la prise en charge ambulatoire, souvent bien tard dans un cursus d'interne, que l'on prend la mesure de l'enjeu fondamental que représente la réhabilitation psychosociale des patients psychotiques. On a bien la notion, depuis le monde clos de l'hôpital (on pourrait presque parler, par goût de la caricature, de psychiatrie in vitro), que cet objectif existe, mais il est fort abstrait, presque utopique. En psychiatrie in vivo, il en va tout autrement.

En fait, cet enjeu est indirectement issu de la désinstitutionnalisation, phénomène continu depuis des dizaines d'années. Née de raisons parfois discutables (priorité des objectifs économiques face aux objectifs sanitaires, banalisation voire négation de la maladie mentale), celle-ci, en aboutissant à la réduction drastique du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques (une trentaine de milliers de lits en moins en dix ans, imparfaitement compensés par l'augmentation des possibilités offertes par les structures alternatives) a provoqué, pour certains patients, précarité voire surmortalité et a contraint les psychiatres et leurs autorités de tutelle à mettre en œuvre des solutions plus imaginatives et plus ambitieuses que le simple hébergement asilaire.

Plusieurs termes, à la définition confuse et parfois redondante, sont utilisés dans ce domaine. La réadaptation, ainsi que l'imaginait Paul SIVADON en créant un établissement tel que la clinique de La Verrière, reposait sur l'effort thérapeutique en vue du retour au travail. La réhabilitation, médiocre traduction de l'anglais, recouvre les notions de rééducation, de réintégration et a pour finalité le maintien des malades dans la communauté et la récupération du fonctionnement social et instrumental via des procédés d'apprentissage ou d'étayage. La connotation de la (ré)insertion dans la communauté est plus nettement sociale, tout comme celle de termes tels qu'inclusion ou intégration, qui s'opposent à celui de discrimination et qui impliquent la participation de tous à la vie de la société. On le voit, toutes ces notions sont proches et même partiellement superposables. Pourtant cette terminologie n'est pas sans incidence sur des aspects réglementaires ou financiers du champ qu'elle recouvre.

Plus intéressante est la compréhension des différents niveaux d'évaluation des conséquences des maladies en matière d'autonomie, de vie quotidienne et d'insertion sociale et professionnelle, tels que les envisagent les classifications internationales.

Si la maladie représente la situation intrinsèque, la déficience est la situation extériorisée (celle se situant au niveau de l'organe en médecine générale) ; l'incapacité la situation objectivée (au niveau de la personne) ; et le désavantage la situation socialisée (telle qu'elle se présente à l'interaction entre l'individu et son milieu).

Pour ce qui est des maladies mentales, on pourrait prendre l'exemple chez les patients psychotiques de la déficience

intellectuelle (de la pensée, de la clarté de la conscience, de l'attention...) qui débouche sur une incapacité (touchant le comportement, la communication, les soins corporels...), laquelle aboutit à un désavantage (touchant l'orientation, l'indépendance physique, la mobilité...).

Si l'ambiguïté règne en matière sémantique et chez certains praticiens entre "tentation médicale" et "tentation sociale", le législateur, quant à lui, distingue clairement ce qui est du domaine sanitaire de

ce qui est du domaine social. Le premier inclut la psychiatrie et la politique de sectorisation encadrée par la loi du 25 juillet 1985, destinée à lutter contre les maladies mentales ; les soins ainsi définis sont financés par l'assurance maladie.

Le second relève de la loi de 1975 sur les personnes handicapées, son financement repose sur l'aide sociale. Cette distinction est évidemment fondamentale puisqu'elle définit les autorités de tutelle compétentes, mais le risque de hiatus existe bel et bien pour certains services "frontière", dont chaque administration reconnaît l'utilité mais qu'elle voudrait voir financés par...

le bureau d'en face.

Il faut citer également les lois de 1988 et 1992 sur le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), dont le but était de "supprimer toute forme d'exclusion" – or certaines exclusions sont à l'évidence d'origine psychiatrique ; et celle du 3 janvier 1968 sur la protection des incapables majeurs. Au total ce contexte législatif doit être compris dans le cadre plus large d'un débat de société : faut-il des lois spécifiques pour les malades mentaux, dans le but de mieux les protéger mais en en faisant ipso facto des citoyens à part ? Ou bien, faut-il dé-spécifier le cadre légal des soins qu'ils reçoivent, dans le but de mieux les intégrer à la communauté, mais au risque, paradoxalement, de les pénaliser ?

La réhabilitation, et en cela elle s'oppose au modèle médical habituel, ne se prescrit pas.

Elle s'inscrit dans une dialectique savante entre capacités relationnelles de l'individu et capacités d'accueil de la société, dont les paramètres ne sont pas maîtrisables. Bien sur il faut s'appuyer sur les structures d'aide spécifiques destinées aux malades, mais aussi sur le tissu social général existant. Il faut également garder à l'esprit que le devenir des patients ne saurait dépendre entièrement de l'intervention des soignants.

Pour autant, il est nécessaire de collaborer étroitement avec les différents intervenants, en respectant les rôles de chacun : partenariat, réseau sont les clés de cette démarche. Il faut se garder de deux dérives opposées : celle du "tout soin", où le malade serait pris en charge par son psychiatre sur tous les plans, jusque bien au-delà de la mission de celui-ci ; celle du "tout social", où serait refusée au médecin toute intervention en matière de réinsertion, et où, in fine, la réalité sociale serait utilisée pour nier l'existence et les spécificités des maladies mentales.

En pratique, et sans préjuger des possibilités ou des habitudes locales, l'interne en psychiatrie doit s'intéresser à différents domaines touchant à l'insertion de son patient.

- Ses ressources tout d'abord : l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), qui fait partie des minima sociaux, compense (médiocrement) le désavantage économique lié à l'incapacité de travailler de nombreux patients psychotiques. Son attribution nécessite la constitution d'un dossier médical. Le RMI, comme son nom l'indique, a davantage une vocation de réinsertion.
- Le logement est également un enjeu important : la vie à domicile est parfois difficile pour un patient psychotique, confronté à des difficultés financières, à l'intolérance de son voisinage, à la méfiance du bailleur... Elle nécessite donc parfois un accompagnement, voire un aménagement particulier, sous forme de domicile collectif (appartements associatifs, appartement dits "relais", sorte de structure carrefour entre lieu de vie et lieu de soins, en général gérée par des associations, dans laquelle le patient est bel et bien chez lui mais bénéficie d'un accompagnement infirmier) ; de pension de famille, d'hôtel, d'accueil familial thérapeutique. Pour les patients plus dépendants, en l'absence de famille ou en cas de défaillance de celle-ci, il existe aussi des établissements d'hébergement : Maison d'Accueil Spécialisées (MAS), financées par l'assurance-maladie et parfois par l'aide sociale ; foyers de vie, foyers occupationnels ; Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). Toutes ces structures "mixtes", à la différence de foyers à seule vocation d'hébergement, se distinguent par la permanence du lien thérapeutique entre équipe soignante et résidents... Mais les places spécifiquement destinées à la population psychiatrique sont bien loin de correspondre aux besoins.
- La vie sociale constitue un autre domaine où des actions de réhabilitation ont leur place : il est souvent difficile pour un psychotique de quitter les lieux de soins pour aller prendre sa place dans les espaces sociaux. Sans tomber dans la normalisation ni dans l'adaptation au milieu à tout prix, on peut tâcher de favoriser le développement ou le maintien de lieux d'interface entre l'individu et le milieu social : vie associative, clubs, groupes d'entraide, d'échanges ou d'activités sont autant de ces lieux dont le soignant peut encourager la fréquentation.
- La place des familles est essentielle dans le fonctionnement social des patients psychotiques, dans leurs contacts, leur logement, leurs finances... Il est donc très important d'évaluer dans quelle mesure il est possible de les associer aux soins, et de les leur expliquer – d'autant plus que le message de

l'institution psychiatrique à leur intention, entre culpabilisation et retranchement abusif derrière le secret professionnel, est parfois bien peu intelligible : il n'est pas facile de se montrer "moralement présent, physiquement proche, mais non lié dans une vie commune" ! Des organismes comme l'UNAFAM ou la FNAP Psy sont appelés à jouer un rôle de plus en plus grand, tant au niveau des soins individuels qu'à celui de la politique de santé.

• L'insertion professionnelle enfin représente un enjeu très important, du reste inaccessible à de nombreux patients psychotiques. Elle conserve une place essentielle dans tout projet de vie, contribuant à l'autonomisation et au-delà à la reconnaissance sociale et à la valorisation narcissique. Pour autant il faut se garder de toute tentation de normalisation qui consisterait à se fixer cette forme d'insertion comme objectif ultime de tout projet de soins. Les difficultés sont nombreuses, liées aux capacités relationnelles des malades plus encore qu'à leurs compétences professionnelles stricto sensu, expliquant que seuls 21% des schizophrènes ont bel et bien une activité professionnelle, dont un tiers en milieu protégé. Notre système prévoit pourtant des moyens favorisant l'insertion professionnelle des personnes handicapées. C'est là le rôle de la COTOREP, qui reconnaît ou non la qualité de travailleur handicapé et qui peut orienter les sujets concernés selon quatre possibilités : vers le milieu ordinaire (où il existe un quota obligatoire de travailleurs handicapés) ; vers le milieu protégé, CAT ou ateliers protégés, structures protectrices à qui d'aucuns reprochent (sans doute injustement) de stigmatiser les patients plutôt que de contribuer à les réinsérer ; vers des entreprises d'insertion, à un niveau intermédiaire ; vers une formation, via des centres de rééducation fonctionnelle, des centres de formation, des contrats de rééducation et d'apprentissage. Mais il ne faut pas se leurrer, toutes ces mesures bénéficient rarement aux malades mentaux.

La réhabilitation psychosociale des patients psychotiques constitue donc un sujet passionnant, à l'interface du sanitaire et du social, de l'individu et de la société.

Travail en réseau, partenariat entre services de secteur et autres intervenants du milieu médico-social sont fondamentaux. Il faut se méfier de deux écueils : celui de la dilution de la psychiatrie dans le social, qui en attribuant aux éléments sociaux plus d'importance qu'à l'évolution de la maladie mentale, in fine nie l'existence de celle-ci ; et celui de la psychiatrisation à outrance, qui aboutirait à plus de stigmatisation que de réinsertion véritable.

C'est ce qui fait la singularité et, pourquoi ne pas le dire, la noblesse de la démarche psychiatrique dans ce domaine : les internes en psychiatrie, discipline médicale, ne doivent pas oublier qu'ils sont avant tout médecins, mais médecins d'une personne en interaction avec son milieu.

Références

Chambon O., Marie-Cardine M. la réadaptation sociale des psychotiques chroniques. Paris : PUF (Nodules), 1992.

Kapsambelis V., Bonnet C. Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques. Encycl Méd Chir, Psychiatrie, 37-295-E-10, 2002, 11 p.

Leguay D. Les pratiques françaises de réadaptation sociale. Inf Psychiatr 2001 ; 77 : 259-63.

Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness : a review of research on case management. Schizophr Bull 1998; 24: 37-74.

Vidon G. La réhabilitation psychosociale en psychiatrie. Paris : Ed. Frison-Roche, 1995.

La carrière hospitalière

D'après la conférence de Pierre FARAGGI
Centre Hospitalier Spécialisé
89 rue Cazeaux Cazalet, 33140 Cadillac
pierre.faraggi@wanadoo.fr

C'est un challenge de faire partager son enthousiasme concernant la carrière hospitalière, sans passer sous silence les difficultés du moment, qui ne rendent pas les perspectives très faciles. Y'aura-t-il encore demain une carrière hospitalière telle que nous la concevons aujourd'hui ?

Les perspectives

Quelles sont les perspectives ? L'accumulation des prévisions démographiques, qui ne sont pas bonnes, soulève plusieurs questions.

Le ministre de la Santé, M. Douste-Blazy, a annoncé que les postes ouverts à l'internat en 2005 et pour les années à venir seraient de 300 internes en psychiatrie. Si cela se réalise, si les postes sont effectivement occupés, ce n'est pas loin de ce que voulaient les psychiatres (référence aux États Généraux de la Psychiatrie, tenus en 2003), qui demandaient le doublement des postes d'internes.

L'élargissement du recrutement est un point essentiel, car à présent les nouveaux psychiatres ne sont pas suffisamment nombreux pour remplacer ceux qui partent en retraite.

On parle de 40% de psychiatres en moins (en ce moment 13 000 psychiatres en exercice en France) vers 2015-2020...

Au delà du nombre global, la façon dont les jeunes psychiatres feront le choix d'aller travailler en libéral ou à l'hôpital sera déterminante : actuellement un quart des internes finissant leur internat embrasserait la carrière hospitalière et les trois quarts la carrière libérale.

Cela illustre bien les difficultés démographiques :

Actuellement en France il y a environ 3 500 postes de praticien hospitalier en psychiatrie, dont 500 à 700 restent vacants ! Les choses sont donc en tension dès maintenant et risquent de s'aggraver considérablement... Cela dit les chiffres n'ont pas été revus depuis la promesse du ministre d'augmenter les postes.

Les contraintes administratives et gestionnaires

On voit se profiler des systèmes de recrutement plus contractuels, plus précaires, moins pérennes pour les professions médicales. Tout cela peut décourager les meilleures motivations, mais ne vous découragez pas : en majorité, les psychiatres interrogés disent se sentir bien dans leur métier à l'hôpital.

Par ailleurs, le statut de praticien hospitalier n'est pas une spécificité de la psychiatrie : il existe dans toutes les spécialités, et toutes les spécialités seront confrontées à cette situation.

Bref rappel historique

On peut distinguer trois périodes :

L'hôpital avant la réforme de Robert Debré

Le médecin apportait à l'hôpital sa compétence sur un temps très restreint et gagnait sa vie par sa pratique libérale en ville. C'était un tout autre hôpital.

A l'époque, la spécificité de la psychiatrie était de s'appuyer sur un corps de médecins fonctionnaires, le cadre des médecins des asiles puis des hôpitaux psychiatriques, qui intervenaient dans ces hôpitaux.

Les années 1970

Est apparu le temps plein hospitalier, l'investissement à plein temps par les médecins de l'institution hospitalière, ce qui a considérablement augmenté son dynamisme, ses compétences et son développement.

Ce fut une époque où l'argent n'était pas si difficile à trouver, l'époque des "trente glorieuses", durant laquelle tout le secteur hospitalier a connu un développement prodigieux.

Les psychiatres se sont emparés de ce nouveau statut à temps plein pour développer le secteur.

Les années 1980 et le budget global

Le budget global a mis un terme à cette période faste, on a vu arriver avec la loi de 1991 une plus grande prise d'autorité des directions sur les manettes de l'organisation hospitalière ; l'émergence des hiérarchies infirmières a compliqué la gestion des équipes. De surcroît, on a vu apparaître la vague sécuritaire, réglementaire, les contraintes matérielles, de temps, d'évaluation, l'alourdissement de la responsabilité médico-légale, le tout sur fond de restriction économique et de perte de moyens, alors que l'activité n'a cessé d'augmenter.

La situation actuelle

Pour la psychiatrie, c'est vraiment une situation très tendue. La demande a augmenté de façon constante, surtout depuis le début des années 90. Le nombre de patients suivis par le secteur public est passé de 700 000 à plus de 1 million 100 000 en 1999, soit une augmentation de plus de 55% en 10 ans. Les consultations des psychiatres libéraux ont augmenté dans le même temps d'une proportion toute aussi considérable, avec des listes d'attente qui s'allongent chez eux comme dans le public.

Cette situation est vraiment particulière et génère dans nos fonctionnements quotidiens une véritable mise en tension, avec un temps qui devient rare, des patients trop nombreux, des lits qui manquent, des équipes surchargées. C'est à cette réalité que nous sommes confrontés au quotidien.

Les racines identitaires du métier

Le psychiatre ne peut renier l'appui identitaire et les héritages multiples, un peu comme dans un patchwork où l'on retrouve :

- les grandes figures aliénistes du 19e siècle,
- les théoriciens du 20e,
- les pionniers de la psychanalyse, de la psychothérapie institutionnelle, de la pratique du secteur, sans oublier tout l'apport des neurosciences.

Un psychiatre hospitalier est considéré comme un médecin du sujet, parfois à certains égards, comme un médecin de famille, un médecin de l'évaluation clinique, qui se veut aussi pilote des organisations de soins, avec une responsabilité d'organisateur au niveau de l'équipe pluridisciplinaire.

Le code de la santé publique stipule que : "chaque secteur de psychiatrie générale ou infanto juvénile est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier assisté d'une équipe pluridisciplinaire".

On oublie souvent parmi les difficultés à nous situer au milieu des multiples hiérarchies hospitalières, cette dimension structurante du code de la santé concernant les missions du médecin à l'hôpital, et du responsable de service.

Le psychiatre fait donc fonction de chef d'orchestre de l'ensemble des soignants autour de lui, il doit être le promoteur qui soutient les réalisations dévolues au soin dans son service (qu'il s'agisse de structures d'hospitalisation ou de structures d'alternative à l'hospitalisation, ou de développer le partenariat avec tous les partenaires utiles (sociaux, médico-sociaux, élus...)).

Cette dimension très politique fait donc partie intégrante de ce métier, et l'on voit que les éléments qui concernent l'indépendance professionnelle du médecin et sa capacité d'initiative sont des éléments essentiels pour pouvoir exercer ce métier avec pertinence.

La question du transfert de compétences

Ce psychiatre, on ne lui a jamais autant demandé, il est sollicité partout et personne ne semble s'inquiéter des problèmes démographiques évoqués plus haut.

Mais en même temps il est clair que la fonction de chef d'équipe à l'hôpital lui est de plus en plus contestée, avec notamment l'évolution des hiérarchies infirmières. Néanmoins la lisibilité et les superpositions d'attributions ne facilitent pas la qualité de l'organisation et la prise de décision. Des "pilotes alternatifs" se profileront et, selon les travaux menés il y a 2 ans à la Direction Générale de la

Santé, la solution à la perte démographique se réglerait par un glissement de compétences, c'est-à-dire l'appel, selon les cas, aux infirmiers, aux généralistes, aux psychologues, pour des pans entiers de notre exercice.

La carrière du praticien hospitalier

Elle s'appuie sur un statut qui définit :

- le recrutement,
- la gestion du corps professionnel,
- les droits et les devoirs,
- les garanties en matière d'aleas professionnels, de prévoyance et de retraite.

Son travail se répartit en général entre le soin, l'organisation des soins et des participations à l'enseignement et à la recherche. Il travaille 10 demi-journées par semaine, non horarisées, dont deux peuvent être consacrées à une activité libérale ou à une activité d'intérêt général, susceptible d'apporter une rémunération complémentaire.

Ce qui semble fondamental dans ce statut, c'est qu'il permet une indépendance professionnelle. Le médecin n'est pas bien sûr dans une position de toute puissance à l'hôpital car la réalité financière s'impose à lui et son directeur est là pour le lui rappeler. Mais par rapport à l'organisation du soin et aux décisions qu'il doit prendre pour faire son métier, il bénéficie de cette indépendance.

Elle est aussi liée au trépied du statut :

- le recrutement après concours, qui est censé garantir les compétences professionnelles,
- la nomination et l'affectation, qui se font par le Ministre de la Santé, donc totalement indépendante des administrations locales,
- l'installation pérenne sur son poste (sauf volonté de mobilité ou accident grave de parcours) ; cette stabilité de l'emploi est très importante pour que le praticien puisse faire jouer sa capacité d'initiative, sa capacité de contradiction aussi quand il pense que les décisions des autorités administratives ne vont pas dans le bon sens...

Seule la mesure de cette relative indépendance peut garantir les fondements déontologiques du métier.

Discussion et conclusion

Le praticien hospitalier n'est ni un fonctionnaire, ni un contractuel, ni un médecin libéral.

C'est ce qui soutient la singularité de sa position et lui permet de rester, à l'écart des hiérarchies, le référent de l'organisation des soins.

Cela fait débat entre les praticiens hospitaliers (résultats d'enquête en 2002 sur 800 praticiens) : est-ce vraiment leur métier de s'occuper de nombreuses tâches administratives, de l'architecture du service, des protocoles infirmiers etc. Ou est-ce que le praticien devrait rester dans son bureau, consultant, expert, conseiller d'une organisation définie par d'autres... ?

Résultat d'une enquête

Les praticiens hospitaliers interrogés (4 000 interrogés, 800 réponses) étaient en majorité des temps plein, âgés de 40 à 50 ans.

u Missions du psychiatre

78% des praticiens hospitaliers souhaitaient s'en tenir au

"psychiatre chef d'équipe", mais néanmoins 22% trouvaient néanmoins un certain confort dans cette deuxième position, plus en retrait (médecin consultant, expert).

u Indépendance professionnelle

La plupart (70%) jugeaient leur indépendance insuffisante (malgré le statut actuel qui protège) et leurs relations avec les cadres infirmiers comme une entrave aux capacités d'initiative : 59%.

A propos de cette question des cadres : il est souhaitable que la profession infirmière continue sa progression, avec une certaine émancipation par rapport au pouvoir médical. Mais il faut déplorer la multiplication des cadres qui ne sont plus soignants et qui se consacrent entièrement aux tâches de gestion.

u Collégialité

La dissociation du grade et de la fonction, c'est ce qu'on appelle la collégialité : une façon de travailler ensemble, sans hiérarchie (des praticiens responsables d'unité, des praticiens chefs de service, des praticiens non chefs de service: tout le monde a le même grade et chacun dispose de son indépendance professionnelle pour l'organisation des soins), les relations entre collègues sont jugées bonnes à 63%.

u Conditions statutaires (nomination ministérielle)

85% des praticiens y sont attachés.

u Conditions de travail

Elles sont considérées comme difficiles pour 92% par manque de personnel, ensuite viennent les contraintes administratives.

u Évolutions de carrière

Elles sont considérées comme satisfaisantes ou convenables pour 57%.

u Que souhaitez vous aux jeunes ?

