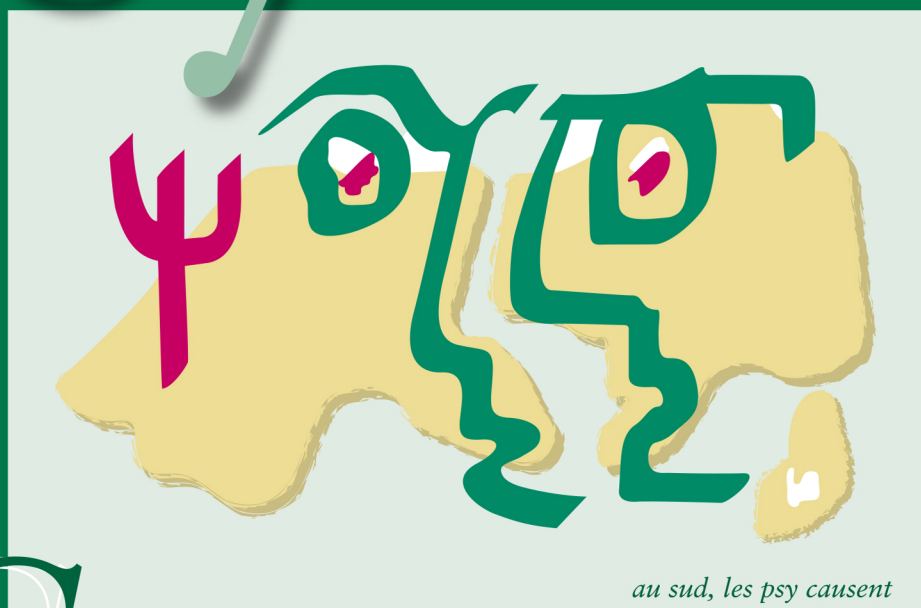


Psy



au sud, les psy causent

Cause

■ La clinique

■ Horizons



Prix : 15 €
Isbn : 978-2-912071-491

Mario Mella
EDITION

Sommaire

Editorial : Autrement	2
Psy Cause I : La clinique	3
Articuler soins et vie sociale – Quel projet pour les patients psychotiques hospitalisés au long cours ?	
Françoise Deraumont	4
UAUP / Hôpital généralUne collaboration réussie	
Sylvie Bourson	7
La formation en soins infirmiers	
Mila Ramon	10
Quelques réflexions cliniques sur la Fibromyalgie	
Lydia Barlag, Oana Boriceanu, Didier Bourgeois	12
L'axe du narcissisme dans l'approche clinique contemporaine	
Didier Bourgeois, Nouzha Bigot	16
Psy Cause II : Horizons	23
Un nouveau musée dans la maison natale de Freud	
Ivan Galuzka	25
Psychotrauma et pack	
Mohamed Tadlaoui	28
Les troubles mentaux chez l'enfant burkinabé au service de psychiatrie du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo	
Kapouné Karfo, Jean Luc Ilboudo, Jean Gouango	33
Actualités méditerranéenne et occitane	37
Colloques et conférences	51



Autrement...

Cette fin d'année 2006 est, dans nos hôpitaux, placée sous le signifiant « pôles ». Dans une récente réunion avec la direction, j'avais été interpellé sur certains aspects du projet thérapeutique de mon secteur qui n'entraient pas dans les cases comptables d'une bonne gestion et de la future VAP (Valorisation de l'Activité en Psychiatrie). En effet, ce projet avait été conçu pour une meilleure efficacité dans le soin du patient : un malade mieux soigné rechute moins et au bout du compte coûte moins cher. Si l'on cessait de tout regarder par le bout comptable de la lorgnette et que l'on fasse confiance aux cliniciens, paradoxalement les économies pourraient être considérables dans le domaine de la santé. Ce serait là une véritable révolution idéologique ! L'alternative au discours de l'hôpital-entreprise, avec ses « réunions Qualité », issu du management japonais des années 1950, et fortement influencé par l'Amérique du Nord, est dans la restauration d'un primat de la clinique. Rappelons que c'est ce primat accordé à Pinel par la Convention en 1793, qui fonda la psychiatrie française. A contrario, c'est le refus de prendre en compte les exigences spécifiques de la psychiatrie relayé par la prétendue nécessité d'une déstigmatisation de la folie, qui a marginalisé le discours de la clinique dans les institutions. C'est par la clinique que les professionnels de la psychiatrie retrouveront toute leur place pour le plus grand profit des patients. Là encore il y a un bémol : la psychiatrie d'expression française doit-elle se laisser inféoder à un manuel nord américain (le DSM) conçu pour un financement des pathologies par les compagnies d'assurance ?

Notons que l'argumentation clinique avancée pour mon secteur a rencontré au niveau de la direction de mon hôpital une écoute et que les différentes parties concernées vont rechercher des solutions techniques prenant en compte la priorité de l'intérêt du patient. Et mon service n'est pas une exception. J'ose espérer que mon hôpital non plus. Le pire n'est jamais certain et une évolution dans un sens favorable peut advenir.

Le dossier de ce numéro 46 est centré sur la clinique, celle qui légitimise notre métier. Les articles se répartissent entre la pratique de la théorie et la théorie de la pratique. Ils viennent en contrepoint d'une « médecine basée sur les preuves ("evidences" en Anglais) » alors que la question des preuves est délicate dans une psychiatrie qui est pour l'essentiel une clinique de la relation. Les sciences humaines y ont toute leur place à côté de la psychopharmacologie et des neurosciences. Le lecteur de *Psy Cause* pourra relire notre dossier « La parole et le médicament » publié dans le numéro 43. La prescription d'une molécule modifiant le psychisme ne peut faire l'économie d'un accompagnement psychothérapeutique. Souvent même, elle permet une psychothérapie chez un patient dont l'esprit n'est plus totalement envahi par l'angoisse, la dépression, le délire. Elle lui redonne la parole. À nous d'être à l'écoute !

Dans notre rubrique d'actualité, le lecteur trouvera des informations sur l'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) des psychiatres. Indispensable pour conserver le droit d'exercer, cette EPP fera obligation de réaliser un cycle de cinq « cercles vertueux de la Qualité ». Un concept de management de l'entreprise a été retenu par nos technocrates pour évaluer une compétence à soigner ! Les citoyens-patients apprécieront. Les médecins peuvent être rassurés, ils ne sont pas les seuls atteints par ce discours idéologique... et bien peu efficace si ce n'est à assurer des situations à nos penseurs. Dans ce contexte, le discours clinique doit être défendu. Ainsi la revue *Psy Cause* va-t-elle remettre en 2007 un prix du meilleur mémoire infirmier de fin d'étude.

À Montfavet, le 19 décembre 2006
Jean-Paul Bossuat

La clinique

« Si quelqu'un désire la santé, il faut d'abord lui demander s'il est prêt à supprimer les causes de sa maladie. Alors seulement il est possible de l'aider. » Cette constatation clinique n'est pas de Freud. Elle a 2000 ans et fut rédigée par Hippocrate. Le désir est-il soluble dans la Qualité ? Je serais curieux de soumettre cette équation aux tenants de la pensée post-moderne. Il leur sera réservé un droit de réponse dans la revue. Ce dossier regroupe des articles centrés sur la clinique, sur le terrain, sur la théorie de la pratique et la pratique de la théorie.

Françoise Deramond est médecin chef de secteur à l'hôpital Marchant de Toulouse. Son texte est sa communication au congrès de Psy Cause à Carcassonne. Elle s'interroge sur l'articulation du soin et du social et la régression de la place donnée à la **sociothérapie** à l'hôpital.

Sylvie Bourson nous apporte son témoignage d'infirmière psy aux **urgences** de l'hôpital général d'Orange. La présence des psy dans ce contexte est l'objet d'une forte demande des tutelles et il faut reconnaître que les vocations sont rares, sans doute car la pratique clinique n'y est pas aisée car confrontée aux somaticiens et à la temporalité. Trouver la bonne place pour travailler de façon transdisciplinaire nécessite des repères clairs.

La formation des infirmiers est donc essentielle. Mila Ramon, ancienne infirmière à Béziers nous brosse un historique chronologique de cette **formation aux soins infirmiers**. Elle s'interroge sur les conséquences du diplôme unique et la place de la psy dans ce dernier.

La **fibromyalgie** est une pathologie transversale entre l'organique et le psychique. C'est ce que mettent en évidence trois médecins du Centre hospitalier de Montfavet : Lydia Barlag, Oana Boricanu et Didier Bourgeois qui n'hésitent pas à mettre en relation la réalité d'atteintes organiques avec la logique de l'hystérie.

Nouzha Bigot est une infirmière DE, l'une des rares à se consacrer exclusivement à la psychiatrie dans une pratique libérale. Avec Didier Bourgeois, elle signe un travail sur l'axe du **narcissisme** dans la clinique. Son exemple atteste que la nouvelle génération des infirmiers exclusivement DE peut être créative en psychiatrie et oser de nouvelles pratiques avec de solides connaissances théoriques.

Jean-Paul Bossuat



Françoise Deramond

Articuler soins et vie sociale

Quel projet pour les patients psychotiques hospitalisés au long cours ?

La prise en charge de ces patients en bout de course dans le dispositif sectoriel, ayant épuisé toutes les alternatives notamment ambulatoires, interroge notre savoir-faire et nous amène à repenser une trajectoire plus conforme à leurs aspirations et à leurs capacités d'évoluer. Pour ces patients mis hors de la communauté « naturelle » dont les séjours se prolongent plusieurs années avec perte de l'autonomie sociale, quel projet de soin peut-on faire, quel projet pour « soigner leur vie » ? **En effet, nous ne pouvons nous satisfaire et eux non plus de leurs conditions d'hospitalisés au long cours, voire à vie dans le système actuel – où l'hôpital assure de moins en moins sa fonction socio-thérapeutique.**

Autrefois, l'hôpital avait organisé une vie sociale pour les patients, système de profit pour l'institution qui, en échange d'un pécule, occupait les patients à des travaux divers. Par

la suite, l'hôpital se modernisant, les activités n'ont plus donné lieu à rentabilité et l'objectif de resocialisation des patients a progressivement évolué vers le concept plus actuel de *soins de réadaptation*.

Toutefois, sous ce vocable, on vise davantage des activités d'expression au détriment d'activités plus concrètes telles qu'elles étaient conçues autrefois. Outre le manque chronique de personnel pour animer ces activités, elles « n'accrochent » pas toujours ce type de patients plus enclins à l'occupationnel qu'à libérer leur créativité. Nous pensons que les soins de réadaptation doivent offrir différents supports (médiations) et surtout doivent s'adapter au patient ! Faute de cela les patients s'ennuient, se replient dans des attitudes régressives, voire réagissent par la violence face au vide institutionnel.



Chef de Service CH Marchant - Toulouse.

Pour autant, doit-on les orienter vers les structures sociales et médico-sociales pour leur prise en charge au titre du handicap consécutif à la maladie ?

Il est d'observation ancienne de voir ces mêmes patients dits « chroniques » se métamorphoser lors d'une sortie temporaire de l'hôpital lors d'un séjour extérieur en rupture avec le cadre habituel. La continuité du soin, fondement de nos actions de secteur, n'est pas remise en cause mais ne doit elle pas nécessairement ouvrir le passage vers d'autres espaces de vie pour que le soin ne devienne pas mortifère.

Des textes, des enquêtes témoignent d'une évolution possible du sanitaire au médico-social, au social. L'ordonnance de 96 avait dans son article 51 incité les établissements de santé à créer des structures médico-sociales (MAS – FDT) prenant en charge le handicap consécutif à la maladie. Des logiques financières différentes à l'œuvre dans la gestion de ces structures ont été des obstacles à leur mise en place. Quelques années plus tard, en 2001, le rapport Piel et Roelandt, préconisait de dissocier soin et prise en charge sociale dans l'optique d'une mise en réseau. On renonce ainsi à appliquer l'article 51... Plus récemment la circulaire du 25/10/04 sur les SROS de 3^e génération indique que 26 % des lits d'hospitalisation complète en psychiatrie sont occupés par des personnes qui relèveraient du médico-social et incite le secteur psychiatrique à établir des articulations avec le secteur médico-social.

L'enquête HID (Handicap – Incapacité – Dépendance) conduite de 1998 à 2000 par le Docteur Chapireau est éclairante sur le devenir sur 2 ans de personnes séjournant en établissements psychiatriques ou accueillies en établissement médico-social. Nous retiendrons que fin 98, 7 % de patients « psychiatriques » étaient accueillis dans des établissements médico-sociaux ; il est important de souligner que lorsqu'il s'agit de personnes hospitalisées en psychiatrie venant du médico-social, on ne trouve pas la notion d'échec de placement de personnes venant d'un service de psychiatre et qui y retourneraient. Fin 2000, le flux de personnes passant d'un établissement de soins à un établissement d'hébergement reste du même ordre que celui suivant le chemin inverse ($\approx 10\%$). En 1990, on pouvait noter une orientation importante des patients de moins de 60 ans vers les établissements pour personnes âgées ce qui n'est plus le cas actuellement. Cette baisse n'a pas été compensée par l'augmentation des patients du même âge orientés vers les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées.

Nous en concluons avec Chapireau, que les établissements d'hébergement social, ne disposent pas des moyens appropriés pour l'accueil des pathologies mentales.

Dès lors que proposer à nos patients ?

Dans l'institution soignante, le soin se définit par l'association de la chimiothérapie et de la psychothérapie (sous différentes formes).

Pour ce qui concerne la chimiothérapie, nous remarquons le faible intérêt des études pharmacologiques pour les effets neurologiques liés à l'administration au long cours des neuroleptiques. Malgré les progrès proclamés des neurosciences, les dyskinésies tardives qui affectent de nombreux patients, résistent malgré les recommandations thérapeutiques, ce qui devrait nous rendre plus circonspects dans nos prescriptions. Les pionniers de la psychothérapie institutionnelle avant l'ère des neuroleptiques, nous ont appris que la symptomatologie psychotique peut être contenue et apaisée par l'abord psychothérapeutique. Ainsi le problème des schizophrénies « résistantes » ne nous paraît pas seulement relever d'un abord strictement chimiothérapique.

Ainsi posé, l'outil de soin a-t-il besoin du projet social pour le compléter ?

Nous posons que le soin en psychiatrie ne peut être actif que s'il prend en compte d'emblée l'environnement social du patient, qui inclue la famille quand elle existe... Projet de soin et projet social doivent s'élaborer simultanément et se renforcer mutuellement. À côté du soin, il doit y avoir l'accompagnement social. Cet accompagnement social est vital pour le patient, il lui redonne vie, sinon une place dans la société.



Dans son ouvrage collectif sur la réhabilitation psychosociale, G.VIDON, pose la question : « jusqu'où la psychiatrie peut-elle aller dans l'accompagnement social ? »

Le secteur psychiatrique doit conjuguer soin et resocialisation. Pour déployer cette dimension sociale, l'appui des travailleurs sociaux dans le dispositif de soin, pourrait être mis au service des patients, qui au-delà d'activités qui médiatisent le soin, pourraient trouver un relais plus adéquat vers le socio-éducatif avec ce type de professionnels.

De notre point de vue, les soins de réadaptation visant le retour à la vie sociale bien qu'inclus dans le champ sanitaire, doivent bénéficier non seulement du professionnalisme soignant mais aussi socio-éducatif. Cette diversification des compétences nous paraît recommandée dans la prise en charge des patients psychiatriques et notamment pour ceux qui restent suivis au long cours. Cet accompagnement faciliterait aussi le passage vers le médico-social lorsque l'hospitalisation n'est plus nécessaire.

Quand pouvons-nous affirmer que l'hospitalisation n'est plus nécessaire et qu'il est temps de passer la main aux partenaires des établissements médico-sociaux ? (Ceux que les textes nomment « lieu de réhabilitation »)

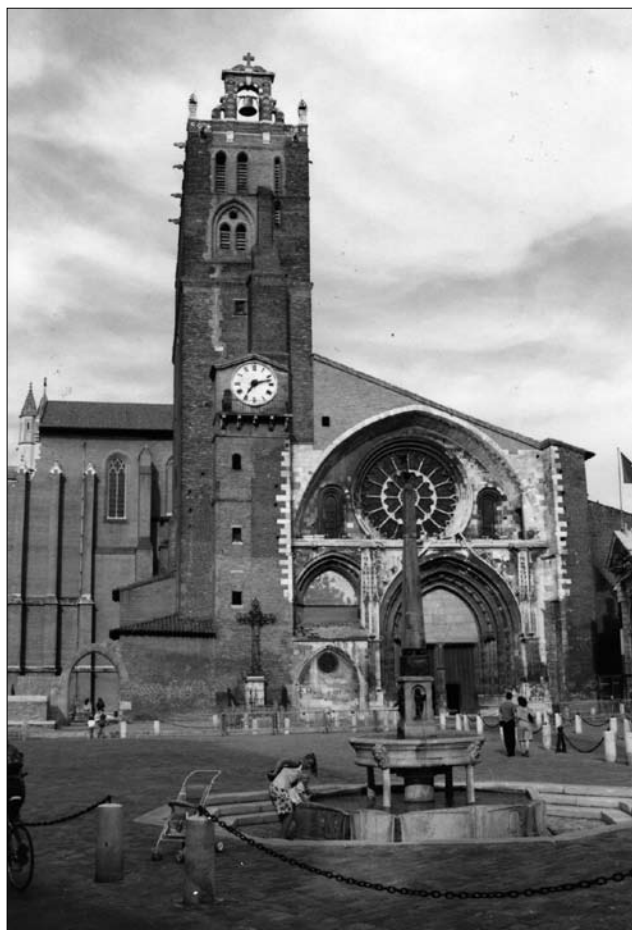
D'abord en nous basant sur la demande de nos patients de quitter l'hôpital, demande insistante parfois, même si nous nous devons nous garder de l'illusion d'une vie meilleure ailleurs...

Notre expérience est riche de témoignages de passages réussis du sanitaire vers le médico-social avec pour certains patients, disparition partielle de la symptomatologie psychotique, investissement de nouveaux apprentissages et gain d'habiletés sociales. Le travail en partenariat prend tout son sens dans ces passages de la place de patient à celle de résident, sans entraîner pour autant le déni collectif de la pathologie mentale.

La poursuite du soin peut se faire sur le secteur ou dans l'institution médico-sociale. A cet égard, dans l'optique d'accueillir des malades mentaux comme le souhaite dernièrement notre ministre (Plan de santé mentale de février 05 – 1000 places prioritairement attribuées aux malades mentaux) ; il est impératif que ces établissements bénéficient de temps soignant (infirmiers, psychiatre, psychologue) pour que ces résidents qui n'en demeurent pas moins des patients ne redeviennent les « inadéquats » d'un système à l'autre.

Des passages séquentiels de l'hospitalisation à l'hébergement social doivent être possibles. Des conventions ou des accords administratifs doivent faciliter ces échanges entre structure sanitaire et structures médico-sociales.

Le travail en réseau trouve toute sa pertinence dans ces alliances du sanitaire et du médico-social pour nos patients. Champ sanitaire et champ social s'articulent mais ne se recouvrent pas. Ils instaurent un espace de liberté où le patient pourra inscrire son parcours de vie.



Place Saint Etienne à Toulouse.



Sylvie Bourson

UAUP / Hôpital général Une collaboration réussie

Je suis infirmière à l'UAUP (Unité d'Accueil et d'Urgences Psychiatriques) de l'Hôpital d'Orange où je travaille au quotidien avec des équipes soignantes somatiques auxquelles nous apportons un éclairage psychiatrique sur les patients. L'origine de cet article est une réflexion sur le rôle infirmier psychiatrique à l'hôpital général, ses avantages, ses inconvénients, ses difficultés.

Historique de l'UAUP d'Orange

L'UAUP est créée en mars 1993. Elle fait suite à des consultations itinérantes assurées par les médecins et les infirmiers du CMP (Centre Médico Psychologique) d'Orange, qui se déplacent au CHO (Centre Hospitalier d'Orange) à la demande. Le démarrage de l'unité est difficile. Il y a très peu de demandes de consultations. L'équipe ne se trouve pas sur place et elle est encore mal repérée au sein de l'établissement. Dès l'année suivante, les demandes augmentent, notamment dans les services de médecine, très peu aux urgences. La tendance s'est inversée depuis.

Qui es-tu ? Que fais-tu ?

Outre le travail d'évaluation, de diagnostic et d'orientation, nous collaborons avec tous les services du CHO (NOUS = un collègue infirmier, un médecin psychiatre et moi-même). Nous effectuons un important travail de fond auprès des équipes :

- d'information. Nous expliquons les pathologies psychiatriques, leurs différentes prises en charge, les traitements spécifiques, comment on travaille au CHM (Centre Hospitalier de Montfavet)
- de réassurance. Nous amenons une autre approche, plus globale, du patient, nous dédramatisons certaines situations angoissantes pour les équipes, nous sommes à l'écoute de leurs difficultés face aux patients ou à leur questionnement...

Tout cela donne lieu à des échanges enrichissants sur nos pratiques différentes, et nous nous rendons compte que nous oeuvrons en fait dans le même but : soulager la douleur et la détresse des patients, quelle qu'elle soit.

Vous avez dit Urgences ? Les urgences et l'UAUP

Définitions du LAROUSSE :

Urgence = situation particulière impliquant une procédure accélérée.

Service des urgences = local d'un hôpital où l'on reçoit les malades ou les blessés dont l'état de santé nécessite un traitement immédiat.

La notion d'urgence peut s'envisager sous plusieurs angles :

- **Pour le service des urgences** : l'urgence « vraie » est celle pour laquelle le pronostic vital est engagé. Il faut agir vite, faire des gestes techniques précis, qui vont permettre de préserver la vie du malade absolument (environ 25% des passages aux urgences).
- **Pour les patients** : on constate que pour chacun d'entre eux, « son cas ne peut pas attendre ». Il souffre, il est pressé, inquiet et angoissé. C'est un patient impatient ! On l'entend dire : « je paye mes impôts comme les autres, j'ai droit à des soins rapides et gratuits ! ». Il comprend difficilement qu'une personne arrivée après lui puisse passer d'abord, même si son état est plus grave que le sien. Il rouspète, il est mécontent.
- **Pour l'équipe psychiatrique** : On distingue trois types d'urgences en psychiatrie :
 - Les urgences pures. Décompensation d'une affection psychiatrique, par exemple, une mélancolie.
 - Les urgences mixtes. Elles regroupent des manifestations psychiatriques et somatiques, par exemple, un delirium tremens ou une tentative de suicide.
 - Les états aigus transitoires, par exemple, une ivresse pathologique.

Notre mission est d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique d'un individu, de désamorcer la crise. Pour cela, après avoir écarté toute cause somatique à un

comportement inhabituel chez un patient, nous évaluons son état psychique au cours d'un entretien médical et/ou infirmier. Nous essayons de comprendre pourquoi cette personne s'est inquiétée ou a inquiété son entourage au point de venir consulter aux urgences. Notre travail vient ainsi compléter celui des médecins urgentistes. Si besoin est, nous assurons ensuite le suivi du patient durant son hospitalisation et l'orientons vers une prise en charge adaptée à son cas.

Toute la difficulté de travailler avec le service des urgences, réside dans le fait que nous n'évoluons pas dans le même espace temps. Ils attendent de nous une orientation immédiate du patient alors que pour nous, certaines situations nécessiteraient de prendre un peu plus de recul, un temps d'observation supplémentaire pour éviter, par exemple, une hospitalisation précipitée. Nous nous entendons alors dire que « *nous monopolisons des lits pour la psy* » comme si ces patients n'étaient pas de vrais malades et ne méritaient pas la même attention que les autres !

Nous devons pourtant faire avec. Il nous faut, au quotidien, faire admettre nos suggestions, nos positions, nos décisions. Nous expliquons, nous justifions, nous argumentons nos choix afin d'être compris et suivis dans nos prises en charge. Nous y arrivons, à force de persévérance, et finissons par nous retrouver autour du malade, dans un second temps, une fois l'urgence écartée. Nous sommes reconnus alors comme des spécialistes de l'Humain, des référents dans ce

domaine et prenons plaisir à échanger sur le sujet même si ce n'est pas assez souvent. Nous devons faire preuve de diplomatie car nous sommes un peu des étrangers puisque ne faisant pas le même travail et ne parlant pas le même langage. Nous ne faisons pas vraiment partie de l'équipe et pouvons être perçus comme des intrus. Ils sont obligés de nous laisser une place auprès du malade, un temps qui leur est précieux. Nous avons l'impression parfois, de les déposséder de quelque chose. Il est vrai que nous sommes « *chez eux* » et que c'est à nous de nous adapter. Nous devons constamment faire des efforts dans ce sens et cela n'est pas toujours facile.

Répéter toujours les mêmes choses, essayer de faire le lien, arrondir les angles en permanence... et recommencer chaque jour, c'est usant ! Pourtant, nous avons la même formation à la base et avons les mêmes valeurs humaines puisque nous avons choisi le même métier ! Seule notre orientation diffère. Pour les uns, il s'agit de perfectionner la technicité, pour les autres le relationnel.

Est-ce qu'avoir choisi d'être urgentiste cache la peur de la relation avec l'autre ? Effectuer des gestes techniques, c'est concret, on en mesure le résultat tout de suite mais cela reste superficiel car la relation établie alors avec le patient est banale. Je pense que cela rassure, valorise d'effectuer des gestes codifiés, immuables.

Entendre la détresse des autres n'est pas chose aisée, cela renvoie à la souffrance, la douleur, la peine... tout ce qui est



difficile à supporter dans la vie, alors ils se protègent pour ne pas souffrir en ayant des conduites d'évitement comme entrer en relation le moins possible par exemple.

Les services hospitaliers généraux ne disposent pas d'un temps et d'un lieu de parole et d'écoute afin de leur permettre de mieux gérer l'émotion ressentie pendant chacun de leur acte. Cela les aiderait à faire tomber les craintes, les tabous.

C'est un peu ce que nous essayons de faire lorsque nous en avons l'occasion car c'est aussi notre rôle d'être à l'écoute des équipes que nous cotoyons. Nous avons plus l'habitude de gérer la souffrance morale puisque nous en avons fait notre spécialité, et nous avons la chance de pouvoir en parler tout naturellement entre nous, et ainsi évacuer tout ce que cela peut nous renvoyer de douloureux. Nous sommes formés à cela.

Beaucoup reste à faire avant que la psychiatrie n'ait une réelle place à l'hôpital général, et c'est aussi ce challenge qui est intéressant dans cette unité car nous avons vraiment l'impression de participer activement à la qualité de la prise en charge des patients.

Nous rencontrons également, le plus souvent possible, les familles des patients. Nous leur expliquons, avec des mots simples, la situation de leur proche, ce que nous proposons de faire et pourquoi. Nous effectuons un important travail de réassurance, d'information et de soutien. La psychiatrie est encore très méconnue !

Nous sommes les premiers spectateurs de la détresse humaine. Misère sociale, désinsertion, chômage, sans domicile fixe... Les urgences sont parfois le seul endroit où ces personnes peuvent recevoir un peu de réconfort, d'attention, de compassion et nous sommes présents pour entendre cette souffrance.

Bilan : une porte ouverte sur l'avenir

Ces quatre années passées ici auront marqué ma vie professionnelle de façon importante. J'y ai appris beaucoup de choses. Cela m'a permis, entre autre, d'aiguiser mon sens de l'observation par rapport à la clinique, de maîtriser la technique de l'entretien infirmier.

J'ai appris à composer avec d'autres équipes, à me positionner, défendre mes opinions, voire m'imposer.

Cela m'a amené à développer mon autonomie, mon sens de l'initiative et des responsabilités.

J'ai eu la chance de rencontrer plein de gens formidables, étonnants, attachants... déliants !

C'est pour tout cela que j'ai eu envie de partager cette expérience avec d'autres et peut-être leur donner envie de venir y travailler bientôt ! En effet, je prépare actuellement le concours d'entrée en IFCS (Institut de Formation des Cadres de Santé) et vais donc devoir partir dans quelques mois. J'ai été ravie et fière de pouvoir participer au développement des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Ouvrir la voie à d'autres, être le maillon d'une chaîne qui mène de la douleur à l'équilibre en passant par l'hôpital aura été une expérience plus que valorisante.

Merci à tous ceux que j'ai côtoyés.