Plus de rémunération et aussi plus de valorisation de la place du médecin.

Il faut remarquer cette contradiction entre ces perspectives plutôt catastrophiques, et la satisfaction de la majorité des praticiens hospitaliers en exercice...

Les modalités d'exercice sont très diverses, il existe toute une palette de possibilités, ce qui explique sûrement la motivation de la plupart des praticiens.

La pratique libérale

D'après la conférence de Jean-Paul MIALET

61 bd des Invalides, 75007 Paris

jpmialet@club-internet.fr

Introduction

Une des caractéristiques fondamentales de la psychiatrie libérale est l'urgence pratique. Il s'agit en permanence de prendre des décisions, de répondre à des demandes, de trancher des questions que l'on ne peut remettre au lendemain. En face de soi, le patient qui attend un conseil, un soulagement, une ordonnance, un arbitrage... Et parfois, au même moment, au téléphone, un autre patient, une crise qui demande des réponses immédiates. La pratique libérale laisse rarement l'occasion de reprendre son souffle, et il est heureux que des situations comme la rencontre d'aujourd'hui incite à prendre la distance nécessaire pour mener une réflexion théorique.

Un autre aspect de la pratique libérale doit être soulignée : le patient que l'on a devant soi, que l'on suit pendant des années à travers toutes les étapes de sa vie, est beaucoup plus compliqué que celui que l'on a appris à reconnaître dans les livres de psychiatrie. "Il y a bien plus dans la réalité que dans tous les livres de philosophie", disait Shakespeare. Avec le temps, et un peu à son insu, on s'éloigne de la littérature et des débats de l'Université, qui paraissent sans grand rapport avec les questions rencontrées en pratique.

Au total, l'essentiel de la pratique libérale réside peut être dans ces quelques mots : on est seul. Personne pour vous souffler la réponse dont vous avez besoin, ici et maintenant ; et des repères théoriques qui, au fil du temps, se brouillent. Une situation avec ses avantages et ses inconvénients.

Les avantages

Citons un avantage majeur, à mon sens : on est de plain-pied avec le patient, seul à seul avec un patient que l'on voit non pas à l'hôpital, dans un milieu artificiel, mais dans sa vie même. Le patient reste dans son monde, il n'est pas en pyjama, dans une chambre, anonyme, entouré par une équipe de professionnels en blouse blanche. Psychiatre et patient sont ainsi sur un pied d'égalité, et la folie prend un relief différent. Ce n'est plus la folie qui sépare véritablement des autres, c'est la folie dont nous partageons des aspects. Occasion de redécouvrir que le fou est un humain - son semblable -, ce qu'il est toujours utile de garder à l'esprit... C'est aussi la folie dans ce qu'elle peut avoir de positif : on prend conscience, dans l'exercice libéral, que parmi ceux qui sont admirés et connaissent un destin hors normes, beaucoup le doivent à un "grain de folie" qui nécessite, de façon occasionnelle ou suivie, l'intervention d'un psychiatre : on découvre ainsi en ville, dans le monde des "normaux", les aspects positifs de la folie, alors qu'à l'hôpital, on en voit surtout les aspects dévastateurs et déficitaires. Un autre avantage non négligeable : il n'y a pas de carrière en libéral. Dès que l'on est installé, on peut oublier les questions de concours, de statut, de carrière... On est donc plus libre : pas de réseau de dépendance, pas de nécessité de s'entendre avec ceux qui vous permettraient d'avoir des promotions etc. On est le docteur X, installé à telle adresse, et cela pour toujours. Le bon côté : c'est le docteur X lui-même, et non une institution, ou une célébrité, que les patients viennent consulter. Et puisqu'il est toujours là, à la même adresse, le docteur X a l'occasion de faire des suivis de 20 ou 30 ans, de connaître la descendance de ses patients – bref, d'échapper aux coupes transversales de la folie pour la resituer dans son contexte humain et sa dynamique temporelle.

Les inconvénients

Dans le monde libéral, les références disparaissent. Inconvénient majeur : vous êtes dans une jungle où chacun peut prétendre détenir le moyen de guérir, ou en tous cas, améliorer le patient qui n'est pas satisfait de vos soins. Parmi l'ensemble des spécialités médicales, la psychiatrie est un des terrains les plus propices au "charlatanisme" : on y rencontre, comme vous le savez, beaucoup de maladies chroniques, et la crédulité des patients pour des méthodes prétendues innocentes n'a d'égal que leur méfiance pour les méthodes traditionnelles, surtout quand elles comportent des traitements médicamenteux.

Dans notre domaine, les patients sont surinformés, mais surtout mal informés. Media, vie professionnelle les confrontent en permanence à "la nébuleuse psy" où se mélangent les genres : pour eux, rien ne distingue vraiment psychiatres, psychologues, psychanalystes, "coachs" etc... Sans mentionner le foisonnement des gourous qui prêchent de nouvelles méthodes de bien-être... Pour être franc, la situation me paraît malgré tout en progrès. A mes débuts, en 1981, j'avais rencontré un schizophrène suivi depuis une dizaine d'années par un confrère, qui le traitait par des attouchements nasaux, renouvelés chaque semaine ! Cela me paraît difficilement imaginable aujourd'hui ; de ce point de vue, les conférences de consensus, même si elles aboutissent à des critères de soins parfois rigides, ont su établir des normes qui protègent contre les déviances de toutes sortes. Et d'un autre côté, les informations que recueillent nos patients sur Internet les rendent plus critiques.

D'un point de vue pratique, l'autre inconvénient de l'exercice libéral est la solitude. Vous êtes seul, en première ligne, exposé aux accusations de tous, sans protection – sinon de celle de l'Ordre des Médecins et d'un bon avocat. Pas non plus de protection pour les problèmes de santé, et la relation avec le patient en psychiatrie est tellement personnalisée que vous ne pouvez pas compter sur un remplaçant en cas de difficultés. Pratiquer ainsi seul et sans filet nécessite de pouvoir compter sur sa bonne étoile pour éviter les pièges de l'exercice, et les accidents de santé.

La relation psychiatre-patient en libéral

Revenons-y, au risque de nous répéter : la plus grande satisfaction dans l'exercice libéral, c'est précisément cette relation très personnalisée au patient que nous venons encore d'évoquer. L'implication personnelle du patient débute dès le choix de son psychiatre. Qui êtes-vous pour lui ? Les critères comptent peu, nous l'avons dit. Vos titres valent plus pour vos collègues que pour lui-même, et vous n'êtes pas une institution. Comment vient-il vous trouver ? Parce que vous lui avez été recommandé. Recommandé par quelqu'un de son entourage, qui a déjà bénéficié de vos soins. Ou recommandé par son médecin qui vous connaît et vous apprécie. Dans tous les cas, le patient arrive

vers vous avec la confiance qu'a su lui communiquer quelqu'un qui compte pour lui. Vous êtes d'emblée placé dans un réseau de confiance personnalisée. Ces relations vont croître et embellir avec la durée. Il y a des patients que l'on suit toute leur vie. D'autres réapparaissent 10 ans après, alors qu'on les avait oubliés, pour un tout autre motif que celui qui les avait amenés la première fois. D'autres encore vous adressent bien plus tard leurs enfants devenus adultes. Dans bien des cas, vous nouez avec vos patients des relations profondes qui durent aussi longtemps que la crise qu'ils ont à traverser et qui vous introduit au cœur de leur existence. Vous les connaissez mieux que des amis, mieux que beaucoup d'intimes. C'est probablement ces satisfactions humaines, celles qui rapprochent du médecin généraliste – mais un généraliste qui disposerait du temps voulu pour écouter ses patients – qui constituent l'essentiel de la pratique libérale de la psychiatrie. On ne doit pas omettre les satisfactions intellectuelles – car il ne s'agit tout de même pas que d'une simple relation d'amitié, mais bien d'une activité clinique qu'il faut mener avec subtilité – mais je ne les tiens pas pour prioritaires, tant les satisfactions affectives et émotionnelles sont grandes dans ces relations professionnelles personnalisées au long cours.

Quelle approche théorique ?

Au fil du temps, les approches théoriques peuvent varier avec le même patient. Comme nous le disions en introduction, la réalité est bien plus complexe que tous les livres, et la pratique libérale donne l'occasion de mesurer que les approches théoriques sont des découpages arbitraires dans une réalité mouvante et continue. Un même patient peut, selon les étapes de son évolution et selon ses attentes - pour ne pas dire selon ses croyances -, bénéficier d'une prise en charge psychanalytique, cognitivo-comportementale, comme de l'homéopathie et de l'acupuncture.

Oserai-je dire qu'un de mes patients – un polytechnicien particulièrement méfiant envers la science - a été aidé par une voyante, qui lui confirmait tous mes conseils ? Dans les années 60, un psychiatre de Dakar, le Professeur Collomb, expliquait que dans son exercice, il s'aidait des croyances locales et ne négligeait pas les sorciers. Aucune culture, même celles qui se prétendent rationnelles comme la nôtre, n'échappe aux croyances, et bien que pratiquant à Paris un demi-siècle plus tard, je me sens souvent en accord avec celui qui, au Sénégal, vantait les mérites du N'Doep pour soigner ses patients...

Du fait de sa formation médicale, un psychiatre est un prescripteur, et les patients qui viennent le voir attendent de lui, du moins au début, une ordonnance. C'est à cela qu'ils croient – ou à l'inverse, c'est cela qu'ils refusent de croire en développant au cours de la consultation tout un argumentaire. Sur ce point là, il s'agit d'imposer ses propres convictions et de ne pas se laisser influencer par son interlocuteur – s'il réclame, par exemple, un traitement à la mode, ou s'il s'oppose à un traitement qui vous paraît indispensable. Il peut également être nécessaire de refuser tout traitement médicamenteux, si on le trouve injustifié. Au début, tout tourne donc autour de la question du traitement. Certaines prises en charge s'en tiennent là, à ce niveau simplement médical. C'est rare. Dans la plupart des cas, la relation qui se noue avec le patient au fil du temps va bien au-delà de la prescription médicale. Une fois la crise apaisée, il est courant que se dévoilent des peurs ou d'autres symptômes encombrants. Une relation thérapeutique de fond se met alors progressivement en place avec un patient que vous avez appris à connaître pendant la crise, et qui vous fait confiance parce que vous l'avez soulagé. Vous bénéficiez ainsi de deux avantages : un capital confiance, et un bon repérage des croyances particulières qu'il faudra respecter pour faire évoluer le patient sans le brusquer. Tous les moyens me paraissent bons pour parvenir à aider celui qui croit ainsi en vous à s'affranchir des contraintes qui l'aliènent – sans le faire sombrer dans la dépendance.