Mila Ramon

La formation en soins infirmiers

Infirmier : Personne habilitée à soigner les malades, sous la direction des médecins, dans les hôpitaux, cliniques..., ou à domicile. (Le Petit Larousse)

Evolution du diplôme

- 1848 : Un premier diplôme d'état en soins infirmiers reste très confidentiel.
- 1901 : Loi Combes (proposition de séparation des Eglises et de l'Etat).
- 1902 : Création des écoles d'infirmières officielles.
- 1922 : DIPLOME D'ETAT INFIRMIER (DEI).
BREVET DE CAPACITE PROFESSIONNELLE EN SANTE MENTALE.
- 1950 : Première école de cadres infirmiers à Paris.
- 1955 : DIPLOME NATIONAL D'INFIRMIER DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES.
- 1966 : DIPLOME D'AIDE SOIGNANT.
- 1967 : DIPLOME D'AIDE PUERICULTRICE.
- 1969 : DISP DIPLOME D'INFIRMIER EN SECTEUR PSYCHIATRIQUE.
- 1988 : Mouvements de réorganisation en soins infirmiers.
- 1992 : DIPLOME UNIQUE D'INFIRMIER.
- Actuellement : Préparation de la réforme du diplôme.
 - TFE : Travail de fin d'études qui a pour objectif de développer la réflexion et le travail de recherche infirmier. C'est à terme ce dernier qui fera l'objet d'une évaluation écrite et orale.
 - LMD : Licence, Maîtrise, Doctorat en soins infirmiers. Organisation des programmes d'études selon les normes européennes (nombre de diplômes ne sont pas reconnus dans d'autres pays).

Les écoles d'infirmières

Nouvelle dénomination : IFSI (INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS).

L'IFSI répond à une des missions essentielles de l'hôpital public : assurer l'enseignement et la formation initiale, continue et post-universitaire.

FONCTIONNEMENT :

- tutelle pédagogique de l'état via la DRASS.
- tutelle financière du Conseil Régional.

Anciennement, dans les hôpitaux et institutions de soins, les médecins étaient en général assistés par des religieuses. Mais à la fin du XIX^{ème} siècle, les écoles commencent à apparaître :

- 1879 : le Dr DUCHAUSSOY crée l'école des ambulancières (école privée à Paris).
- 1880 : commence le départ des religieuses des hôpitaux de Paris.
- 1890 : école gratuite des gardes-malades créées par le Dr Anna HAMILTON.
- 1893 : le Dr BOURNEVILLE sollicite la création d'écoles d'infirmières.
- 1899 : école de l'Hospice de la Charité à Lyon créée par Léonie CHAPTAL.
- 1901 – 1902 : Loi COMBES et création d'écoles officielles.

Dans les institutions de santé mentale, les médecins étaient assistés en général par des « gardiens d'asile », chargés surtout de la contention des « insensés ».

- 1838 : une loi de sécurité publique ouvre la voie à une première évolution des « gardiens ». Au début du XX^e siècle, des écoles se créent dans les asiles.
- 1903 : BASSENS.
- 1904 : PAU.

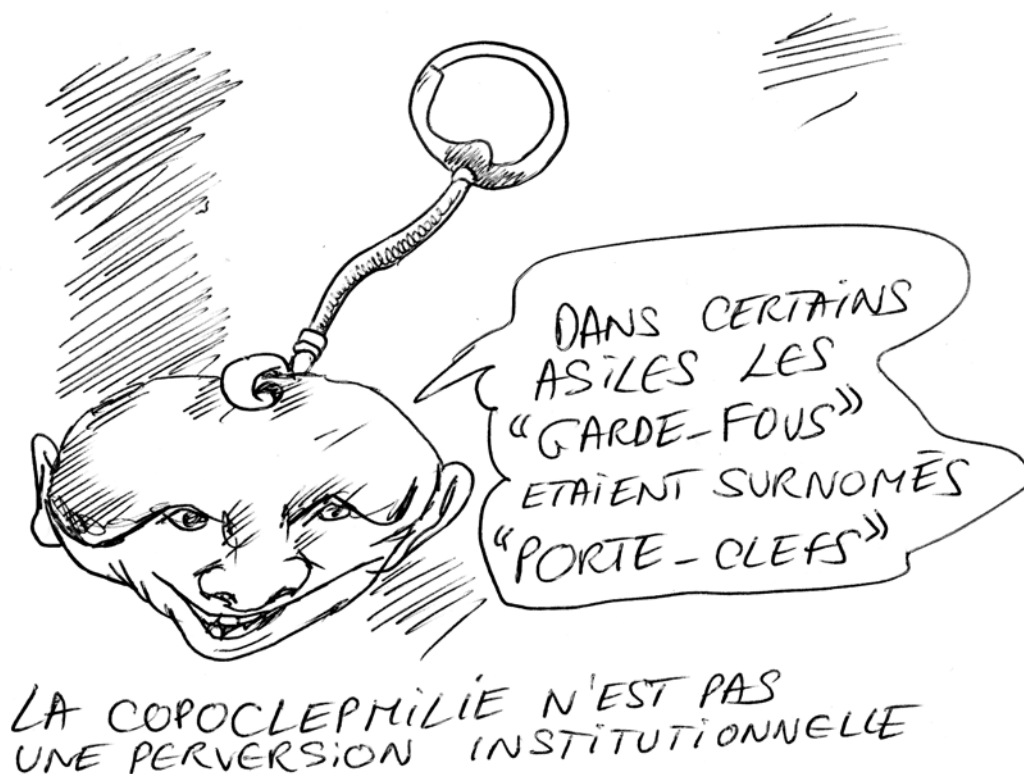
Mais le personnel d'asile compte nombre d'illettrés, et les écoles doivent adjoindre à la formation une instruction générale pour permettre la fréquentation des cours. Sous l'impulsion du Dr BOURNEVILLE, des écoles s'installent, mais lent est le processus de reconnaissance des « surveillants et gardiens ».

- 1922 : BREVET DE CAPACITE PROFESSIONNELLE EN SANTE MENTALE.
- 1930 : le titre de « gardien » devient « infirmier des asiles d'aliénés, diplômes de l'état français ».
- 1949 : un programme d'études est rendu obligatoire dans tous les établissements psychiatriques des écoles agréées par le Ministère de la Santé.
- 1950 : la découverte des neuroleptiques améliorait de manière significative les troubles mentaux majeurs ; la réduction de l'agitation et du délire permet une forte féminisation de la profession.
- 1992 : la formation en psychiatrie est transformée dans les écoles de soins généraux, pour permettre la création

d'un diplôme unique à tous les infirmiers, et les écoles des hôpitaux psychiatriques disparaissent.

Toutefois, l'expérience des infirmiers formés en milieu psychiatrique ne pourra pas être remplacée, et la complémentarité des formations, au sein des équipes, était un atout tant pour les patients que pour les soignants : la transmission du savoir et des expériences est indispensable.

De toujours, les affections du corps et du mental ont été traitées séparément ; désormais, les écoles doivent dispenser une formation qui aide l'infirmier à offrir autant le soin que la présence nécessaire à chaque patient, dans tous les services des institutions médicales.





Lydia Barlag¹
Oana Boriceanu²
Didier Bourgeois³

Quelques réflexions cliniques sur la Fibromyalgie

Nosographie erratique, nosographie symptomatique

La nosographie évolue. Des maladies semblent naître et d'autres disparaissent. L'histoire de la clinique médicale est riche de ces maladies défunctes. La disparition de certaines maladies étroitement corrélées à un agent causal quasi-unique apparaît logique dès que celui-ci, identifiable, est efficacement combattu (Variole, Charbon, croup diphtérique). Alors qu'elle fut l'affection reine de son temps l'hystérie historique à la Charcot a disparu et a été remplacée par d'autres symptomatologies relais type trouble de conversion, troubles somatoformes et trouble dissociatif, voire par la « dépression nerveuse » sous toutes ses formes.

Quelque-uns de nos patients présentent encore des troubles conversifs hystériques typiques ; ils ne sont que les témoins précieux de cette « épidémie » passée. Pourtant, on n'a pas trouvé d'agent causal ni de traitement curatif à l'hystérie et seule l'évolution du contexte social ou éducationnel pourrait expliquer cette modification dans l'expression symptomatologique et la quasi-disparition du terme d'« hystérie ». Autrement dit, les gens ont-ils été éduqués à formuler leur hystérie différemment ou bien le ferment psychogénétique de l'hystérie est-il jugulé ?

Aujourd'hui, les psychiatres rencontrent des tableaux cliniques déconcertants, des juxtapositions symptomatiques nouvelles dépassant la co-morbidité dont la Fibromyalgie est un exemple. Le patient fibrinolytique « parle » avec son corps comme le patient hystérique auparavant, mais par ailleurs il présente également des symptômes dépressifs.

Que ces patients consultent spontanément un psychiatre pour cette symptomatologie dépressive ou qu'ils soient adressés « en désespoir de cause » par leur généraliste ou leur rhumatologue, qu'ils s'adressent à la consultation antidouleur, les fibromyalgiques sont insaisissables :

- Par le caractère erratique, non systématisable et capricieux de leurs douleurs, ce qui fait penser aux maladies fonctionnelles et à l'hystérie.
- Par l'intrication habituelle avec la dépression.
- Par le caractère essentiellement féminin du trouble (75 à 80 % des cas), ce qui est corrélable avec la prévalence féminine de l'hystérie et de la dépression.
- Par la résistance des algies et/ou du syndrome dépressif aux traitements habituellement efficaces contre la douleur et/ou contre la dépression.

La question est dès lors : Sommes-nous devant un nouvel avatar de l'hystérie ou bien la Fibromyalgie est-elle une affection transversale ? Et si oui, qu'elle est sa logique ?

Le diagnostic de Fibromyalgie lui-même reste problématique. Une approche historico-clinique du concept montre que, depuis le début du XX^e siècle, des affections proches furent décrites, mais sous d'autres noms.

- Parler de *fibrosite*, de *syndrome polyalgique diffus idiopathique*, de *polyesthésopathie*, de douleurs chroniques éventuellement ramenées pour les rationaliser, à l'âge, à l'arthrose ou à un traumatisme ancien effectif plaçait le patient dans un cadre « médical strict ».
- Considérer ce sujet comme *produisant une somatisation*, étant un *fonctionnel*, relevant d'une affection psychosomatique ou versé dans l'hypochondrie déplaçait le cadre thérapeutique vers le champ psychiatrique. Pourtant depuis quelques années il est admis qu'une maladie d'origine physiopathologique « authentique » puisse avoir une expression psychique intriquée, prééminente et même préexistante au déclenchement du trouble somatique: de la maladie de Parkinson à la Sclérose En Plaque ou la chorée de Huntington, de la Recto-Colite Hémorragique à la maladie de Crohn.

Notre pratique psychiatrique révèle que si les douleurs musculo-squelettiques sont réelles, réellement ressenties s'entend mais on ne peut aller plus loin cliniquement, elles restent étroitement corrélées avec l'évolution vitale des patientes, c'est-à-dire avec l'ensemble des composantes biologiques, sociologiques et personnelles qui fondent le déroulement inexorable d'une existence.

1. Médecin Assistant.
2. Médecin Assistant.
3. Praticien Hospitalier.

Secteur IV – CHS de Montfavet – Avignon.

La Fibromyalgie commence à être considérée comme une maladie à part entière dont la définition reste encore controversée. Pour le moment le diagnostic reste avancé devant un syndrome complexe et multidimensionnel associant des algies chroniques, diffuses, de topographie musculo-squelettique à une douleur à la palpation en des points sélectifs. L'ACR a formulé les critères de diagnostic de la fibromyalgie ainsi :

A : Douleur diffuse

- depuis au moins 3 mois
- des 2 côtés du corps
- dans les moitiés inférieur et supérieur du corps
- avec des douleurs axiales (thorax, rachis)

B : Douleur provoquée par la pression d'au moins 11 sites sur 18.

Cas clinique :

Mme D., 52 ans nous est adressée en 2004 par sa rhumatologue pour un « terrain psychiatrique » dans un contexte de fibromyalgie. Elle est divorcée depuis 17 ans, a un fils adulte et est préparatrice en pharmacie actuellement au chômage.

À l'âge de 12 ans, elle a commencé à souffrir d'un rhumatisme algique (rhumatisme articulaire aigu), exploré de nombreuses fois, sans amélioration durable. Dans ses antécédents, on note aussi une hémochromatose atypique et une hystérectomie totale.

Sa symptomatologie psychiatrique est relativement atypique. Elle présente surtout un état de fatigue générale avec une hypersomnie diurne. Son sommeil nocturne est agité et peu réparateur. L'asthénie ressentie l'empêche de retravailler. Ceci parle en faveur d'une dépression masquée ou alors d'une réaction dépressive à un affaiblissement physique. Des idées suicidaires et un sentiment de vide existentiel prédominent selon les périodes de sa vie et sont vécus comme un laisser-aller et un désintérêt. Elle n'est jamais passée à l'acte.

Un traitement antidépresseur est instauré : Milnacipran 50 mg, cp: 3cp/j et Tétrazepam : 1cp/j. On lui propose également des soins psycho-corporels dont elle trouve l'effet bénéfique ainsi que des activités au sein d'une association de créativité afin de rompre sa solitude et de renforcer les sphères psycho-sociales.

Evolution : Après plusieurs mois de traitement, une amélioration de la symptomatologie psychique et somatique est à noter. Elle ne prend plus d'antalgiques et son humeur s'améliore.

Un an après la première consultation, elle est au point de reprendre son travail, ayant conscience du fait que certaines choses ne se régleront jamais. Ses douleurs « fibromyalgiques » ont disparus. Elle continue le traitement psychiatrique, fait de la kinésithérapie et de la piscine.

De la clinique au sens de la clinique

1. Le contexte psychique comprend des troubles du sommeil (95 %¹), une fatigabilité musculaire matinale aggravée par la réduction de l'activité liée à l'asthénie (89 %), de l'anxiété et de l'anxio-dépression. Des troubles cognitifs (87,5 %) affectant la mémoire à court terme et la concentration sont également observés et, là encore, il est difficile de faire la



1. D. CAPDEVIELLE, J-P BOULENGER : Fibromyalgia and psychiatry, in L'observatoire du mouvement N° 9, nov. 2003.

part entre ce qui pourrait relever d'un état dépressif avancé, des effets secondaires de certains psychotropes prescrits dans la dépression et ce qui pourrait être spécifique à une affection autonome.