Lors de la prise en charge au long cours, quand le recours à des spécialistes de telle ou telle technique ne s'impose pas, je pratique sans hésitation alternativement des thérapies d'inspiration psychodynamique, comportementaliste ou systémique ; sans jamais adopter, à l'égard de l'une ou l'autre de ces approches dont la pratique permet de bien mesurer les limites, une position "intégriste", et dans un désordre apparent, mais finalement pour le plus grand bien du patient qui reste au centre de la relation ; et dont les biais cognitifs, les dysfonctionnements familiaux ou les conditions de développement aliénantes, ne sont abordés qu'au moment propice, lorsque le contexte s'y prête.

Résumons : la pratique libérale permet à mon sens d'aller très loin dans la rencontre avec l'humain. Entre la complexité de l'humain, un domaine dont on ne fait jamais le tour, et la lueur de

reconnaissance qui, à l'occasion, vient éclairer le regard de ces patients devenus presque des familiers, il n'y a pas matière à se lasser.

A 57 ans, vous avouerez-vous que ne songez toujours pas à la retraite ?

La pratique expertale

D'après la conférence de Daniel ZAGURY
Centre Psychiatrique du Bois de Bondy, EPS Ville Evrard
13-15 Voie Promenade, 93147 Bondy Cedex
d.zagury@ns.eps-ville-evrard.fr

Préambule

Mon but n'est pas de vous expliquer la démarche expertale. Ce serait trop long. Je souhaiterais plutôt susciter en vous l'envie d'aller y voir de plus près. En effet, l'expertise est une irremplaçable école de clinique, de réflexion sur les limites de nos pratiques et de dialogue avec la société. Est-il possible d'être psychiatre sans se poser constamment de telles questions ? Je ne le crois pas. Ce sera d'ailleurs pour votre génération un enjeu crucial car si les psychiatres ne sont pas capables de mettre des bornes et des limites au champ de la psychiatrie, d'autres le feront à leur place : politiques, magistrats, laboratoires pharmaceutiques, compagnies d'assurances, journalistes, etc.

Un peu d'histoire

C'est autour du "fou criminel" que s'est en grande partie constituée la psychiatrie. Tout au long du XIXe siècle, se produit un désappariement progressif de la folie et de la criminalité. L'histoire de la psychiatrie légale a été marquée par des affaires criminelles qui ont suscité des débats passionnés entre aliénistes et juristes, mais qui ont aussi parfois divisé les cliniciens eux-mêmes. Les exemples sont trop nombreux pour être tous cités. Quelques repères méritent cependant d'être mentionnés : en 1817, à Sélestat, en Alsace, une paysanne tue son bébé et fait cuire sa jambe dans la soupe au chou. Fodéré préfère croire "pour l'honneur de l'humanité" que cette femme est aliénée, bien que les signes ne lui en paraissent pas évidents. En 1824, Louis Auguste Papavoine assassine deux enfants de 5 et 6 ans dans le Bois de Vincennes. Il sera condamné à mort et exécuté. Un an plus tard, Henriette Cornier, servante, demande à garder la fillette de la voisine de ses patrons. Elle la tue, la décapite et jette la tête par la fenêtre. On a imputé vingt-huit crimes à Joseph Vacher (Le juge et l'assassin de Bertrand Tavernier), entre 1890 et 1897. Il en avouera onze, particulièrement atroces. Quiconque a pratiqué l'expertise pénale a été confronté à des cas semblables.

Deux dangers guettent le clinicien : celui d'un réappariement archaïque de la psychose, de la dangerosité et de la violence ; à l'inverse, celui d'une minimisation voire d'un déni, que la réalité de notre difficile métier vient parfois contrarier brutalement et douloureusement.

Sous-estimer la potentialité violente de quelques psychotiques, à certains moments de leur parcours, constitue un facteur de risque supplémentaire en nous aveuglant et en ne nous faisant pas adopter la conduite qui s'impose. La psychiatrie, comme aimait à le dire René Diatkine, est aussi un art du passage à l'acte. Si 90% des sujets atteints de maladie psychiatrique grave ne sont pas violents et si 85% des sujets violents ne sont pas des malades mentaux, il existe cependant bel et bien un sous-groupe de patients psychotiques plus dangereux que la population générale.

Cinq caractéristiques peuvent en être retenues :

- ils ont un passé émaillé d'actes violents,
- ils ont une volonté active d'échapper à toute prise en charge, et notamment à tout psychotrope,
- ils abusent d'alcool et de drogues,
- ils commettent des actes violents au gré de la réapparition d'une acuité symptomatique,
- les dimensions psychotiques et psychopathiques sont souvent intriquées.

Quelques débats de société

- Les troubles de la personnalité sont-ils des maladies mentales ?

Le gouvernement britannique a récemment demandé à des experts quelle était la limite entre troubles de la personnalité et maladies mentales avérées. L'enjeu d'une telle question, discutée tout au long des XIXe et XXe siècles, est absolument crucial, notamment parce que de très nombreux délinquants présentent des troubles de la personnalité. Dans une ambiance sécuritaire et dans une société de la "tolérance zéro", ne va-t-on pas demain nous demander des comptes sur la récurrence des criminels ?

Ne va-t-on pas exiger de nous, dans une furor sanadi, de tout soigner ? Dès le milieu du XIXe siècle, Jean-Pierre Falret souhaitait que l'on ne confonde pas toutes les bizarreries et singularités de la nature humaine avec les maladies mentales ; plus d'un siècle plus tard, Henri Ey fustigeait cette psychiatrie qui, telle la

grenouille de la fable, de border-line en border-line, enflait au risque d'exploser ; quant à Georges Daumezon, il pointait le risque d'une "psychiatisation de l'existence".

On enjoint aujourd'hui à la psychiatrie de soigner la violence, la délinquance sexuelle et les conduites, comme s'il s'agissait a priori de symptômes de maladies. Il ne s'agit évidemment pas de reculer devant notre audace d'avoir exploré de nouveaux champs thérapeutiques, mais de clarifier les espaces et de le faire savoir. On ne peut amalgamer le champ de la demande, du soin sans consentement et de l'injonction thérapeutique. L'illustration la plus caricaturale de ce confusionnisme est cette attaque en règle contre l'abandon des malades en prison.

On peut se demander si la psychiatrie n'est pas aujourd'hui prise au piège du nominalisme : puisque nous savons si bien décrire tant de personnalités comme border-line, narcissiques, carencées, abandonniques, perverses..., nous sommes sommés de les prendre en charge et de réduire les conséquences des désordres qu'ils occasionnent.

- La désinstitutionnalisation est-elle responsable de la montée de la délinquance ?

L'étude australienne de Mullen et de son équipe ne confirme pas une telle hypothèse. La criminalité des malades mentaux a augmenté parallèlement à celle de la population générale. Les facteurs principaux en sont l'alcoolisme et la toxicomanie.

On reproche aujourd'hui aux psychiatres d'avoir abandonné les fous dans la rue. J'ai pu en discuter avec Xavier Emmanuelli, fondateur du SAMU-Social. J'ai repris les dossiers des patients de mon secteur qui nous ont échappé à un moment ou à un autre pour vivre dans l'errance. Je les ai retrouvés dans l'ordinateur du SAMU-Social. C'est une question extrêmement complexe que je ne peux pas ici détailler mais, ce que je crois, ce n'est pas du tout que la psychiatrie (quand elle a un minimum de moyens) ait abandonné ses patients, mais c'est plutôt que la société a abandonné ses pauvres, ce qui est tout à fait différent. La

vulnérabilité psychique, dans une société implacable, est un facteur supplémentaire d'exclusion et d'appauvrissement ; à l'inverse, l'exclusion et l'appauvrissement amplifient considérablement les effets de la vulnérabilité psychique.

- La justice est-elle thérapeutique ?

Lorsque débute un procès, on n'échappe plus aujourd'hui à cette information présentée comme une évidence : le procès va permettre aux victimes de faire "enfin" leur deuil. L'audience judiciaire serait la condition sine qua non d'un tel travail de deuil. Hors la justice, point de salut. La réalité est bien plus complexe. On observe par exemple, dans le procès des tueurs en série, que chaque famille de victime réagit différemment. Il y a celles qui ne veulent pas aller au procès. Il y a celles qui crient leur vengeance. Il y a celles qui veulent comprendre. Il y a celles qui sont soulagées à l'issue du procès. Il y a celles qui sont terriblement déçues au regard de leurs attentes antérieures...

En tant que psychiatre, clinicien, thérapeute, nous savons quelle est la complexité des réactions psychiques humaines. C'est du cas par cas. Il faut faire entendre notre voix, si nous n'avons pas renoncé à l'humanisme clinique de la tradition psychiatrique française.

- Les tueurs en série sont-ils des personnages tout-puissants et particulièrement intelligents, conformément au mythe hollywoodien ?

La réalité montre constamment le contraire. Ceux d'entre vous qui ont suivi les suites du procès Allègre et de l'affaire de Toulouse ont probablement compris à quel point la collectivité pouvait s'identifier à la toute-puissance du criminel au moment de son acte. On a imputé à un assassin le rôle de véritable docteur Mabuse régnant sur la ville rose, organisant des orgies avec des ministres ! Là encore, nous avons notre mot à dire et c'est la clinique qui nous confère cette légitimité. Sinon,

demain, comme aux États Unis, les grands criminels deviendront de véritables légendes du mal, justifiant la répression la plus aveugle dans l'ensemble du système.

En conclusion

Je ne vais pas multiplier les exemples. Ils sont trop nombreux. Pour vous, il est particulièrement formateur d'apprendre de ceux qui vous encadrent. L'expertise en est une formidable opportunité car c'est la meilleure école de la clinique. Elle est l'occasion de passionnantes réflexions anthropologiques. Ennuyez vos chefs de service s'ils font des expertises ; demandez-leur d'assister aux examens ; discutez avec eux de ce que vous avez observé, de ce que peut-être vous n'avez pas vu, de la meilleure formulation possible de ce que vous avez repéré cliniquement... Participez à des diplômes universitaires de psychiatrie légale car il s'agit d'une branche essentielle de la psychiatrie. Si vous la laissez dans d'autres mains, vous risquerez bien demain d'être complètement instrumentalisés, petits greffiers condamnés à obéir sans broncher aux injonctions politiques et économiques...

La Fédération Française de Psychiatrie

D'après la conférence de François PETITJEAN
Centre Hospitalier Sainte-Anne
1, rue Cabanis 75014 Paris
f.petitjean@ch-sainte-anne.fr

La Naissance de la fédération

En Janvier 1992, sur l'impulsion de l'INSERM, les différentes sociétés scientifiques de psychiatres se sont réunies pour donner naissance à la Fédération Française de Psychiatrie (FFP). A l'époque, 21 associations scientifiques s'étaient fédérées et actuellement ce sont 46 sociétés savantes qui constituent la FFP.

L'objectif fixé en 1992 était d'intensifier et de coordonner les actions de ces sociétés scientifiques par un organisme représentatif de la profession : le constat était fait d'un éclatement à travers un certain nombre d'associations.