Certains patients sont rassurés par l'annonce de l'hypothèse étiopathogénique organique, d'autres sont soulagés de concevoir leurs douleurs comme uniquement psychogènes. Elles leur paraissent moins graves, et surtout moins définitives. On peut faire l'hypothèse que cela entre en résonance avec leur mode d'être-au-monde habituel et qu'ils peuvent espérer ainsi garder la maîtrise du mal s'il n'est pas organique.

A contrario certains patients conçoivent l'intrication somato-psychique comme la preuve d'une faillite complète de leur corps, de leur personne et vivent très mal cette annonce. Il convient alors de les rassurer. Tout se passe comme si s'installait une situation catastrophique à l'échelle individuelle avec enchaînement des déficits, l'un se nourrissant de l'autre. En ce sens l'issue somatique ou psychiatrique franche peut mettre un terme à cette surenchère et le diagnostic de Fibromyalgie, une fois posé, contribuer à limiter l'inflation symptomatique.

La maladie restant une affection nouvelle, sinon rare (2 à 4 % de la population selon les écoles), on constate un effet bénéfique de l'annonce diagnostique lié, parfois à ce que les patientes s'engagent de manière militante dans des associations de fibromyalgiques. Ayant trouvé ainsi un nouveau sens à leur vie, elles peuvent s'autoriser à aller mieux. Le risque paradoxal est qu'elles sont quasiment dans l'obligation de rester fibromyalgiques pour continuer à militer dans l'association.

2. Des troubles digestifs (douleurs abdominales) et vasomoteurs (syndrome de Raynaud), entre autres, complètent le tableau en contribuant à l'ancrer du côté du somatique, quitte à interpellier d'autres spécialités comme la gastro-entérologie.

En ce sens, le fibromyalgique est appelé à tester l'impuissance de nombreux médecins et cela évoque le parcours chaotique des sujets atteints du syndrome de Münchhausen, très souvent des femmes là aussi.

On s'aperçoit ainsi que la Fibromyalgie constitue une sorte de pont entre un tableau d'essence psychiatrique dont le côté algique pourrait n'être qu'un mode d'expression privilégié et une constellation somatique dont l'aspect psychique pourrait être conçu comme réactionnel. En cela, c'est une affection transversale.

3. Certains rhumatologues nous adressent en bout de course², lorsqu'ils sont en impasse thérapeutique, des malades épuisés par la douleur et l'insomnie, devenus dépressifs

car doutant de leur vie. Ce sont aussi des sujets pour qui les conséquences des douleurs dans les sphères essentielles familiales et professionnelles sont devenues terribles et invalidantes. L'équilibre vital d'un individu repose sur un trépied : La sphère conjugo-familiale, la sphère personnelle et la sphère professionnelle. Lorsque les trois dimensions de l'existence sont saines et solides, pas de problème, la vie s'écoule sans souffrance. Lorsque l'un des trois supports fait défaut, l'individu parvient souvent à s'assurer en s'appuyant sur les deux restants. Ce n'est souvent que lorsque deux sur les trois s'écroulent que le sujet prend conscience de la fragilité du troisième et consulte en urgence.

Métaphoriquement, les douleurs fibromyalgiques sont souvent révélatrices de failles préexistantes au niveau du trépied des sujets. L'approche psychothérapique ou sociothérapique qui accompagne inmanquablement tout acte psychiatrique (voire rhumatologique) trouve alors son sens réparateur. Lorsque nous réussissons à réactiver positivement les sphères sociales et conjugo-familiales, nous permettons à ces sujets de « faire avec » leur douleur et ils vont mieux.

Les modalités de rétablissement du trépied ne sont pas spécifiques : Enoncer un diagnostic de Fibromyalgie suffit parfois à restaurer le statut familial de la malade : Aux yeux de ses proches, ce n'est plus une hystérique, une plaintive, c'est une malade qui « mérite » ainsi toutes les attentions dues aux vrais malades. On observe le même phénomène avec la dépression : Beaucoup d'états anxio-dépressifs sont socialement et familialement destructeurs pour autant que les symptômes sont considérés par ces entourages comme indices de mauvais caractère, de manque de volonté ou de fainéantise.

4. La composante narcissique : On a décrit l'instauration progressive d'une Fibromyalgie dans les suites d'évènements traumatiques, que celui-ci soit de nature physique ou psychique. Une étude a retrouvé 57% de syndrome post-traumatiques chez les fibromyalgiques ce qui démontre une relation significative entre les deux syndromes sans qu'on puisse pourtant inférer des liens de causalité dans un sens ou dans un autre. Il n'y a pas de proportionnalité entre l'intensité du traumatisme et l'intensité du syndrome fibromyalgique mais il a été décrit que l'évènement traumatique en question pouvait être impliqué dès le début et dans l'exacerbation des douleurs³.

Le traumatisme narcissique que peut constituer un état algique chronique chez un individu jusque là épargné par la maladie physique, peut en lui-même constituer un traumatisme désorganisateur tardif au sens de Bergeret⁴ susceptible de verrouiller dans le sens post-traumatique une existence pré-fragilisée.

2. On a tout essayé dans le traitement des Fibromyalgies : antidépresseurs tricycliques ou sérotoninergiques analgésiques et anti-inflammatoires, stéroïdiens ou non-stéroïdiens anti-épileptiques (pregabaline), hypnotiques myorelaxants, hormone de croissance, anesthésiques, toxine staphylococcique, calcitonine... cf. F. BLOTMAN, E. THOMAS : What are the effective pharmacological treatments for fibromyalgia ? « Les entretiens du Carla », 14 et 15 avril 2004, N°7 laboratoire Pierre Fabre, France.

3. C. CEDRASHI et col : Aspects psychologiques de la Fibromyalgie. Revue du rhumatisme. 70, 2003,331-336.

4. J. BERGERET : La pathologie narcissique, Dunod, 1996, Paris.

En outre, anxiété et dépression sont des co-morbidités habituelles aussi bien dans la fibromyalgie que dans le syndrome post-traumatique, ce qui complique le démembrement du tableau clinique.

5. Mal dormir, souffrir de douleurs chroniques mal abolies par les antalgiques est assurément de nature à engendrer des troubles psychiatriques. Jadis, les névralgies faciales résistantes étaient améliorées par certains antidépresseurs tricycliques avant de bénéficier de l'apport de la Carbamazépine par ailleurs maintenant reconnue comme potentiellement normothymique.

Aujourd'hui, le Minalcipran qui est un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, doté de propriétés anti-dépressives avérées, trouverait une indication nouvelle dans la Fibromyalgie, en tant que traitement symptomatique. Cela montre qu'algies, aiguës ou rebelles, et psychisme peuvent trouver des voies pharmacologiques

d'apaisement communes. Dès lors l'action positive constatée du Minalcipran sur la Fibromyalgie n'a pas besoin de s'appuyer artificiellement sur une parenté discutable des affections dépressives et fibromyalgiques comme il n'est pas nécessaire de confondre dépression et syndrome de stress post-traumatique pour admettre que l'usage d'antidépresseurs dans le syndrome de stress post-traumatique sera forcément utile.

Co-morbidité ou intermorbidity, recherche effrénée de points communs entre différentes affections n'est plus le problème. La Fibromyalgie, quelle que soit l'évolution du concept aura eu le mérite, puisqu'elle a été considérée comme une affection transversale, de renouer avec l'intrication psychosomatique et de nous rappeler qu'il serait vain de tenter de réduire l'art médical à la prescription de la bonne molécule agissant sur le bon site au bon moment.





L'axe du narcissisme dans l'approche clinique contemporaine

Didier Bourgeois¹
Nouzha Bigot²

La clinique psychiatrique s'est développée à partir du moment où l'on a pu observer les malades mentaux avec un regard scientifique apte à disséquer, comparer les troubles psycho-comportementaux et les intégrer dans des tableaux cohérents. La démarche était médicale et non morale comme c'était le cas auparavant.

Dans ce contexte, historiquement déterminé puisque tributaire des avancées conceptuelles (psychologie, psychanalyse, neurosciences), divers axes du fonctionnement psycho-intellectuel d'un individu donné ont pu être déterminés et évalués. Naturellement, comme souvent en médecine, c'est surtout à travers les déficits patents ou les distorsions pathologiques spectaculaires que ces sphères ont été initialement explorées, il est plus facile de repérer ce qui « ne va pas » que ce qui « va bien ».

Les déficits cognitifs, mnésiques ou thymiques, ainsi que ceux du cours de la pensée ont été les premiers étudiés. Mais il en a d'autres. Bien qu'ils soient situés dans des sphères différentes, chacun de ces déficits a, depuis, pris place dans la clinique des troubles mentaux et des troubles psychiques. Il est à noter que les modalités de leur évaluation sont elles-mêmes variables, ce qui est logique car le contexte socio-économique comme les mentalités prévalant à leur éclosion sont variables eux aussi. Par ailleurs, un travail de lissage et d'homogénéisation est entrepris lors de chaque révision clinique (DSM-IV ou Classification Internationale des Maladies, CIM) pour aboutir, in fine, à la production d'un ensemble conceptuel cohérent avec la finalité du moment.

1. Psychiatre, chef de service.

Secteur 4, CH de Montfavet, BP 92, 84143 Montfavet cedex.

2. IDE libérale.

1, rue du panier fleuri, 84000 Avignon ide-al-psy@wanadoo.fr.

1. Déficit cognitifs

En devenant obligatoire au XIX^e siècle (Jules FERRY), la scolarisation offrait au regard du pédagogue des classes d'âge entières. On s'est vite aperçu de l'évolution différentielle des acquis d'élèves soumis au même enseignement. À partir de leur capacité d'adaptation aux attentes des enseignants (et des programmes scolaires de chaque époque) on a rapidement pu classer les enfants en fonction de cette aptitude. Doués, sous-doués, surdoués sont statistiquement répartis en une courbe d'allure gaussienne bien qu'on constate parfois un écart entre aptitude intellectuelle et réussite scolaire. Par la suite, cette approche classificatoire a été étendue aux adultes et c'est bien, pour une fois, une conceptualisation juvénile-morphe qui a été exportée vers le monde des adultes¹.

Dans cette perspective, ce sont surtout les individus « déficitaires précoces » qu'il fallait repérer pour les orienter vers d'autres types d'apprentissage (plus concrets ?) voire pour les exempter de scolarité ou de la conscription puisque l'armée avait besoin de recrues capables d'obéir aux consignes données, donc de les comprendre. Le « lire, écrire, compter » était le bagage nécessaire et suffisant pour être un bon ouvrier ou un bon soldat. Le « testing » de classes d'âges resta longtemps le symbole des « trois jours » en France.

Une clinique fine du déficit cognitif est donc rapidement née à partir du test de Binet-Simon définissant le QI, puis de ses successeurs. Les variations dans les classifications, c'est-à-dire dans la nature des informations recherchées ont reflété l'évolution de la société et de ses besoins. Depuis une vingtaine d'années, on s'intéresse aussi aux « surdoués » dans la mesure où certains d'entre eux se révèlent tout autant inadaptés que les sous-doués aux contraintes scolaires et sociales et dans la mesure aussi où un idéal sociétal de développement individuel maximal fait qu'on estime ne plus pouvoir « passer à côté » de telles potentialités. Dépister tôt les surdoués devrait permettre d'optimiser leurs per-

1. Actuellement, du fait des protocoles médicaux expérimentaux, on découvre sur un adulte sain et on étend peu à peu le champ d'intervention sur les jeunes (et les vieillards).

formances sinon éviter leur échec d'intégration sociale. Ce culte de la performance aboutit à un culte du dépassement de soi (et de ses limites). La mode du « coaching » (sportif ou social) en est l'illustration. Parallèlement, prenant en compte l'épidémie actuelle des syndromes démentiels (liée au vieillissement de la population), il est devenu nécessaire de pouvoir repérer et coter les déficits cognitifs acquis. Toute une batterie spécifique de test est maintenant à la disposition des cliniciens.

Ces tests étaient au fond, les premières échelles prédictives, actuarielles. Prédictives de la capacité d'intégration des sujets. On sait depuis à quel point la prédiction peut influencer sur le futur. Ceci devrait relativiser les actuelles velléités prédictives en vogue : Echelle de Hare, prédictive de la récurrence chez les psychopathes² ou préconisations de l'INSERM³.

2. Déficits thymiques

La dépression est un tableau clinique bien repéré depuis longtemps : tristesse, pleurs, idées noires, sentiment d'indignité et d'inéluctabilité, somatisations diverses, idées de mort, risque de passage à l'acte suicidaire... Il existe d'innombrables échelles de cotation de la dépression et de son retentissement individuel, familial ou social. Les diverses classifications psycho-comportementales sont devenues cohérentes. Leurs variantes d'items renvoient d'ailleurs au fait que ces modèles doivent, entre autres choses, permettre des expérimentations de molécules psychotropes à vertu potentiellement anti-dépressive sur des symptômes cibles qu'a un flou diagnostique même si de nombreux syndromes dépressifs restent encore longtemps méconnus, donc non traités. Certains thérapeutes cherchent à passer du repérage clinique de l'état dépressif à sa signification existentielle : dépression d'épuisement, névrotique, atypique, anaclitique, symptomatique d'affection somatique, sénile, du post-partum...

Mais cela ressort d'autres logiques : psychopathologiques, phénoménologiques.

3. Distorsions du cours de la pensée

La conceptualisation de la psychose et l'émergence de l'entité schizophrénique sont maintenant anciens. De la « démence précoce » au syndrome dissociatif, de la confusion mentale au Syndrome de Ganser, la clinique psychiatrique a, très tôt, repéré les aberrations et perturbations du cours de la pensée, isolant même certains symptômes quasi-pathognomoniques : néologisme, barrage, fading mental, ambivalence, construction délirante... Les troubles du cours de la pensée posent maintenant peu de problème de repérage et

on en retrouve aussi dans certaines entités nosographiques comme des démences. Ils ne signent plus obligatoirement la psychose même s'ils y renvoient souvent.