Les objectifs

Les objectifs de la FFP sont de confronter les idées, les théories, de produire des réalisations communes, de promouvoir et de faire avancer la connaissance et les pratiques dans le champ de la psychiatrie, notamment en recherche, et de favoriser une meilleure représentativité nationale et internationale.

Les acteurs, les statuts

La présidence de la FFP a été assurée au fil des ans par des collègues issus des différents secteurs de la psychiatrie, que ce soit la psychiatrie universitaire, la psychiatrie hospitalière non universitaire, la psychiatrie libérale, la pédopsychiatrie.

Le président sortant, le Pr Charles Aussilloux est pédopsychiatre. Depuis janvier 2005, le Dr Jean-Charles Pascal, praticien des hôpitaux, est président pour une durée de 2 ans.

La FFP est constituée d'un bureau et d'un conseil d'administration, où figurent les différents représentants des associations scientifiques. La quasi totalité des associations est représentée. Depuis 2 ans, la FFP a modifié ses statuts. Un conseil scientifique s'est constitué, divisé en 8 collèges, sur les thématiques suivantes : psychopathologie, thérapeutique, pédopsychiatrie,

psychiatrie du sujet âgé, addictions, psychiatrie et société, relation avec les autres disciplines, formation en psychiatrie.

Les buts sont de promouvoir des travaux dans chacun de ces thèmes, mais aussi d'être en mesure de répondre à des questions posées par les pouvoirs publics ou d'autres interlocuteurs scientifiques ou même médiatiques...

Les actions

L'animation d'un site Internet : www.psydoc-france.fr

Créé en 1996, c'est un des principaux sites internationaux de psychiatrie, constitué de plus de 3500 dossiers, avec des bases de données interactives et animé par le Dr Jean-Michel Thurin.

La publication du bulletin, "Pour la recherche"

Sa vocation n'est pas de publier des travaux de recherche à proprement parler, mais de diffuser des informations sur les organismes de recherche, les financements possibles, et d'aborder des questions plus larges de méthodologie ou au sujet de l'exercice de la psychiatrie. Il est subventionné par la Direction Générale de la Santé.

Des réunions d'interface ont lieu régulièrement avec l'INSERM

Il existe un comité d'interface Psychiatrie-INSERM dont le coordonnateur est le Pr Jean-Pierre Olié.

Lien avec l'Association Mondiale de Psychiatrie (World Psychiatric Association)

Pour exemple, à Paris en juin 2000, la FFP et la WPA ont co-organisé le congrès du jubilé et d'autres symposiums.

Un symposium annuel est organisé avec l'American Psychiatric Association depuis plusieurs années.

Les moyens

Depuis sa création la FFP s'est intéressée à l'"Evidence Based Medicine" appliquée à la psychiatrie et aux différentes méthodologies qui permettent d'élaborer des recommandations thérapeutiques dans le champ de la psychiatrie.

Deux méthodologies sont essentiellement utilisées.

- les conférences de consensus

Elles définissent une position dans une controverse portant sur le monde médical dans le but d'améliorer la pratique clinique. Cette démarche est fondée sur la réunion d'un jury. En 2003, la FFP a organisé une conférence de consensus sur "Prise en charge de la schizophrénie débutante" alors que, déjà en 1994, la FFP était à l'origine de la première conférence de consensus dans le champ de la psychiatrie en France sur "Prise en charge des schizophrènes au long cours".

La conférence de consensus sur "Traitement des agresseurs sexuels et conséquences à long terme des maltraitements sexuels" a été une commande de la Direction Générale de la Santé à la FFP, alors que d'autres thèmes étaient plutôt des initiatives de la FFP.

- les recommandations pour la pratique clinique

La finalité est la même mais ne s'appuie pas sur une conférence ouverte au public ni sur un jury, mais sur des collèges d'experts et des groupes de lecture qui réalisent une synthèse des données scientifiques. A l'heure actuelle un collège se réunit sous la présidence du Pr Aussilloux pour émettre des recommandations sur le diagnostic précoce de l'autisme. C'est un axe de travail important de la FFP et il doit se pérenniser. Il faut diffuser les recommandations, et dans la mesure du possible il convient d'évaluer l'impact de ces recommandations de bonnes pratiques sur les pratiques réelles... mais ce domaine est peu développé.

Mesurer la différence entre ce qui devrait se faire et ce qui se fait ; essayer de comprendre pourquoi il peut y avoir une différence. Pour les prises en charges de schizophrènes au long cours, il a pu être démontré que les recommandations avaient abouti à une diminution des associations de neuroleptiques.

L'avenir de la FFP

L'avenir est le vôtre...

Ce qui a commencé il y a 15 ans est à poursuivre avec un engagement concret. La FFP est finalement une représentation de la profession dans ses différentes facettes. Il n'a pas toujours été facile de réunir des psychiatres d'horizons différents et de trouver des axes de travail communs, mais la FFP continue son travail et grâce à des ajustements de ses statuts, elle continue dans la durée.

Débat sur le bon usage des psychotropes

Médicaments psychotropes
ou remèdes pour calmer les nerfs ?

D'après la conférence de Claudie HAXAIRE
Maître de Conférence des Universités en Anthropologie médicale
Département de Sciences Humaines
Faculté de médecine et des Sciences de la Santé
29238 Brest Cedex 3
et
CESAMES (UMR 8136 CNRS / Paris 5 – INSERM-U611)
claudie.haxaire@univ-brest.fr

Pour qu'il y ait une alliance thérapeutique, il faut au minimum que le médecin soit attentif à entendre le point de vue de son patient. Ce point de vue sur les médicaments psychotropes est le "point d'accroche" de l'anthropologie médicale.

Des recherches ont été menées en Basse-Normandie, en région parisienne et dans le Finistère auprès de médecins généralistes et de leurs patients (1)(2). Ces derniers sont ici des consommateurs d'antidépresseurs, d'anxiolytiques, d'hypnotiques et parfois de neuroleptiques.

Le point de départ de ces recherches est une constatation de Zarifian (3) selon laquelle on savait peu de chose du point de vue des consommateurs de médicaments psychotropes, les français étant parmi les premiers au monde.

Un ethnologue travaille sur le point de vue des gens, en le replaçant dans leur contexte culturel, social, politique et économique. Il est important ici de reprendre la distinction étymologique entre médicament et remède.

"Médicament" vient de "medicus", de "médecin", dans le registre de la science, tandis que "remède" désigne, du point de vue du patient, ce qui vient combler l'écart entre ce qui est pensé comme normal et ce qui est pensé comme anormal, dans sa culture. Cela signifie que le remède obéit à d'autres critères d'efficacité que le médicament. Il est classé, catégorisé différemment, en fonction de principes organisateurs qui sont en rapport avec la représentation du corps et de la personne.

Les questions qui se posent alors sont les suivantes : la classe des psychotropes correspond-elle à une catégorie des consommateurs ? Sinon, à quelle(s) catégorie(s) ces médicaments sont-ils référés ? Alors, de quoi sont-ils le remède ? Est-ce qu'ils sont des remèdes appropriés ? A quoi ? Et quels sont les remèdes appropriés ?

La méthodologie de la recherche que nous avons menée en anthropologie médicale avait pour but de permettre aux gens de parler des médicaments psychotropes dans le cadre des autres médicaments,

c'est-à-dire leur pharmacopée personnelle, mais aussi des autres recours médicamenteux qui leur semblaient pertinents pour ces mêmes troubles.

Le travail a porté sur une population de classe moyenne, patients de médecins généralistes. Une majorité de femmes a accepté de répondre. En Basse Normandie, il s'agissait surtout de femmes d'une soixantaine d'années, dans le Finistère de femmes entre quarante et cinquante ans, plutôt actives.

Les verbatim ont été enregistrés, puis analysés par un logiciel appelé "Alceste" qui, procédant par classification hiérarchique descendante, classe des contextes ou mondes lexicaux en fonction des postures qu'ont les patients quand ils parlent de ces traitements. Il s'agissait de savoir s'il existait différentes postures concernant les discours sur les médicaments, et si les médicaments psychotropes correspondaient à une posture d'énonciation spécifique.

A la lecture des verbatim, nous avons constaté que le mot "psychotrope" n'apparaissait pas, et que le mot "antidépresseur" était difficile à utiliser, les personnes âgées du moins ne l'utilisaient pas. Tous les médicaments psychotropes étaient compris dans la grande catégorie de "pour les nerfs", avec des sous catégories, par exemple "pour dormir", "pour l'angoisse" (au sens de l'angor de la médecine ancienne, c'est-à-dire la sensation physique d'être serré). Les personnes déprimées préféraient, lorsqu'il s'agissait de dépression actuelle, parler de "être serré". On s'avouait dépressif au passé, ou bien on parlait de dépression de quelqu'un d'autre, mais pour soi-même, dans l'actuel, c'est un diagnostic que l'on repousse.

Avec la catégorisation en "pour les nerfs", il s'agit de "rabattre" le psychiatrique sur le neurologique, au sens où le nerf désigne quelque chose de concret parce que cela fait moins peur, en ne renvoyant pas à la folie. En Basse Normandie, les états de tristesse, de fatigue qu'on pourrait rattacher à la dépression, relevaient pour les patients de l'alimentaire, des "digestifs", des "remontants" (c'est-à-dire de l'alcool !).

Nous avons ainsi mis en évidence, à partir de ces médicaments "pour les nerfs", un certain nombre de dérives. Par exemple, le Décontractyl® entre dans cette catégorie "pour les nerfs" puisque c'est un médicament qui "détend".

Dans le discours des patients, le médicament approprié à la dépression était la benzodiazépine et non l'antidépresseur. Ainsi, tous les médicaments "pour les nerfs", antidépresseurs compris, prenaient les effets secondaires connus du public des benzodiazépines, les patients repoussant au maximum l'usage des antidépresseurs par peur de devenir dépendants. En revanche, des personnes qui prenaient des benzodiazépines ou des hypnotiques pendant des années n'avaient aucune sorte de culpabilité, n'envisageaient en aucune façon d'être dépendants de ces médicaments, lorsque, pour elles, ils traitaient une altération organique (par exemple une perturbation du cerveau due à un choc... les conséquences d'une anesthésie trop forte de leur point de vue ...).

Le terme de "drogues" correspond à "intoxication chimique", ou bien à une substance qui met dans un état "pas normal".

Les patients qui acceptaient mal de prendre ces médicaments trop longtemps, référaient cette gêne aux "mauvaises habitudes", à quelque chose qui ne tourne pas bien dans le quotidien et pour lequel il faudrait modifier ses habitudes de vie.

Même les patients qui prenaient de l'Anafranil® se disaient "serrés" et pas "déprimés". Le traitement approprié dans ce cas, de leur point de vue, étant soit d'aller voir le médium, soit de réactiver les liens sociaux, soit, pour les patients de Basse Normandie d'avoir recours à la contre-sorcellerie.

L'analyse de contenu nous montrait donc déjà qu'il n'y avait pas grand-chose à voir entre le vécu des patients et le point de vue du docteur.