4. Déficits mnésiques

De nombreux tests explorent de façon pertinente diverses perturbations mnésiques retrouvables dans de nombreux troubles démentiels, confusionnels voir hystériques : mémoire de fixation, mémoire de travail. Les amnésies, les hypermnésies et les dysmnésies homogènes ou différentielles (troubles de la mémoire rétrograde ou antérograde) sont désormais intégrées dans des tableaux cliniques psychiatriques, neurologiques ou neuro-psychiatriques.

5. Clinique de l'affectif

A ces quatre sphères objectives on peut rajouter une « clinique de l'affectif », comportant globalement trois pôles, amour, haine indifférence affective, qui renvoient déjà à un éprouvé subjectif. L'ambivalence des affects, leur contiguïté structurelle et leur interpénétration clinique est une constante humaine qui n'échappe pas à un observateur objectif même si le sujet qui l'éprouve peut ne pas être « au clair » avec son affect.

6. Les troubles du narcissisme

Jusqu'à présent, les troubles du narcissisme semblent avoir échappé en tant que tels à la sagacité des cliniciens. Autrefois, le statut narcissique et l'estime de soi d'un sujet ne posaient pas question. D'une part la société assignait à chacun une place, bonne ou mauvaise, que nul ne s'avisait de contester en raison du poids de la religion et de la structuration forte des rapports sociaux existant dans la famille ou dans la société. La prégnance de la religion (notion de péché), l'idée d'un au-delà à mériter y compris par son humilité et la force régnante de la morale faisait qu'on ne pouvait clairement exprimer son désarroi narcissique où du moins qu'il ne pouvait s'exprimer et se voir reconnu en tant que tel comme aujourd'hui. Le positionnement des chercheurs face au suicide est caractéristique : Le suicide est un comportement humain spécifique qui signe un effondrement narcissique. Il fut abordé initialement dans une perspective morale (jugement de valeur et approche religieuse) puis dans une perspective sociologique (DURKHEIM⁴) avant de se voir pour longtemps arbitrairement confiné dans une dimension psychopathologique finalement réductrice, le rattachant aux troubles de l'humeur (dépression et mélancolie⁵), c'est-à-dire à une maladie psychiatrique avérée, ce qui tendait à exonérer le corps social de toute

2. D. BOURGEOIS, O. BORICEANU, L. BARLAG : Une échelle prédictive de la récurrence, de l'outil clinique à l'instrument de stigmatisation. Communication à la SPSEM, Montfavet le 18 mai 2006.

3. INSERM : Les troubles des conduites chez l'enfant, Expertise collective, septembre 2005.

4. E. DURKHEIM (1897) : Le suicide. Réédition PUF 1993.

5. Dans cette perspective, l'émergence de médicaments antidépresseurs aurait dû mettre fin au problème, hors ce n'est pas le cas.



responsabilité. Il renvoie pourtant aussi à un malaise, un mal-être, à une position philosophique individuelle (mais la philosophie peut-elle être autrement qu'individuelle ?), la plupart des actes suicidaires parlant pour des faillites narcissiques plus que pour des « maladies dépressives » à fondement biologique.

Les dépression endogènes existent certes, puisqu'on a pu maintenant déterminer des facteurs de vulnérabilité⁶ héréditaires. On a pu aussi affirmer la notion de neuroplasticité dans la dépression⁷, ce qui autorise à penser un modèle dans lequel des modifications neuro-cérébrales réversibles seraient corrélées au vécu dépressif et au cortège clinique à expression différentielle du point de vue sociologique et interpersonnel qui le définit. On sait utiliser des molécules chimiques sur la prise en charge symptomatique de certains états dépressifs : tricycliques, sérotoninergiques...

Un lien entre ce qu'il est aujourd'hui convenu d'appeler troubles bipolaires et l'effondrement narcissique peut être fait :

- A travers la fréquence de diagnostics de bipolarité chez des sujets aux antécédents psychogénétiques borderlines.

- A travers l'intrication clinique étroite entre effondrement narcissique et dépression mélancoliforme (cf. infra TELLENBACH).
- A travers les répercussions narcissiques que peuvent avoir des troubles bipolaires lorsqu'ils sont perçus chez lui par un sujet. Rappelons que, historiquement, les premiers « groupes de patients auto-constitués » ont été des groupes de bipolaires, en Scandinavie surtout. Rappelons que le travail thérapeutique de groupe passe par l'élaboration d'un narcissisme collectif, pour le meilleurs et pour le pire (les sectes utilisent ce ressorts.)

Mais il faut aussi tenir compte des hypothèses psychogénétiques dans constitution d'une vulnérabilité existentielle à des troubles désadaptatifs aigus ou rémittents du comportement tels que passages à l'acte auto-agressif, conduites caractérielles ou ordaliques.

Ces désordres psycho-comportementaux parlent notamment pour des carences narcissiques (si l'on admet la psychogenèse des états limites à travers la notion de traumatismes désorganisateur précoce et tardifs verrouillant une destinée de souffrance et de déviance et un positionnement psychique borderline).

6. M. WOHL, P. GOORWOOD : La vulnérabilité dépressive. Le quotidien du médecin, mai 2005.

7. Altérations hippocampiques, des cortex cingulaire et préfrontal.

Faire le lien entre les hypothèses biologiques et psychogénétiques pouvait sembler une gageure mais la conception d'une neuroplasticité (voire d'une psychoplasticité à travers la notion de psychothérapie) et les avancées de la génétique (l'épigenèse et le rôle du milieu sur l'expression génétique) peuvent rendre cohérente l'idée d'un impact à double mécanisme, à la fois biologique et psychologique, d'un traumatisme psychique d'intensité significative. Cet impact est repérable par son expression à court terme. Le stress est à vécu psychique et à corrélation physiologique (rôle du cortisol), il en est le prototype historique. Mais il est aussi susceptible d'admettre un impact à long terme, voire décalé : notion de latence. Une latence entre le traumatisme et l'émergence symptomatique est décrite dans la clinique des syndromes de stress post-traumatique, remise à l'ordre du jour par les travaux sur la pathologie des catastrophes. Elle existe aussi dans les approches psychogénétiques de la constitution d'une personnalité borderline.

Dans ce cadre, la clinique du suicide est aussi et surtout une clinique du narcissisme, « de l'amour propre au sens large »... « la façon dont nous concevons la construction des équilibres du narcissisme nous donne les clés des ruptures énigmatiques de ces équilibres... »⁸, le suicidant ne parvenant plus à maintenir un suffisant désir de vivre. Pourquoi vivre, pour qui vivre ? La mort dans ce cas n'est plus l'expression d'un désir d'être anéanti (position passive), de ne plus souffrir mais bien d'un désir impulsif ou pouvant passer à la chronicité (état suicidaire) de disparaître dans la mesure où le sujet ne se supporte plus dans son monde. Il y a donc faillite du moi (et de l'Idéal du moi), le Surmoi, épuisé ou dévalorisé, ne pouvant plus jouer son rôle interdicteur, imprécateur et moralisateur. L'instinct de survie (d'essence biologique) ne suffisant plus à garantir la logique d'intégrité psycho-corporelle du sujet, le risque mortel est à ce moment majeur.

Certaines tentatives de suicide graves, parfois intriquées avec une dimension bipolaire, renvoient à cette faillite. On est au cœur de la mélancolie comme expérience de l'anéantissement décrite par TELLENBACH⁹.

Les mécanismes défensifs psychiques naturels, quasi animaux et instinctuels, liés à l'anticipation, sont mis en défaut puisque l'anticipation de ce qui va se passer dans réel après la mort (arrêt des fonctions vitales et destruction corporelle inexorable) va s'effacer au profit d'une anticipation de la « restauration narcissique aux yeux des survivants » induite par une « mort qui lave de tous les péchés ». L'impératif narcissique prend le pas sur l'impératif biologique.

Aujourd'hui, l'individualisme et la possibilité d'une communication instantanée qui favorise la comparaison des destins ou des statuts, s'associent à un plus libre accès au

discours. La sacralisation des victimes dans le discours ambiant y contribue aussi. Maintenant, on consulte non seulement par ce qu'on est fou, déprimé, dissocié ou non performant mais parce qu'on se sent « mal dans sa peau » (ou parce qu'on veut « être bien dans sa peau ») ce qui est le symptôme d'une économie psychique renouvelée par le contexte social. Autrefois ce sentiment de mal-être et de malaise, restait associé à un fléchissement thymique mais il s'avère maintenant plus autonome ou en tout cas relevant d'un autre registre mental.

On peut associer régression et dépendance, régression et repli, à propos des tensions devenues inéluctables entre narcissisme et pulsions (sexuelles), la régression étant à l'œuvre dans la plupart des registres psychopathologiques donc cliniques, psychose et mélancolie comprises. En concevant une régression, on doit concevoir une fixation, ou une progression, ce qui introduit une dynamique narcissique au sein de la psychodynamique.

La régression à la dépendance dans le sens de WINNICOTT place le sujet sous la menace de ses pulsions par le jeu de la régression pulsionnelle : « Les pulsions constituent la plus grande menace pour le jeu et pour le moi »¹⁰. Cette constatation clinique conforme à ce qui se retrouve au sein des processus thérapeutiques rend compte de la possibilité de saisir à l'aide de grilles de lecture superposables aussi bien les conduites addictives que les désordres des comportements sexuels ce qui réactive la dialectique narcissisme/libido, voire narcissisme/érotisme, en jeu aussi bien dans les perversions que dans les addictions (9).

L'évolution historique des troubles psychiques est parlante : Lorsque les modalités structurantes collectives s'effondrent, ce sont les maladies de la dépendance qui se voient mises en exergue. De l'alcoolisme destructeur chez les Inuits devenus anomiques lorsqu'ils se sont retrouvés confrontés au nouvel ordre social induit par la colonisation par les « blancs » à la flambée des toxicomanies dans le monde occidental du milieu du XX^e siècle, puis à la (reco)naissance de nouvelles addictions : sex-addictions, cyber-addiction. Une étape de plus et ce sont les aménagements pervers qui deviennent enjeu de la psychiatrie : Si le corps social engage aujourd'hui une formidable pression normative sur les perversions et intègre au passage la psychiatrie dans l'arsenal répressivo-normatif, c'est bien que le fonctionnement pervers n'est pas accidentel et isolé (il ne représenterait pas une menace pour l'ordre social) mais bien consubstantiel du monde. Là aussi, il importe d'avoir à disposition une grille de lecture adaptée car si certains dysfonctionnement pervers sont actuellement et consensuellement déjà repérés comme tels (sadisme pédophile), d'autres n'ont pas encore de lisibilité sociale, sont encore admis comme inéluctables ou

8. J. LOUIS : Clinique et prise en charge du suicide, 10 octobre 2004. Psydésir.

9. H. TELLENBACH (1979) : La mélancolie, PUF Paris.

10. D.W. WINNICOTT (1971) : Jeu et réalité, Paris Gallimard, p.73.

émergent à peine (le harcèlement professionnel) en tant que tels dans les mentalités. Cette phase transitoire passée, le narcissisme des individus définitivement mis à nu, on peut s'attendre à ce que ce soient les maladies du narcissisme qui occupent le devant de la scène ; encore faut-il les reconnaître et les décrypter. Notre hypothèse est que la « grille de lecture narcissique » peut utilement se voir appliquée à des désordres psycho-comportementaux modernes, qu'ils soient collectifs ou individuels.

1. Au niveau collectif : De la crise d'amok (composante ethnopsychiatrique) au phénomène kamikaze musulman intégriste, du suicide altruiste au suicide collectif, plus ou moins rattachable à la dynamique sectaire, mais pas seulement, de l'endoctrinement idéologique limité au niveau d'un parti politique ou embrasant un pays tout entier, aboutissant aux désastres politiques majeurs du XX^e siècle, il y a une gradation d'impact mais pas forcément une gradation de gravité fondamentale. Ces catastrophes psycho-relationnelles mettent en exergue les différents niveaux d'implication sociale susceptibles d'être pris par la composante narcissique. Ils mettent en jeu une dynamique qui n'est pas seulement la somme de dynamiques pathologiques individuelles. Ils sont de véritables pathologies collectives à prendre en compte, parfois, à travers la notion de crime politique psychiatrique¹¹.

2. Au niveau individuel : Le narcissisme n'est pas inné, il n'est pas un acquis définitif, il se construit, se nourrit tout au long de l'existence. Il s'étirole ou périlite parfois. Il s'épuise enfin et la faillite narcissique sénile en est un exemple. Cet épuisement narcissique fait le lit des syndromes de glissement ou de certains suicides de cet âge, non intégrables dans la seule dimension dépressive (Cf. le suicide « lucide » de H. De MONTHERLANT).

On sait depuis D.W. WINNICOTT que les « failles narcissiques » empêchent l'expression « suffisamment bonne » des mouvements pulsionnels. Dans cette perspective, c'est la traduction des dérives psycho-comportementales repérables dans les sphères « classiques » de la clinique et des aléas pulsionnels qui dévoilera ces failles narcissiques. En d'autres termes, il faut décrypter la « langue de bois » des troubles cliniques pour espérer dégager la signification profonde des failles narcissiques à l'œuvre si on veut pouvoir un jour évaluer l'action thérapeutique (colmatage) sur ces failles. Pourtant, sans statut narcissique assuré, nul ne peut espérer progresser dans les sphères affectives ou cognitives. On peut parler de « langue de bois » dans la mesure où la pression socioculturelle et la normalisation de la clinique imposent bien malgré lui aux sujets en souffrance d'utiliser

les codes communicationnels usuels ; ceux qu'ils ont appris, ceux dont ils savent qu'ils seront peut-être un peu entendu et compris, au même titre qu'ils imposent au clinicien d'utiliser les grilles de lectures consensuelles (de la CIM 10 au DSM IV) ou au thérapeute de respecter le moulin à pensée de la dichotomie psychose/névrose. Parmi ces codes, l'impulsivité et la violence agie, le délire, la dépression ou l'angoisse sont aujourd'hui des signaux et modes interactionnels valorisés puisqu'ils appellent réponses (sanction) immédiate de la part du contexte, aussi bien de la part du partenaire (le sujet cible) que de la société. Ce sont ces comportements et positionnements que vont tenter de juguler les molécules mises à disposition des médecins (anti-hallucinatoires, antidépresseurs, anxiolytiques, agressivolytiques) aussi bien que les rétroactions normalisantes de la société (condamnation morale de la violence ou du suicide).