L'utilisation d'Alceste met au jour un certain nombre de postures dans un corpus textuel. Ce logiciel classe des ensembles de mots, associés de proche en proche en univers lexicaux dans le discours des locuteurs. Dans un premier temps, il a classé tout ce qui concernait la dépression. Il n'y a retrouvé aucun nom de spécialité médicamenteuse ni aucun mot qui renverrait au médical d'une quelconque façon. Puis il a classé deux ensembles, un ensemble de tous les mots qui renvoient au médical (ordonnance, docteur, les noms de spécialités médicales etc...) et une autre classe qui est celle de "ce qui calme les nerfs".

Il est apparu que les mots liés aux psychotropes (antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques, neuroleptiques) ne sont pas pour autant reliés au médical. Ils renvoient au découpage quotidien de la vie.

La posture des patients telle que déterminée par le logiciel, quand ils parlaient de "ce qui calme les nerfs" était la posture d'une relation duelle au produit : "je" et "mon produit". La médiation par le médecin était absente du discours.

Cette analyse a également mis en évidence une mise à distance de la dépression.

Par ailleurs, les psychotropes étaient évoqués comme une catégorie distincte des autres médicaments, et les consommateurs avaient avec eux un rapport autonome. Cependant, l'analyse de contenu montre qu'il en est de même pour certains autres médicaments, les anti-inflammatoires par exemple, que les patients arrêtaient de prendre parce qu'ils étaient convaincus que cela leur faisait des trous dans l'estomac. On peut se demander en quoi le rapport autonome qu'ont les patients avec leurs médicaments psychotropes diffère du rapport autonome qu'ils ont envers un anti-inflammatoire, qu'ils ne prennent pas non plus selon les normes médicales ?

Nous avons fait une analyse de discours sur la façon dont les noms de médicaments étaient associés à des articles. Si pour les analgésiques, on pouvait avoir une posture d'automédication au sens d'une réappropriation autonome du savoir médical par les patients, il n'en était pas du tout de même pour les médicaments psychotropes. Pour ces derniers, il s'agirait plutôt d'une perversion du médical. En effet, l'obligation de passer par le médecin et le pharmacien pour obtenir ces médicaments (dispensés sur ordonnance uniquement) était présente mais avec l'idée qu'on pouvait se les procurer pour son usage propre, au même titre que les autres psychotropes : tabac, apéritif, cannabis, etc.

Dans un deuxième temps et avec une méthodologie homologue, nous avons travaillé sur ce qui se passait du point de vue des prescripteurs, les médecins généralistes. L'anthropologie médicale, suivant la sociologie de Freidson (4) adopte le point de vue "interactionniste", qui appréhende le fait social comme toujours construit dans l'interaction. Il s'agissait ici de travailler sur l'influence des postures des patients sur le prescripteur. Ce travail a montré que pour les médecins généralistes, tout se passait comme s'ils étaient dans une posture en miroir par rapport à leurs patients, c'est-à-dire qu'ils cherchaient à contrôler ce qui semblait leur échapper.

Mais en faisant une analyse plus fine et en raisonnant par traitement et non pas par classe (par exemple : antidépresseur + anxiolytique + hypnotique = traitement antidépresseur ; antidépresseur + neuroleptique = traitement neuroleptique), nous avons constaté que des indices discursifs, des petits mots, des tournures de phrases attestaient d'un investissement différent du prescripteur. Lorsque des hypnotiques et des anxiolytiques étaient prescrits seuls, par exemple "le petit Imovane® du soir", les médecins généralistes renvoyaient ce point de vue au patient, n'assumant pas pleinement leur acte dans les entretiens et en renvoyant la consommation au patient.

Ce qui apparaissait comme assumé par le médecin généraliste était le traitement antidépresseur. Ce dernier semblait être l'outil du médecin généraliste. "Je l'ai mis sous antidépresseur", de même pour le Subutex®. Pour les neuroleptiques, dans le cas d'un renouvellement d'ordonnance prescrit par un psychiatre, nous avons observé une mise à distance du patient et du traitement "c'est une dame qui a ...". Enfin, lorsque des noms de benzodiazépines étaient cités dans des tournures de phrase telles que "je l'ai mis sous...", il s'agissait systématiquement de benzodiazépines prescrites dans un traitement de substitution.

Cette recherche a permis de mettre en évidence, entre autres conclusions, que le point de vue du patient, tel que sa posture d'énonciation le traduit, a une certaine influence sur le prescripteur.

Références

- (1) Haxaire C., Brabant J., Cambon E., Wald P., Achard P., Usages et compétences familiales en matières de psychotropes : comparaison entre zone rurale (bocage Ouest-Ornais et Nord-Mayennais) et zones urbaines. Rapport MIRE en réponse à l'appel d'offre : Médicaments et santé mentale, 170 p (1999).
- (2) Haxaire C., Bodenez P., Richard E., Terrien K., avec la collaboration de Bail P., Locquet C., Noailly M., Gestion différentielle des dépendances par les médecins généralistes (zones urbaines et rurales de Bretagne Occidentale), Rapport MILDT / INSERM / CNRS, proj. 99D04. 2003.
- (3) Zarifian Edouard. Le prix du bien être. Odile Jacob, Paris, 1996.
- (4) Freidson Eliot, La profession médicale, Paris, Payot, 1984.

Les antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent

D'après la conférence de Olivier BONNOT
Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent
Hôpital de la Salpêtrière
47 bd de l'Hôpital, 75013 Paris
olivier.bonnot@psl.ap-hop-paris.fr

Concernant la question de l'utilisation et l'indication des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent, nous disposons d'informations scientifiques mais aussi de notions relayées dans les médias, avec des vérités et des contrevérités, et il est difficile de faire la part des choses pour savoir ce qui se passe réellement et de pouvoir en définir une attitude raisonnable. Je vais essayer aujourd'hui de vous éclairer sur ces questions.

En avril et décembre 2003, le Royal College of Medicine de nos collègues britanniques a pris la décision de proscrire les antidépresseurs chez les mineurs dans l'indication de dépression (ceci n'est pas valable pour le TOC1), à l'exception de la Fluoxétine. Dans le même temps, la Food and Drug Administration aux Etats-Unis a pris une décision similaire. Un an plus tard, l'Agence du Médicament en France a pris une décision proche mais sans interdiction, en déconseillant la prescription. Il paraît logique que ce phénomène vienne des Etats-Unis et de la Grande-Bretagne puisque les consommations d'antidépresseurs chez les enfants et les adolescents y sont particulièrement importantes. La décision semblait être justifiée par le fait que ces traitements seraient peu efficaces, voire dangereux avec un risque de suicide plus important chez les patients qui en prennent que chez ceux qui n'en prennent pas. Il est donc nécessaire d'avoir les éléments de ce débat à disposition, de savoir comment les trouver, comment les regarder, comment les observer ; en effet ces éléments nécessitent d'avoir un regard parfois de statisticien, parfois d'épidémiologiste, parfois de bon sens, toujours un regard de clinicien, et aussi un regard éthique.

De quoi dispose-t-on aujourd'hui pour prendre des décisions sur ce sujet ?

Nous disposons d'études concernant l'efficacité des antidépresseurs chez les enfants, en particulier chez les adolescents. Beaucoup d'études ont été publiées sur la Fluoxétine, et quelques unes sur les autres produits. Pour lire ces études, il faut regarder d'abord sur quels types de critères cliniques a été cherchée et approuvée l'efficacité du produit, c'est-à-dire quelles échelles ont été montrées comme pertinentes, s'améliorant pour le patient. Par ailleurs, il faut regarder comment a été comptabilisé le pourcentage de patients pour lesquels le traitement a été efficace. En effet, plusieurs indices et plusieurs méthodes d'analyse globale peuvent être utilisés. On distingue d'une part la méthode "ITT : Intent To Treat" (intention de traiter), qui consiste à inclure tous les patients qui ont été randomisés, même s'ils n'ont pas pris le traitement jusqu'au bout, c'est ce qu'on appelle "as randomized, as analyzed" (les résultats de tous les patients randomisés sont analysés), d'autre part la méthode qui consiste à exclure un certain nombre de patients parce qu'ils ne prennent pas le traitement jusqu'au bout, ou de ne prendre que ceux qui répondent au traitement. Les résultats sont donc variables en fonction de ces critères. De plus, dans les ITT, plusieurs méthodes existent aussi. Même si tous les patients sont inclus, il peut y avoir des nuances, ce qui rend assez difficile la lecture des résultats de ces études, celle des méta-analyses, et la comparaison entre les études.

Concernant la Fluoxétine, qui semble être le seul antidépresseur recommandé (sachant que le traitement médicamenteux ne doit pas être utilisé en première intention), certaines études ont montré une amélioration de l'échelle CGI2, qui est une échelle assez sommaire d'évaluation clinique. L'amélioration a été notable sur cette échelle, avec ce produit, sur des patients entre huit et dix-huit ans. Une autre étude très récente a montré une amélioration avec ce produit sur des échelles de dépression.

En somme il y a peu d'études à notre disposition et elles sont à lire de façon précise. Dans tous les cas, ce sont ces études qui justifient la recommandation de l'Agence du Médicament selon laquelle si l'on doit prescrire un antidépresseur chez l'enfant et l'adolescent, autant prescrire de la Fluoxétine. Pour les autres IRS, peu de résultats significatifs sont publiés concernant l'efficacité par rapport au placebo. Une étude montre une amélioration sur l'échelle CDRS3 de 22.6 points sur des patients

présentant une dépression avec la Fluoxétine et de 19.4 points avec le placebo. Un pharmacologue américain, Newman, a publié un article dans lequel il calcule et annonce avec une certaine ironie que cela signifie qu'un patient ressentirait donc 85% d'amélioration avec un placebo.

Concernant le risque suicidaire sous antidépresseur, un problème d'analyse des données se pose car certains essais n'ont pas été publiés. Un article récent dans le Lancet en 2004 fait le point sur les études publiées et non publiées, avec une méta-analyse globale de toutes les études. Deux études non publiées sont citées avec la Paroxétine, deux avec le Citalopram et deux avec la Venlafaxine. Dans les essais cliniques, les "sorties d'études" sont de 17 à 46%, ce qui est beaucoup. De plus, le risque suicidaire majeur est un critère d'exclusion des études.

La méta-analyse de la Food and Drug Administration aux Etats-Unis a essayé de compiler toutes les études, sachant qu'elles n'étaient pas destinées au départ à évaluer le risque suicidaire. Elle montre une augmentation du risque pour tous les IRS, à l'exception de la Fluoxétine. Un travail publié dans le Lancet en 2004 prend en compte toutes les études non publiées et arrive à des résultats moins clairs, sauf pour la Fluoxétine.

Une autre étude américaine ne montre pas d'augmentation significative du risque, mais cette étude porte sur la suicidalité, c'est-à-dire à l'intention suicidaire, la tentative de suicide, et le suicide (contrairement aux autres travaux qui ne portent que sur le suicide).

Finalement, ces travaux sont difficilement comparables et il est impossible de conclure.

Dans toutes les études, le nombre de suicides représente un très petit nombre de cas pour un grand nombre de patients, c'est-à-dire que la puissance statistique des résultats obtenus est faible. Mais la significativité est grande. Cela signifie que si un effet que l'on n'avait pas recherché au départ apparaît à ce point significatif, il doit donc être plus important qu'il n'apparaît dans l'étude puisque tous les biais ici présents, dus au fait qu'on ne l'avait pas recherché, tendent plus à diminuer la force statistique qu'à l'augmenter.

Par ailleurs, il faut tenir compte d'une part du fait établi que le risque suicidaire lié à la levée d'inhibition existe avec tous les antidépresseurs et qu'il est plus important à dix jours de traitement, et d'autre part du fait que l'effet placebo est très important chez l'enfant et l'adolescent.

En conclusion, il est recommandé d'utiliser en première intention la prise en charge familiale, la psychothérapie, et si besoin prescrire un antidépresseur à condition de pouvoir suivre le patient très régulièrement.

- (1) TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif
- (2) CGI : Clinical Global Impression Scale
- (2) CDRS : Child Depression Rating Scale

Du bon usage des psychotropes

D'après la conférence de Charles-Siegfried PERETTI
Hôpital Saint-Antoine
184 rue du Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris
charles.peretti@sat.ap-hop-paris.fr

Sur la prescription des psychotropes, des messages simples sont à retenir auxquels il est nécessaire d'être attentifs tout au long de notre activité de prescripteur et de clinicien.

Premièrement, pour les psychotropes (comme pour les autres catégories de médicaments d'ailleurs), il faut autant que possible, privilégier l'usage en monothérapie. On doit garder un regard clinique aussi précis que possible avant de prescrire, par exemple un antidépresseur pour un épisode dépressif majeur, un anxiolytique pour un trouble anxieux, etc. Mais certains champs thérapeutiques s'interpénètrent : on retrouve par exemple dans le traitement de certains troubles anxieux la prescription d'antidépresseurs, dans d'autres pathologies des thymorégulateurs, et de nouvelles classes de médicaments arrivent en psychiatrie, comme les anti-convulsivants.

Deuxièmement, la co-prescription de psychotropes doit être faite avec précision. Par exemple, si l'on prescrit un hypnotique à un sujet déprimé, en association avec un antidépresseur, ce traitement hypnotique devra être arrêté après un délai convenu à l'avance avec le malade. Or, dans la majorité des cas, on retrouve des ordonnances où les hypnotiques sont prescrits très longtemps, plus que nécessaire. De même pour les anxiolytiques : un patient déprimé peut être anxieux et nécessiter un traitement anxiolytique associé au traitement antidépresseur, mais la question d'arrêter éventuellement le traitement anxiolytique lorsque le traitement antidépresseur aura fait son effet, devra être posée.

Concernant la dose, celle-ci doit être efficace, puis, après le traitement dit "d'attaque", il faut rechercher la dose minimale efficace. Cela inclut de prendre en considération un certain nombre de risques. Il ne faut pas diminuer les doses trop rapidement pour éviter les effets de sevrage, ni diminuer la dose en deçà du seuil d'efficacité. Par exemple, à partir de données de la littérature sur les antidépresseurs, on sait que la durée du traitement doit être de neuf, douze, voire dix-huit mois dans les dépressions pour garantir une action préventive sur la récurrence.

Il y a actuellement des débats, auxquels participent des disciplines comme l'anthropologie, à propos de la signification de la prise au long cours d'antidépresseurs pour le patient, qui, lorsqu'il a recouvré la normothymie, arrête en général le traitement. Ceci peut se produire au bout d'un mois, ou même de trois semaines, ce qui est catastrophique du point de vue du suivi et du risque de récurrence, puisque ce dernier est élevé dans les douze à vingt-quatre mois qui suivent.

La recherche de la dose minimale efficace doit être menée à bien pour améliorer la compliance qui est le plus souvent corrélée à la nature et à l'intensité des effets indésirables.

Dans le cadre de la prescription de psychotropes, il faut tenter d'établir une alliance thérapeutique, c'est-à-dire un partage, une écoute bienveillante et réciproque et la prise en compte de certaines demandes ou remarques faites par le patient. L'écoute doit porter sur l'efficacité du traitement initial, sur la sémiologie et sur les effets indésirables. Une bonne alliance thérapeutique est garante, dans la plupart des cas, d'une bonne compliance thérapeutique. Aujourd'hui, en médecine, sur l'ensemble des traitements prescrits, deux ordonnances sur trois se révèlent ne pas être utilisées de manière correcte par le patient, autrement dit le patient n'est pas compliant dans deux tiers des cas. Cela veut dire que le lien qui unit le médecin au patient doit être la base, le socle sur lequel la compliance va se construire.

Enfin, il est nécessaire de traiter les comorbidités. Par exemple, un patient déprimé peut avoir des symptômes anxieux qui ne sont pas seulement ceux de la dépression mais qui lui sont associés. Un patient schizophrène peut être déprimé, en effet il est vulnérable à la dépression car il existe dans la schizophrénie une souffrance, un handicap important pesant sur la vie du patient. Dans ce cas, il faut donc traiter à la fois la schizophrénie et la dépression.

(1) CPOA : Consultation Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

(2) DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire

Débat sur les psychothérapies

Introduction

D'après la conférence de Jean-François ALLILAIRE

Hôpital de la Pitié-Salpêtrière

47 bd de l'Hôpital, 75013 Paris

jf.allilaire@psl.ap-hop-paris.fr

Une commission a été créée entre le Collège National des Universitaires en Psychiatrie et la Fédération Française de Psychiatrie pour discuter le projet d'évaluation des psychothérapies. Ce projet était lié, de la part des politiques, au phénomène très inquiétant à l'époque, de "noyautage" des psychothérapies par les sectes. En effet, l'absence d'un statut officiel concernant la fonction et le métier de psychothérapeute peut éventuellement entraîner des sujets fragiles vers des "psychothérapies non labellisées".

Cette commission a longuement réfléchi à la signification de la création d'un statut de psychothérapeute et a fini par s'y opposer. La raison de cette opposition, toujours en débat, réside dans le fait que la création d'un nouveau métier de psychothérapeute impliquerait de facto que le psychiatre n'est plus psychothérapeute : autrement dit elle anéantirait, dans le métier du psychiatre, la fonction psychothérapique inhérente à l'activité de psychiatre.

Dans les années 60, coexistaient deux mouvements qui ont marqué les psychiatres en formation : d'une part, la psychanalyse (la grande majorité des internes faisait une analyse personnelle et s'intéressait aux thérapies analytiques) et d'autre part, les neurosciences, à travers les découvertes de la neuropharmacologie (en particulier depuis la découverte du Largactil® en 1952). Il y avait alors une polémique, devenue tout à fait obsolète, entre ceux qui "prescrivent" et ceux qui "ne prescrivent pas".

Dans les années 70 et 80, la vogue de la psychanalyse a régressé.

Dans les années 2000, une enquête a montré que plus de 70% des psychiatres libéraux ont une formation psychanalytique dont ils se servent auprès des malades, et en même temps prescrivent des médicaments. Ceci montre que cette fonction psychothérapeutique imprégnée de psychanalyse est un des ingrédients de la formation de ces psychiatres libéraux, qui soignent plus de 50% des malades.

Le Livre Blanc de la Psychiatrie (Ed John Libbey, 2003) et la commission précédemment citée ont abouti à un lobbying relativement efficace, qui s'est concrétisé dans le rapport sur les psychothérapies de l'Académie de Médecine, qui avait créé une commission de travail spéciale sur cette question en 2004. Ce rapport a conclu que les psychiatres ont pour vocation d'exercer les psychothérapies, mais que des psychologues cliniciens peuvent aussi être habilités à les exercer.

Cet exercice des psychothérapies suppose une formation théorique et pratique, qui peut s'acquérir sur le terrain, dans des prises en charge de malades supervisées et par une connaissance des corpus théoriques des psychothérapies (essentiellement des grands courants : psychanalyse, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies systémiques, hypnose, thérapies humanistes, etc). Tout futur praticien de la santé amené à prendre en charge des malades doit exercer une fonction psychothérapique qui tient compte de sa connaissance des grands mouvements théoriques, et peut éventuellement l'amener à exercer lui-même une psychothérapie codifiée qu'il aura apprise par une expérience personnelle ou dans une institution conventionnée avec l'Université.

En août 2004, cette question s'est terminée par un amendement qui fixe non pas un statut de psychothérapeute, mais des règles qui permettent de baliser la fonction psychothérapique.

Cet amendement reste discuté car il concerne toutes les psychothérapies à l'exception de la psychanalyse. En effet, elle n'a pas été considérée comme une psychothérapie, à la demande des institutions psychanalytiques qui ont voulu rester en dehors de la question d'un statut légal de psychothérapeute. De fait, les psychanalystes sont seulement astreints à figurer sur des listings des institutions psychanalytiques pour être considérés comme des psychothérapeutes potentiels.

La fonction psychothérapique est consubstantielle au métier de psychiatre. Elle n'est donnée ni d'emblée, ni à tout le monde. Elle n'est pas suffisamment enseignée et une discussion au niveau européen a pour objet de savoir comment intégrer une formation théorique et pratique dans les maquettes du DES.

En France, des prises en charges de malades dès le début de l'internat, supervisées par des seniors avec une évaluation de la fonction psychothérapique sont préconisées, ainsi qu'un enseignement théorique sur les divers corpus de connaissances dans les deux premières années d'internat. Ensuite, les futurs psychiatres sont laissés assez libres dans leurs choix, mais une incitation est donnée à se former dans au moins une psychothérapie codifiée.

(1) CPOA : Consultation Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

(2) DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire

Évaluation des psychothérapies psychanalytiques

D'après la conférence de Jean-Michel THURIN

Membre de l'expertise collective INSERM
Rédacteur en chef de Pour la recherche
9 rue Brantôme, 75003 Paris
www.techniques-psychotherapies.org

La question de l'évaluation des psychothérapies psychanalytiques fait l'objet d'un débat actuellement réactivé par le rapport d'expertise de l'INSERM1. (1)

En réaction à ce rapport, deux types de discours s'opposent : l'un prétend que l'efficacité des TCC2 est établie ; l'autre affirme que rien n'est évaluable, ni mesurable et qu'il faut sortir les psychothérapies psychanalytiques du champ de cette évaluation.

Concernant l'évaluation des psychothérapies psychanalytiques, les premiers travaux internationaux datent de 1917 et les premiers travaux structurés de 1975. Des travaux sont publiés dans tous les pays européens (Angleterre, Allemagne, Suède, Norvège, Italie...) et même en Australie et en Nouvelle-Zélande : en France, où 75% des psychiatres libéraux se réclament de la psychanalyse, aucun travail d'évaluation n'avait jusqu'alors été publié (2).