L'arsenal chimique maintenant à disposition de la psychiatrie agit donc sur les symptômes et les comportements mais on apprend à objectiver par des examens paracliniques de plus en plus fins et dynamiques l'impact des émotions, de la réflexion, de l'action ou de la pensée sur la dynamique intime des neuromédiateurs à l'intérieur des synapses ainsi que sur la distribution instantanée des zones d'activation cérébrales en fonction de ce que ressent ou perçoit un sujet. Cette approche « scientifique », encore grossière, de la « conscience » humaine qui reste une énigme laisse entrevoir l'immensité de notre ignorance. Elle relativise les prétentions chimiothérapeutiques comme certaines chimères et illusions contemporaines, psycho-éducationnelles ou psychothérapeutiques.

La clinique fait foi, encore faut-il savoir la lire. Par exemple les errements classificatoires renseignent davantage sur les mentalités de l'époque à laquelle les modèles de classification ont été conçus que sur les comportements de l'époque des malades à décrire, encore que là aussi il existe une dialectique entre la clinique attendue et la clinique montrée : l'hystérie en est l'illustration¹².

Les troubles cycliques de l'humeur ont longtemps voisiné avec les psychoses (notion de Psychose Maniaco-Dépressive) avant de se voir repoussés dans le champ des « troubles thymiques » (dysthymies bipolaires) ce qui autorisa une fantasmatisation collective sur le thème des normothymiques et par conséquent l'éclosion des médicaments normothymiques. Maintenant, certains médicaments antipsychotiques se voient attribuer une action normothymique ; est-ce à dire qu'il faut refondre la nosographie ? La plupart des normothymiques est issue de la classe thérapeutique des

11. D. BOURGEOIS : Criminologie politique et psychiatrie ; L'Harmattan, 2002.

12. Le positionnement hystérique, fait, pour partie, que le sujet s'inscrit dans le désir de l'autre. Dans cette dimension, il est séducteur puisqu'il séduit le partenaire (potentiel, symbolique, imaginaire ou réel) en lui laissant penser que si son désir existe dans l'autre, Il existe. La rupture hystérique (fuite, conversion, crise) que l'on perçoit en clinique dès que le désir (ou/et le fantasme) se voient placés en risque d'être réalisés peut être lue comme un effondrement narcissique. Celui-ci se produit lorsque devient évidente la perception de l'inanité d'un désir qui ne prendrait pas le partenaire comme sujet (co-construction d'un désir commun), ni comme objet (on serait là dans une relation perverse) mais comme une illusion, une illusion narcissique. « Le partenaire n'étant pas, je ne suis pas. » La désillusion hystérique est ici un effondrement narcissique.

anti-comitiaux, les antipsychotiques ou les neuroleptiques « de gauche » ont toujours eu des propriétés anxiolytiques puissantes (contre la fameuse angoisse psychotique !)...Faut-il aussi jeter au panier les diverses classifications des psychotropes ? On constate que les sujets borderlines sont améliorés par les normothymiques dans le sens où les variations brusques de leur comportement se trouvent atténuées, ce qui rend leur existence moins chaotique et préserve leur capacité de socialisation. Peut-on imaginer que la survenue précoce, chez l'enfant, d'un traumatisme désorganisateur (dans la logique de la psychogenèse) puisse induire une modification durable, de nature épigénétique ou épipsychogénétique, de l'équilibre des neuromédiateurs ? Intégrée à l'habitus du sujet, cette modification pourrait laisser croire, à tort ou à raison à un dysfonctionnement psychiatrique (psychose ou dysthymie), neurologique (la « crise de nerf » du borderline peut ressembler à un équivalent comitial), neurophysiologique (l'acmé de la crise caractérielle privée de toute référence au contexte socio-temporel équivalant alors dans la dynamique du sujet à l'acmé orgastique, au passage à l'acte explosif du psychotique, ou à la crise comitiale...)

Il est à noter que, cliniquement, toutes ces crises focales se retrouvent spontanément résolutive à travers une phase post-critique stéréotypée de détente neuro-myo-psychique, de bien-être pouvant cumuler dans une déconnexion du réel, d'amnésie focale : confusion post-critique épileptique, libération d'endorphines !¹³ Ces crises sont-elles autre chose que l'irruption dans le réel de la formidable tension entre narcissisme et pulsions lorsque l'accès au symbolique se trouve barré ?

À notre sens, ce qui compte, ce qui est opérant pour le comprendre, bien plus que ses affects et comportements, c'est le statut narcissique du sujet et les potentialités évolutives de celui-ci. Il s'agit donc d'un saut qualitatif situé aux antipodes du modèle de la « chambre noire » cher aux systémiciens : On formalise une hypothèse concernant la nature de la chambre noire à partir des outputs.

À partir de ses observations pédiatriques, D.W. WINNICOTT¹⁴ avait articulé le cœur du dysfonctionnement narcissique avec la dépendance en décrivant trois degrés de dépendance :



1. Celui qui va vers l'indépendance : le bébé trouve des moyens de vivre sans que sa mère soit effectivement présente. Cela signifie qu'il a acquis un environnement fiable.
2. Celui de la dépendance absolue, tyrannique, dans laquelle le bébé ne différencie pas ce qui vient de lui et de l'Autre (sa mère). Toute défaillance de l'extérieur fait dramatiquement écho aux défaillances internes, et réciproquement, aucune déstabilisation du statut narcissique du sujet ne pourra être surmontée ce qui inaugure un positionnement vital carencé du point de vue narcissique.
3. Entre les deux, celui de la dépendance relative. Ce degré est fondé sur une relative conscience par le nourrisson qu'il est dans le besoin des soins maternels. Le mode de dépendance tyrannique est à la base d'aménagements ultérieurs anaclitiques chez l'adulte, au minimum borderlines voire schizoïdes dans la mesure où dans ce cas, rien ne doit changer pour que le monde continue à exister (sameness) puisque tout changement devient rupture, abandon, mise en péril, risque de mort psychique. Le temps, comme le monde, est suspendu, dilaté ; il peut être halluciné. On est dans la chronicité (Chronos dévore la réalité pour produire du passé, du regret, du remord ?) et la dimension psychotique mais on peut se retrouver plus simplement dans les avatars cicatriciels de la psychose, aux sources du questionnement borderline : Comment maîtriser le monde, autrui, le temps, le manipuler, comment le nier sans nier son existence. C'est la source de comportements catalogués comme pervers, ordaliques ou addictifs. La dépendance retrouvée dans les toxicomanies et dans les perversions¹⁵, au-delà de différences liées au

13. Par analogie, on pourrait évoquer un état de mal caractériel lorsque le sujet ne parvient plus à rompre le cycle de ses crises parce qu'il a un seuil d'intolérance à la frustration trop abaissé par rapport aux possibilités de son entourage, ou un état de mal orgastique lorsque le sujet en est réduit à des pensées sexuelles obsédantes.

14. D.W. WINNICOTT Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique in « De la pédiatrie à la psychanalyse », Paris Payot 1969.

15. K. SENE M'BAYE, D. BOURGEOIS : Conduites sexuelles déviantes et addiction (de la comorbidité à l'unité structurelle) SYNAPSE N°275, mai 2005.

produit ou au contexte, réitère cette coagulation relationnelle pathologique du sujet avec tout objet, substance, ou personne, devenue magique tant qu'elle est pensée éternelle ou répétable à volonté par l'hallucination, la litanie ou la pensée magique.

Cette régression pulsionnelle dans le champ de la dépendance engage le sujet dans une gamme de comportements régressifs qui peuvent apparaître grossièrement similaires si mal démembrés par la clinique ; le retrait et le repli. La différence de leur signification profonde permet de dégager le processus structural en jeu. Le retrait dispose le sujet en situation de dépendance ou d'attente désespérée (anaclitique) de ce qui lui permettrait, dans ses fantasmes, de progresser à nouveau, de vivre à nouveau. C'est le socle psychique des états limites. Le repli positionne le sujet en situation paradoxale d'indépendance. On est dans la psychose puisque le salut ne peut venir que d'un autre monde, intérieur ou halluciné. Une approche clinique intégrant ces avatars du narcissisme serait à même de différencier ces deux positionnements psychiques et il serait possible, à partir de là, de dégager des approches différentes. Chez un sujet positionné en retrait/dépendance (le borderline), le travail portera sur la dépendance, sur la nature de l'objet perçu (magique, fétiche ou vécu comme agresseur, par exemple), sur le temps. Un rapport au monde restera possible et vitalisant. Chez un sujet en repli (le psychotique autistique) la nature du travail thérapeutique sera de permettre au sujet d'apprécier, de vivre avec le monde qui l'entoure et donc de le percevoir. Si les deux positionnements ont en commun le fait de ne pas voir le monde « réel », le borderline est un aveugle qui sait « un peu », ce qu'il a perdu tandis que le psychotique n'a aucune idée de l'intérêt potentiel de voir ce monde, puisqu'un monde halluciné le remplace avantageusement à jamais et depuis toujours, jouant, au prix de quelques dérapages pulsionnels à ne pas interpréter, un rôle de pare-excitation. Les tensions entre narcissisme et pulsions¹⁶, dans le repli comme dans le retrait, ouvrent donc des voies théoriques mais pas toujours thérapeutiques. Logiquement, dans cette acceptation, il ne sert à rien d'interpréter un mouvement pulsionnel puisque celui-ci est subi, répétitif à l'infini (de l'ordre du besoin et non du désir) et ne représente pas le positionnement inconscient authentique du sujet. Les perversions ne sont donc pas accessibles à l'interprétation, donc à la thérapie, ce que l'on retrouve malheureusement en pratique.

Nous avons évoqué dans le début de ce texte les apports de la clinique traditionnelle à la compréhension de déficits touchant les sphères cognitives, thymiques ou celles du cours de la pensée. Si celles-ci peuvent rester aujourd'hui pertinentes, il est indispensable, à notre sens, de les confronter à la psycho-clinique du narcissisme et en particulier à celle

de la régression narcissique par rapport à la dépendance. Par exemple, l'hystérie, les phobies que l'on n'appelait pas encore sociales et les troubles obsessionnels compulsifs étaient des éléments constitutifs fondamentaux de la clinique traditionnelle des névroses, freudienne dans le sens où leur inscription psychosociale était propre à l'époque freudienne, que l'on conçoit à distance comme très particulière du point de vue socioculturelle. À l'extinction psychosociale de ces névroses installées, l'éclosion de syndromes dérivés, plus ramassés, a progressivement créé une nouvelle clinique que l'on n'avait pas rattaché au narcissisme. L'évolution de la terminologie est évocatrice du glissement contextuel. On ne parle plus de névrose (référence structurelle) mais de trouble (référence comportementale à une norme).

Pourtant, à travers la notion de « névrose traumatique », d'abandonnisme, de sinistrose puis de syndrome post-traumatique c'est bien tout le pan des failles narcissiques qui s'est imposé comme un dol à composante sociale : Ces termes décrivent tous un processus interrelationnel plus large qu'un simple trouble. La construction psychosociale du sujet passe par une construction narcissique, sa réparation psychique passe par une réparation narcissique à composante sociale.

La phobie sociale actuelle qui comporte l'impossibilité à sortir de chez soi comme difficulté à affronter le regard d'autrui et la série des phobies montrent bien ce qui est en jeu : une quête narcissique désespérée dans la mesure où le corps social ne peut contenir ou conformer le vide narcissique qui devient un vide identitaire puis, paradoxalement, un vide contenant. Seule la structuration narcissique peut rendre l'individu apte à évoluer dans son milieu. Et si ce n'est pas le cas, cet isolement ou repli dit phobique, ou retrait vital est symptomatique, s'érigant en une forme particulière d'asociabilité morbide au sens propre. Il n'est donc pas fortuit que la symptomatologie phobique soit retrouvée d'une manière très importante dans tous les syndromes post-traumatiques contemporains : Après une agression ou après une catastrophe.

Conclusion

Alors que les autres sphères du psychisme sont déjà bien balisées et font l'objet d'un relatif consensus clinique, les nouvelles révisions des classifications internationales (on va vers la CIM11), les échelles contemporaines de cotation clinique et les stratégies thérapeutiques, si elles veulent être adaptées aux enjeux de ce siècle, doivent impérativement intégrer l'axe du narcissisme : du point de vue des déficits pour ce qui concerne l'approche de la souffrance mentale, du point de vue de sa construction et de son équilibre pour ce qui concerne la psycho-dynamique.

16. M. ODY : Entre régression et repli ; à propos des tensions entre narcissisme et pulsions chez l'enfant (et l'adulte) Conférence en ligne de la société psychanalytique de Paris.

HORIZONS

Trois articles constituent dans ce numéro cette rubrique alimentée par le réseau de nos correspondants étrangers. Ils sont particulièrement représentatifs de spécificités historiques et culturelles de chacun des pays concernés : la République Tchèque, l'Algérie, le Burkina Faso.

Nos échanges avec la République Tchèque sont anciens puisque leurs débuts se confondent avec la création de *Psy Cause*. Notre premier contact fut Ian Cimicky, un psychiatre pragois auteur de plusieurs articles dans notre revue, que j'avais rencontré pour la première fois à Paris lorsque j'étais membre du comité de rédaction de la revue de psychiatrie des CEMEA, Vie Sociale et Traitement (VST). C'était d'après mes souvenirs en 1992, peu de temps avant la dissolution du comité de rédaction décidée par la direction, et dont il était l'hôte. À cette époque, la revue VST s'était engagée dans une voie originale et audacieuse que ne reniait pas Lucien Bonnafé, membre du comité, et qui s'incrimait tout à fait dans l'esprit du courant de la psychothérapie institutionnelle à l'origine de VST. Des thèmes dérangement tels que « la laideur » dans nos hôpitaux psychiatriques y étaient traités, tellement dérangement que la direction administrative des CEMEA décida rien de moins que de virer une équipe d'empêcheurs de tourner en rond animée par Jean-Luc Roeland. Cette dissolution ne fut pas simple, Lucien Bonnafé faisant la navette entre l'ex-comité de rédaction qui se réunissait au ministère de la santé et le nouveau comité de rédaction au siège des CEMEA. Mon expérience personnelle au sein de VST fut une source de réflexion très riche, VST étant à ce moment-là la seule revue pluri-professionnelle de psy dans laquelle écrivaient aussi bien des infirmiers, des psychologues et des psychiatres. Cette dissolution fut un facteur déterminant dans mon désir de fonder une revue : ce fut *Psy Cause*. En 1994 Ian Cimisky m'invita à un congrès à Prague. C'est à cette occasion que je fis la connaissance de Petr Taraba et de collègues de son hôpital situé aux confins de la Moravie du nord et de la Pologne, en Silésie tchèque, à Opava. Cet établissement psychiatrique d'architecture pavillonnaire avait beaucoup de points communs avec le courant institutionnel et était demandeur d'échanges avec des établissements français. Cela déboucha en juin 1997 sur un jumelage entre le Centre Hospitalier de Montfavet et celui d'Opava, la toute jeune revue *Psy Cause* basée à Montfavet y étant étroitement associée. Présent en 2002 à un congrès organisé par Petr Taraba à Opava sur la psychose, j'avais pu constater une réalité de la partition de la Tchécoslovaquie avec l'existence de deux discours : celui des Tchèques, proche de la clinique française avec une vision globale et humaniste du malade mental ; celui des Slovaques, résolument « moderne » avec ses références nord-américaines. Ivan Galuzka, psychologue, fait partie de l'école de pensée d'Opava. Comme Petr Taraba, il parle et écrit le français. C'est dans cette langue qu'il nous a adressé son texte qui rend hommage à Freud à propos de l'inauguration cette année d'un musée en Moravie qui n'est autre que **la maison natale de l'inventeur de la psychanalyse**.

Mohamed Tadlaoui est lui aussi un psychologue clinicien. Son service de psychologie fut créé par des fonds d'état au décours de la cruelle guerre civile qui fit en Algérie près de 150 000 morts. Il lui a fallu beaucoup de courage pour s'engager au CHU de Tlemcen dans sa mission : l'assistance psychologique aux

victimes de ce conflit qui poussa à l'exil nombre de nos confrères algériens. Son article, très poignant, nous plonge dans cette réalité à travers l'état de **stress post-traumatique** de l'un de ses patients laissé pour mort lors d'un carnage dans une usine.

Au **Burkina Faso** (le « pays des hommes intègres », l'ancienne Haute Volta), la **pédopsychiatrie** a toute sa place, comme en témoigne un texte qui est le troisième d'une trilogie sur la psychiatrie dans ce pays d'Afrique de l'ouest. Nous avons déjà évoqué dans les précédents numéros de *Psy Cause*, le partenariat privilégié entre notre revue et cette région de l'Afrique qui sera l'objet d'un congrès à Parakou au Bénin en février 2008.

Jean-Paul Bossuat

Coopération avec le Chili

Le Centre Hospitalier de Béziers participe au renforcement de la Coopération Sanitaire entre la France et le Chili.

Le Ministre des Affaires Etrangères favorise les échanges avec l'Hôpital Guillermo GRANT BENAVENTE de Concepción.

Depuis 1998, des soignants et des techniciens de cet hôpital effectuent des stages dans divers services du Centre Hospitalier de Béziers et au Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier.

Parallèlement, des membres du personnel du Centre Hospitalier de Béziers accomplissent des séjours à l'hôpital GRANT BENAVENTE et comparent leurs expériences dans le domaine médical et non médical (gestion, services généraux et techniques). Ces échanges internationaux entre les deux Centres Hospitaliers et les Facultés de médecine se sont élargis à l'IFSI : ainsi, des élèves infirmiers vont à Concepción, et des étudiants chiliens viennent à Béziers, encadrés par l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.

Nous ne pouvons que nous féliciter pour l'enrichissement apporté aux uns et aux autres par cette mission en développement des relations médicales.

Mila RAMON



Ivan Galuzka

Un nouveau musée dans la maison natale de Freud

Le 26 mai 2006, fut inauguré sous la protection du Président de la République Tchèque Vaclav Klaus, le musée installé dans la maison familiale de Sigmund Freud, située au centre de la ville. C'était à Pribor en Moravie centrale, une petite cité multiculturelle abritant des Tchèques, des Allemands et une forte communauté juive, fondée au Moyen Âge sous les montagnes « Beskydy ». Le Professeur MUDr. Sigmund Freud naquit en cette ville le 6 mai 1856, dans la famille d'un commerçant juif. Il quitta cette maison en 1859 lorsque sa famille déménagea pour Vienne.

En 1931, une plaque commémorative fut apposée sur cette maison à l'occasion du 75^e anniversaire de la naissance du Maître. Cette plaque fut démontée pendant la seconde guerre mondiale. La maison familiale de Freud demeura une propriété privée jusqu'à ce qu'en 2005 la mairie de Pribor la rachète. La maison, alors déclarée monument de la culture, est réaménagée. A l'occasion du 150^{ème} anniversaire de la naissance de notre grand homme, la municipalité a décidé d'y installer un mémorial Sigmund Freud.

Revenons à la célébration du 75^e anniversaire de la naissance de Sigmund Freud, en 1931. La journée du 25 octobre fut l'objet d'une grande fête au cours de laquelle fut inaugurée la plaque commémorative réalisée par le sculpteur natif de Pribor, F. Juran. Cette célébration présenta cette petite ville à la connaissance du monde entier. Un reporter du New York Times s'y déplaça ainsi que des professeurs des Universités de Berlin, Prague, Vienne. Des télégrammes de salutation furent envoyés par de Hautes écoles de New York, Londres, Paris, Rome, La Haye, Budapest, par notre président Masaryk, par de Hautes écoles tchécoslovaques et les mairies de Prague, Brno, Bratislava. Freud était malade et se fit représenter à cette célébration par sa fille Anna. Il fut présent à son jubilé par cette lettre :

Psychologue clinicien.
République Tchèque.

« Je remercie Monsieur le Maire de la ville de Pribor, les organisateurs de cette manifestation et tous les participants pour l'honneur qui m'est fait par la décoration de ma maison natale par une plaque commémorative qui est de la main d'un véritable artiste. Et cela se déroule de mon vivant, alors que l'humanité n'est pas unanime dans l'évaluation de mes travaux.

J'ai quitté Pribor à l'âge de 3 ans et ai visité ensuite cette maison à l'âge de 16 ans : j'étais l'hôte de la famille Fluss. Et puis, je n'y suis plus jamais allé. Depuis ce temps, il y eut beaucoup de changements dans ma vie. J'ai traversé de nombreuses souffrances, j'ai eu de la chance aussi et un peu de succès, comme cela se passe dans une vie humaine. Il est aujourd'hui difficile pour un homme de 75 ans de se réintroduire dans ce temps de jadis, dont les riches contenus n'ont laissé en sa mémoire que de faibles restes. Cependant je suis sûr d'une chose : cette enfance heureuse à Pribor est demeurée profondément ancrée en moi-même qui étais le premier-né de ma jeune mère et qui reçus de cette ambiance et de cet endroit des premières impressions ineffaçables.

C'est pourquoi je ne peux conclure que par mes remerciements et mes félicitations cordiales à cette ville et à ses habitants.

Sigmund Freud »

Revenons à présent au musée inauguré le 26 mai 2006. Sa conception est l'œuvre d'une historienne, M. PhDr. Tomolova. L'agencement de l'exposition est centré sur la personnalité de Sigmund Freud et ses liens avec le lieu de naissance. Le parcours qui s'effectue dans cinq pièces propose une fiction : Sigmund Freud au déclin de sa vie est rentré dans sa ville natale, Pribor. Il est ainsi le seul guide et il fait part de ses souvenirs sur la ville, les événements importants de sa vie et de sa carrière en se promenant avec le visiteur dans sa maison natale. La devise de l'exposition est : « *Sigmund Freud reste avec nous* ». Elle est illustrée par 32 dessins-caricatures du peintre V. Jiranek accompagnés par le texte de J. Kroutvor sur les relations de Sigmund Freud à l'humour. Un système audiovisuel Guidereport connu mondialement dans les musées, peut guider les visiteurs dans cinq langues : anglais, français, allemand, russe et tchèque.



1. Maison natale de Freud.
2. Chambre présumée du petit Sigmund.
3. Enseigne d'un bar de Příbor.
4. Commerce de souvenirs freudiens à Příbor.
5. Plaque commémorative du 75^e anniversaire.

Dans ce musée, on trouve des objets découverts lors de la restauration de la maison, tels que des restes de carreaux de poêle en faïence. L'arrière-petit-fils David Freud a remis un livre que Sigmund Freud a reçu lorsqu'il était un élève, comme prix scolaire. Ce prix est présenté dans l'exposition. Madame Jane McAdam Freud, arrière-petite-fille, a offert la médaille commémorative qu'elle a créée. Devant la maison

natale, se trouve la copie précise du divan de Freud, en toile de cuivre arrangée par l'atelier des beaux-arts d'Ivan Houska. L'exposition s'achève sur des photos de la famille de Freud et des citations des paroles de l'inventeur de la psychanalyse. Les visiteurs peuvent par l'intermédiaire d'internet entrer en liaison avec les musées de Sigmund Freud à Vienne et à Londres.





Mohamed Tadlaoui

Psychotrauma et pack

Résumé

Tous les travailleurs de l'usine ont été égorgés par les terroristes la nuit du 5 août 1994 et Assab a été achevé à la hâte à la hache. Coma, opération chirurgicale, il est sauvé et la vie continue avec un nouveau travail, mariage, enfants... En 2003, sa fille de 5 ans décède. Gros chagrin, « commence à s'énerver pour un rien du tout » et quelques mois après (2004) c'est l'état de stress post-traumatique qui s'installe. Chimiothérapie, psychothérapie, trois hospitalisations, sans résultats concrets. Alors je pense à des séances de packing. L'équipe et le malade acceptent. Après trois packs, il dit qu'il est guéri...

Mots clés:

Terrorisme, psychotrauma, pack.

1. Historique de la prise en charge

Assab vient me voir le 14 juin 2004, orienté par le médecin chef du service de psychiatrie du CHU de Tlemcen, pour PTSD.

C'est un homme de 32 ans, marié, 2 garçons, il habite un petit village à 30 km de Tlemcen. Il travaille comme balayeur à la commune de son village.

Il y a une année, sa fille de 5 mois est morte. Il a eu un gros chagrin ; « *depuis, il s'énerve pour un rien* », dit sa famille. « *Attention c'est à cause des terroristes qu'il est comme cela* », disent ses collègues au travail. Alors, à force de l'entendre, il y pense de plus en plus jusqu'à **revoir tout**.

Il y a trois mois, il se reposait chez lui un soir lorsque vers 21 heures : « *je vois une bouteille de gaz venir sur moi, je me sauve emportant avec moi mes enfants. Puis je vois une flaque de sang et une femme (ma mère) se pencher pour me tirer de là, me sauver, puis c'est le noir, puis le sang, les têtes coupées, les pieds et quelqu'un qui me frappe à la tête* ». C'est alors que commencent les réviviscences du premier drame, de l'événement qui a marqué sa vie : le massacre de toute l'usine dans laquelle il travaillait une nuit du mois d'août 1994 et où il a été laissé pour mort.

Psychologue Principal
CHU Tlemcen – Algérie.

Depuis trois mois, il se réveille toutes les nuits, vers minuit /1heure du matin et sort déambuler en ville. Parfois il est retenu par sa mère et ses frères, car s'il sort il fait des « bêtises », se dénude, parle seul, va chercher les terroristes dans la forêt proche, puis « revient à lui ».

À la consultation : il est squelettique, mal rasé (personne ne peut l'approcher avec un rasoir, il ne fait confiance à personne), distrait, le visage dépressif. Il explique que cela fait trois mois qu'il traîne d'un médecin à un autre avant d'atterrir en Psychiatrie .

Il raconte le massacre (1) en pleurant de temps à autre. Parfois il s'arrête, fixe le vide, ne sort de ces 'absences' que lorsque je le questionne ou lorsqu'on frappe à ma porte et alors il sursaute exagérément.

Le psychiatre l'a mis sous Remeron 30 et Thioderazine 5.

Je le revois une semaine après, toujours distrait ; il ne se rappelle pas le nom du copain qui a ouvert la porte de l'atelier la nuit du massacre et qui est mort. « *Lors de cette nuit, je voulais parler mais impossible, les mots ne sortaient pas, je me sentais bloqué, je voulais les insulter...* »¹

Il est très affecté par le fait que les gents et la famille (les cousins) ne lui parlent plus, l'évitent ...²

Dix jours plus tard (le 1^{er} juillet 2004) il est hospitalisé, en urgence, en psychiatrie par les Pompiers de son village pour " troubles du comportement" (il a envoyé sa famille « se

1. Voir détails dans le paragraphe « Evènement ».

2. Un des buts du terrorisme est atteint : créer la psychose, diviser les familles et les voisins ; tout le monde a peur de tout le monde. Assab porte sur sa tête la marque des terroristes. Il convient donc de l'éviter pour ne pas se compromettre ou du moins parce qu'il est fou...

reposer » à Tiaret, à 400 km de Tlemcen. Il s'est retrouvé alors seul à la maison et il a fait des « bêtises ». Mais il accepte mal notre « asile » avec ses grands dortoirs et les odeurs qui s'en dégagent. Aussi, j'appelle sa mère qui le fait sortir le 3^e jour.

Je le revois une fois avant de prendre mon congé, il va mieux qu'avant.

Mais dès ma rentrée, il vient avec sa mère me demander l'hospitalisation. Il dit qu'il n'a pas pu tenir trois semaines sans voir le psychologue, qu'il attendait avec impatience



l'heure du rendez-vous, qu'il estimait beaucoup le psychologue, le seul qui le comprenait et qui l'aide... Il se plaint de maux de tête, de réviviscences intenses, de tremblements... *« Mes enfants me haïssent, ma femme aussi, elle s'en va puis revient à la maison ; ils ne reconnaissent pas ma maladie, surtout ma belle mère. »*

« Dès que je vois un barbu, il me rappelle cette nuit et le sang. Quand on frappe à la porte, les cuisines, les couteaux, tout me rappelle cette nuit. »

Sa vieille mère raconte point par point l'événement du 5 août 1994, *« lorsqu'il a des maux de tête, il me dit qu'il sent une hache lui taper sur la tête. Il se dénuide... je le comprends bien. »*

Donc nous le rehospitalisons le 1^{er} août 2004 : chimiothérapie plus des séances de sismothérapie. Sa femme vient le voir, elle dit : *« il a commencé à me frapper cinq mois après notre mariage, il est trop nerveux, il me frappe même à l'extérieur. Je vais devenir folle. Il se retourne toujours contre moi. »* Il reste 17 jours à l'hôpital et sort avec Zoloft, Tranxène et Largactil 100. Il se sent mieux.