Les études montrent que les patients suivis en psychothérapie psychanalytique ont des pathologies lourdes. Une étude américaine de 1994 montre que les patients en psychothérapie psychanalytique se répartissent entre trois diagnostics de l'axe I du D.S.M.3, tous ont un trouble de la personnalité associé et 25% d'entre eux ont en plus une histoire traumatique (3). La particularité de ces psychothérapies, dans leurs objectifs, est de porter sur la réduction des symptômes, mais également sur des variables de santé : amélioration des relations, plus grande liberté par rapport aux sentiments, possibilité de trouver de nouvelles façons de vivre, de penser. La finalité ne se réduit donc pas au traitement d'un symptôme particulier.

Ces psychothérapies agissent sur deux grands axes : d'une part les conflits psychiques, c'est-à-dire les contradictions dans la pensée qui peuvent aboutir à la constitution de symptômes ou de conduites ; d'autre part le développement, la construction du moi, la façon dont l'histoire du sujet et les interactions

précoces interviennent sur la constitution psychologique développementale d'une personne.

Un point central de la technique est l'absence de suggestion, contrairement aux TCC par exemple. La psychothérapie psychanalytique part du patient, elle se construit à partir d'éléments inconscients mis à jour, et elle implique une intégration qui va progressivement modifier le rapport à la réalité et les conduites. Il s'agit donc d'un processus de destruction des déséquilibres qui ont abouti à une personnalité pathologique, et d'un processus de reconstruction.

Récemment, deux auteurs ont essayé de mettre en évidence les spécificités de chaque psychothérapie (4).

Concernant les psychothérapies psychanalytiques brèves, sept critères sont repérés : la focalisation sur l'affect, le travail sur les résistances, sur les répétitions, sur les expériences passées, sur les expériences interpersonnelles, sur la relation thérapeutique et le transfert, et enfin sur le désir, le rêve, le fantasme.

D'autres études ont croisé ces résultats avec des analyses de processus lors de thérapies diverses (5,6). Elles concluent qu'il existe de nombreux chevauchements entre les techniques, d'autant plus quand l'expérience du thérapeute est importante.

Ceci montre les limites de l'expertise collective de l'INSERM, dans la mesure où elle est centrée sur les essais contrôlés

randomisés, dans le cadre de l'EBM4. Ces essais contrôlés randomisés concernent des troubles isolés, suivis durant une période limitée, suivant un manuel parfaitement organisé, avec des patients randomisés. Or, tous ces éléments sont à l'opposé de ce que l'on rencontre dans la pratique clinique des patients qui font une psychothérapie psychanalytique, qui n'est pas prescrite mais fait l'objet d'une demande de leur part.

Une méta-analyse de décembre 2004 a trouvé dix-sept études, qui couvrent à peu près l'ensemble des troubles (7). Elle montre des tailles d'effet très importantes : 1.39 pour les problèmes cibles, 0.90 pour les symptômes, 0.90 pour le fonctionnement social. Cela confirme qu'il n'y a pas de différence majeure entre psychothérapie psychanalytiques et autres formes de psychothérapies.

Mais tout ceci n'est pas satisfaisant car les essais contrôlés randomisés ont des limites en terme de concordance avec la réalité clinique. Ce sont des études expérimentales qui ont une visée quantitative. On a donc pu montrer que les psychothérapies

psychanalytiques avaient des effets, mais il reste à étudier pourquoi et comment. Ce travail pourrait se faire avec des études de cas extrêmement spécifiées et rigoureusement menées, suivant une méthodologie proche des essais contrôlés, tout en permettant de réunir des populations représentatives des problèmes véritablement rencontrés (8,9).

Références

- (1) "Psychothérapie, trois approches évaluées". Éditions Inserm, février 2004.
- (2) Lehembre O. Psychiatres au travail. Qui sommes-nous, que faisons nous ? La lettre de Psychiatrie Française Janvier et février 2004.
- (3) Doidge N, Simon B, Gillies LA, Ruskin R. Characteristics of psychoanalytic patients under a nationalized health plan: DSM-III-R diagnoses, previous treatment, and childhood trauma. Am J Psychiatry 1994, 151 : 586-590
- (4) J. Stuart Ablon, Enrico E. Jones: Validity of controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Am J Psychiatry 2002 ; 159 : 775-783
- (5) Blagys MD, Hilsenroth MJ. Distinctive activities of cognitive-behavioral therapy. A review of the comparative psychotherapy process literature. Clin Psychol Rev. 2002 Jun;22(5): 671-706.
- (6) Blagys M D, Hilsenroth M J. Distinctive Features of Short-Term Psychodynamic- Interpersonal Psychotherapy: A Review of the Comparative Psychotherapy Process Literature. Clin Psychol Sci Prac 7:167-188, 2001
- (7) Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. 2004 ; 61(12): 1208-16.
- (8) Thurin JM, Briffault X. Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. L'Encéphale (accepté 03 2005)
- (9) Lapeyronnie B, Thurin M, Thurin JM. Mise en place et premiers résultats d'une recherche naturaliste en réseau répondant au "gold standard" (à paraître).

- (1) INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- (2) TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale
- (3) DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- (3) EBM.: Evidence Based Medicine

Expertise collective INSERM : évaluation des psychothérapies

D'après la conférence de Olivier CANCEIL
Service Hospitalo-Universitaire & Secteur 75G14
Centre Hospitalier Sainte Anne
1, rue Cabanis 75014 Paris
o.canceil@ch-sainte-anne.fr

De l'expertise collective de l'INSERM1 (1), n'a été retenu qu'un grossier résumé de la synthèse finale. Une importante conclusion à retenir était néanmoins la nécessité de promouvoir davantage de recherche pour l'évaluation des psychothérapies, tout particulièrement pour celles d'inspiration analytique, qui, du fait de la suprématie méthodologique des essais randomisés contrôlés, n'apparaissent que peu dans les publications internationales.

Les aspects épistémologiques font l'objet d'un questionnement. En particulier, l'essai contrôlé randomisé est-il la meilleure solution pour montrer l'efficacité d'un traitement ? Actuellement, la méthodologie reproduit celle utilisée pour les traitements médicamenteux, ce qui implique que les patients inclus dans les études ressemblent peu dans les deux cas à ceux que l'on rencontre dans la pratique.

Les problèmes de méthodologie portent essentiellement sur les définitions, à toutes les étapes et concernant tous les aspects du processus psychothérapeutique : la définition du traitement, de l'efficacité thérapeutique, de la cible (par exemple la cible du symptôme, qui est consubstantielle à la TCC2 mais qui

n'est peut-être pas la cible la plus pertinente pour la thérapie

psychanalytique), les problèmes psychologiques, les comportements et attitudes psychologiques et psychothérapeutiques,

les modes d'action des traitements (le(s) processus thérapeutique(s)), les conditions de milieu dans lesquels agissent les traitements, etc.

Par ailleurs, face au processus psychothérapeutique, on est en balance entre une science idiographique (qui consiste à décrire quelque chose qui ne se passe qu'une fois, comme l'histoire et la géographie) et une science nomothétique (qui consiste à établir des lois reproductibles, comme les sciences physiques). La première étape, à l'instar du travail de S. Freud, est le cas individuel, dont l'étude va aboutir à des lois générales. Le cas individuel lui-même peut faire l'objet de protocoles expérimentaux, avant de passer du cas individuel à la série de cas, puis à la cohorte.

Le phénomène d'allégeance du psychothérapeute est à prendre en compte dans les études, puisqu'il peut y avoir des enjeux quand celui-ci s'engage dans un protocole d'évaluation, par exemple si la technique à laquelle il a consacré son temps se révèle moins opérante qu'une autre... Une grande part de facteurs psychologiques entre donc en ligne de compte, qui peut perturber l'évaluation des psychothérapies.

La recherche en matière de psychothérapie consiste à passer sans arrêt de l'individuel au général, et à mettre en question des croyances afin de déterminer les plus petits dénominateurs communs qui pourront être testés et vérifiés. Un grand nombre de facteurs peuvent générer des biais, il faut donc les renseigner au maximum.

En terme épistémologique, le but de la science n'est pas d'établir la vérité, mais au contraire de réfuter progressivement les erreurs.

Quelles psychothérapies pour quels troubles ? Quelques exemples concrets issus de la littérature internationale sur les TCC :

- le trouble panique : pour les TCC, deux méta-analyses montrent une efficacité des TCC associées ou non aux antidépresseurs ; pour les thérapies psychodynamiques brèves, une étude contrôlée seulement montre une efficacité des TPB3 associée aux antidépresseurs, avec un moindre niveau de preuve que les TCC, dans la prévention des rechutes de trouble panique

jusqu'à neuf mois de l'arrêt de l'antidépresseur ;

- Le trouble obsessionnel compulsif : trois méta-analyses montrent une efficacité des TCC ;

- Les phobies sociales : trois méta-analyses montrent une efficacité des TCC ;

- Les phobies spécifiques : six études contrôlées montrent une efficacité des TCC

Une grande quantité de données est disponible pour les TCC et très peu pour les TPB.

Dans l'anorexie mentale, trois études contrôlées de thérapies familiales et une revue systématique de thérapie familiale cognitivo-comportementale montrent une efficacité établie des TF4, surtout chez des patients jeunes ayant moins de trois ans d'évolution et jusqu'à cinq ans de suivi. Une revue systématique de TCC montre une absence d'efficacité démontrée des TCC, sauf sous forme de TF, c'est-à-dire dans le domaine de la psychoéducation.

Dans les troubles de la personnalité, on dispose de données aussi solides pour les TCC et pour les TPB.

Pour la personnalité limite par exemple, trois études contrôlées de TCC et une étude contrôlée de TPB montrent une efficacité, respectivement à douze et dix-huit mois de suivi.

Pour la personnalité antisociale, deux études contrôlées de TCC et de TPB montrent une efficacité dans les cas où une dépression est également présente, à sept mois de suivi.

Enfin, tous troubles de la personnalité confondus, une méta-analyse de TPB et une de TCC montrent une efficacité des TPB et des TCC.

En conclusion...

L'évaluation des psychothérapies est une préoccupation croissante mais récente, les publications abondent surtout depuis les vingt dernières années.

Des aspects économiques entrent bien entendu en jeu, et ils interviennent dans ce processus d'évaluation.

Les difficultés méthodologiques sont nombreuses mais non insurmontables, la recherche doit s'employer à pouvoir trouver des protocoles qui permettent de lever ces difficultés.

Ces études d'évaluation sont surtout menées dans les pays anglo-saxons, sauf pour les TCC.

Références

(1) "Psychothérapie, trois approches évaluées". Éditions Inserm, février 2004.

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

(2) TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

(3) TPB : Thérapie Psychodynamique Brève

(4) TF : Thérapie Familiale

Achévé d'imprimer en France

Réalisation Agence 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.net et e-mail : info@affep.net

Les Laboratoires SERVIER partenaire de l'Association Pierre Deniker

22 rue Garnier

92578 Neuilly-sur-Seine Cedex

Site internet : www.servier.fr