Mais dès qu'il revoit les barbus, il va mal et revient me voir. Cette fois-ci, il me demande en plus un certificat médical pour la pension de victime du terrorisme.

Il est hospitalisé pour la troisième fois le 9 septembre 2004 : flash back, maux de tête, tout est revenu après qu'il ait vu une petite fille qui lui a rappelé la sienne morte il y a une année.



À la sortie, après une semaine d'hospitalisation, je fais le constat suivant : la chimiothérapie, la sismothérapie, les trois hospitalisations en moins de trois mois et le suivi avec le psychologue ne semblent pas avoir apporté un grand soulagement à Assab. Aussi je me dis : et si on lui faisait des séances de packing ? Après accord du médecin chef, je propose à Assab de venir une fois par semaine pour le « pack » et je lui explique. Il est d'accord.

2-Bref rappel sur le pack

Le pack ou packing ou enveloppement humide est une technique de thérapie à médiation corporelle. C'est un traitement par l'eau ou hydrothérapie.

A- Indications des packs

L'emmaillotement humide est indiqué principalement dans la prise en charge des enfants mais aussi des adultes psychotiques. Il est utilisé dans une perspective régressive de maternage amenant détente et recentrage sur le corps pour les enfants psychotiques et autistes. On prescrit le pack pour calmer l'angoisse et l'agitation dans les situations de crise chez l'adolescent. Mais on peut aussi l'utiliser dans les instabilités psychomotrices, les troubles du comportement, l'hétéroagressivité, les automutilations et bien d'autres indications quand on maîtrise le pack et qu'on connaît bien notre patient.

B- Technique du packing

Dans une pièce calme, on dépose un matelas sur lequel on met une couverture, une alèse puis un drap mouillé (glacé) et un oreiller. Le malade nu ou en sous-vêtements s'y allonge et on enveloppe chacun de ses membres avec une serviette de bain mouillée puis on enveloppe rapidement tous le corps (sauf la tête) avec le drap mouillé, l'alèse et la couverture. L'enveloppement doit être rapide et serré. Seule la tête reste à l'air libre.

À droite et à gauche du malade prennent place deux soignants symbolisant la mère et le père ; à ses pieds s'installe un observateur à coté duquel trône un responsable de séance qui dirige le pack, chronomètre le temps (30 mn en général), décide du démarrage et de la fin de la séance, prend des notes.

L'équipe se compose de psychiatres, psychologues, psychomotriciens, infirmiers spécialisés... Equipe idéale mais en général trois ou quatre soignants spécialisés de n'importe quel corps Psy peuvent mener une séance de packing, à la seule condition que ce soit la même équipe qui travaille avec le même patient, le même jour à la même heure au même endroit durant toutes les séances.

Après chaque séance, le patient a droit à une petite collation. Les membres de l'équipe se retrouvent entre eux pour faire la synthèse de la séance.

Le pack comprend une première phase de 4 à 5 séances suivies d'une réunion pour analyser les réactions du patient, juger les premiers résultats et prendre la décision d'arrêter ou de continuer les séances. Dans le cas affirmatif, un contrat de 20 séances est passé avec le malade, le packing pouvant durer un à deux ans.³

3. Je tiens à saluer et remercier l'aimable équipe de l'UFIS de l'intersecteur de Pédopsychiatrie du CHS de Montfavet, qui m'a fait découvrir le Pack et qui m'a initié à cette technique avec les enfants et les adultes (Pins B) durant mes deux derniers stages à Avignon. Comme je tiens, au nom de l'équipe de Tlemcen (Algérie), à remercier toutes les équipes des différents Secteurs qui nous ont accueillis ces six dernières années, sans oublier

3. Evénement

Là, je vais essayer de résumer et d'ordonner ce que Assab m'a confié sur la nuit du massacre :

« Le cinq août 1994, je travaillais en équipe de nuit, dans une petite usine loin du village. Le soir le téléphone a été coupé de l'intérieur (complicité interne) et les terroristes ont envahi l'usine sans tirer une seule balle.

Vers minuit et demi, j'entends frapper à la porte de l'atelier où je travaillais avec deux autres ouvriers. Un ami va ouvrir la porte et je vois un grand terroriste en tenue qu'on leur connaît : « *n'ayez pas peur* », dit-il. J'ai peur et je me cache entre ma table de travail et le mur. « *Sors de là, arrête de faire le gosse* », me dit-il.

Ils nous emmènent à la cuisine de la cantine où je retrouve le reste des ouvriers de l'usine (40 ouvriers de nuit), pieds et mains ligotés au dos. Le plus grand des terroristes prend un couteau et commence à égorger mes amis. D'abord celui qui est en face de moi ; son sang me gicle à la figure... Ayant fait le tour et au moment où il arrivait sur moi, l'un des terroristes rentre en courant et annonce qu'un des gardiens de l'usine s'est sauvé. « *Achève le reste vite à la hache* », dit leur chef.

Ils me mettent sur la rigole des eaux usées et me frappent sur la tête : un, deux puis trois coups de hache... puis le blanc... et je vois ma mère qui me dit « *Assab ne meurt pas !* ».

Vers deux heures du matin, je me réveille et retrouve ma tête sur la gorge ensanglantée d'un égorgé. Le copain qui s'est sauvé est revenu après le départ des terroristes. Je lui demande d'ouvrir mes liens et il le fait avec un briquet qui brûle les liens et mes mains. J'aide à mon tour deux blessés et je donne à boire à un troisième qui meurt après.

Puis je mets sur mes blessures à la tête du café en poudre⁴ qui avait été laissé là par les terroristes partis à la hâte en emportant une grande partie de l'alimentation de la cuisine...

D'un rocher à un autre, j'arrive à une ferme où je leur demande d'arrêter le sang et d'avertir la gendarmerie. La dame me met du paprika et une serviette sur la tête et je reperds connaissance...

J'ouvre les yeux et je me retrouve entouré de blouses blanches à l'hôpital : évanouissement, céphalées, vertiges... La radiographie montre un trauma crânien. Je suis évacué vers le C.H.U. de Tlemcen où je subis une opération chirurgicale et 22 jours d'hospitalisation... Bien après, en avril 2003, on m'attribue une invalidité de 30 %.

4. Les pack

Premier pack : 19 septembre 2004

Ce pack a été encadré par le médecin chef, un médecin généraliste, un interne et moi même. Je commence par discuter avec lui sur sa santé, son travail... Cinq minutes après la frilosité du début, il se sent bien. Alors je le ramène à l'usine le jour de l'événement, « *nous sommes le 5 août 1994, il est minuit, les terroristes entrent dans l'usine, qu'est ce que tu vois, racontes nous* ». « *Ça y est, ça y est, elle est venue (la réviviscence), elle est là...* » Alors, il se met à raconter avec beaucoup d'émotion et de soupirs la nuit du massacre.

Pour la première fois, il insulte les terroristes : « *les salauds* ». Il a soif, soif comme le jour de l'agression. Pour la première fois, il avoue qu'il voulait s'absenter cette nuit car il avait un pressentiment. Il en veut aux autorités et aux secours qui ne sont venus que bien après la levée du jour...

Bonnes sensations vers la fin du packing : il se sent léger, il ne s'est jamais senti aussi léger qu'aujourd'hui... Il se sent mieux après le pack et nous ne le revoyons plus durant huit mois.

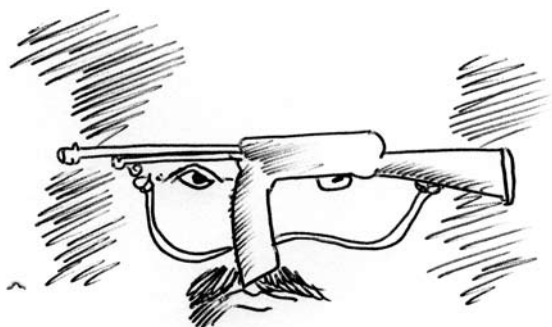
Après huit mois d'absence, Assab revient en piteux état le 11-5-2005 : amaigri, angoissé, nerveux, sursautant au moindre bruit. Il s'isole de plus en plus, ne travaille plus, va à la campagne pour fuir les gens du village, les flash back reviennent... Il déchire ses habits ; contrarié il frappe sa femme, ses enfants...

Il prend actuellement du Zoloft, du Nozinan, du Diazépam et « un autre médicament ».

Notre médecin lui administre une injection de Nozinan et lui prescrit du Zoloft, du Melleril et du Lysanxia 10.

« *J'étais bien après la couverture (pack), aussi je suis allé travailler normalement et soudain je rechute, je rejette tout...* ».

Alors, je lui represcrit, une série de packing.



la responsable du service de la coopération, les personnels de la Bibliothèque et de l'internat. Un grand merci chaleureux à Monsieur le Directeur Mosnier, à sa compréhension et à sa patience avec nous, ce qui nous a permis de nous informer et de nous former, chose qui a permis de lancer chez nous l'Arthérapie, l'Ergothérapie, l'Equithérapie, le Pack et une consultation de Pédopsychiatrie.

4. Pratique courante à la campagne où les mamans mettent du café ou du paprika voire une toile d'araignée sur les blessures saignantes sur la tête des enfants.



Deuxième pack : 22 mai 2005

Pleurs, soupirs, flash back en cette séance de packing.
Après cinq minutes : « *je me sens bien, j'aime bien la "couverture"* ».

Questionné sur l'événement par un des psy, Assab le raconte avec détails.

Questionné sur l'après-événement, il raconte tout ce qui s'est passé après le massacre jusqu'au décès de sa fille.

« *On peut se rappeler l'événement, cela n'est pas un problème, mais le voir, le revivre cela est pénible, douloureux.* »

« *Je vais dans la forêt la nuit chercher les terroristes pour qu'ils m'achèvent mais je ne les trouve pas... c'est mieux que de vivre.* »

À la fin, il s'assoupit. « *Je me sens bien ici, mais j'ai des insomnies à la maison.* »

En partant, il nous confie qu'il se sentait bien avec la « couverture » et qu'il espérait aller mieux à l'avenir si DIEU le veut.

Troisième pack : 29 mai 2005

Au début, Assab éprouve un bien être. Puis soupirs, yeux humides et assoupissement.

Nous travaillons aujourd'hui sur les sensations. J'évoque la tuerie de l'usine.

« *Ça y est, elle est venue.* » dit-il.

Alors je lui demande ce qu'il a entendu cette nuit-là. Il commence par nous parler des prédications des terroristes puis des plaintes des travailleurs : « *pourquoi nous tuer ? Nous vous avons rien fait ...* »

Qu'est ce que tu as senti en ce moment ?

« *Personne avant vous ne m'a parlé de cette odeur* », s'empresse-t-il de me répondre avec émotion.

L'odeur du sang ?

« *L'odeur du sang oui, mais surtout l'odeur nauséabonde des terroristes, l'odeur pestilentielle, c'est très important pour moi.* »

Je constate que cela devient insupportable pour lui, alors je reviens vite sur son enveloppement, sur comment il se sent là avec nous...

Il me demande le pourquoi des réviviscences que je lui propose. Je lui explique le but des répétitions, dépassement, acceptation, contrôle...

Pour terminer, nous abordons des choses plus positives : la famille (sa femme l'accompagne au packing et je vois que ça va mieux entre eux).

« *Je suis mieux avec mes enfants, même avec ma femme.* »

Puis il fait l'éloge de sa femme qui a vécu avec lui des moments difficiles et qui est restée avec lui.

5. Epilogue

Je ne revois plus Assab : je positive en me disant qu'il va bien, car il m'a habitué à venir me voir dès que cela commence à aller mal. Mais, cinq mois après, à la mi-novembre 2005, en sortant un jour de notre service, je le vois venir au loin : je négativise et je m'attends au pire. Il a senti mon inquiétude et m'a rassuré de suite : « *vous n'aimez pas ceux qui viennent vous voir, juste pour souhaiter bonne fête⁵ et vous remercier ?* » Ouf !

Il est bien habillé, djellaba et turban blancs, petite barbe bien entretenue et surtout visage souriant et épanoui. Il me raconte, devant la porte du service avant de partir, qu'il a de bonnes relations avec sa famille, qu'il va faire ses prières à la mosquée, qu'il a des amis... mieux encore, qu'il s'assoit au café à la même table que des anciens terroristes repentis et qu'ils discutent de tout.

6. Commentaire

L'échec thérapeutique (chimiothérapie, hospitalisations, sismothérapie) et la chronicité des troubles m'ont amené à penser à quelque chose d'original : pourquoi pas des séances de packing ? Il faut noter que jusqu'en 2004, le packing n'était pas encore pratiqué en Algérie, voire inconnu. Donc aucune expérience locale sur laquelle me baser.

5. Fête qui suit le mois de Carême.

Par ailleurs, je n'avais pas jusque là trouvé dans la littérature l'indication du pack pour le psychotrauma. Mais je savais, comme le disait Woodbury, que « *dans les enveloppements, les malades confient fréquemment du matériel psychique profond indispensable à leur psychothérapie et à leur guérison* ». Alors pourquoi ne pas faire revivre à Assab la scène, l'événement traumatisant, tout en étant contenu à la fois par le pack et par toute une équipe de soignants attentive et compatissante (empathie) ?

Je lui explique ce que c'est que le packing et lui demande son avis. Il me répond : « *vous êtes le seul à m'avoir compris et aidé, alors je vous fais confiance et si vous me dites que c'est bien pour moi, je le ferai.* »

Donc le débriefing sous pack semble avoir donné de bons résultats, semble lui avoir fait du bien et c'est pour cela qu'il a redemandé la « couverture » après la première séance... Après le choc au froid et la montée de l'angoisse, est venu le réchauffement et le bien-être ; après l'angoisse de la réviviscence et les terroristes (mauvais objet) vient la compréhension, l'empathie et la contenance des soignants (bon objet).

C'était un flash back induit (demandé) par l'équipe pour plonger la victime dans l'événement, mais cette fois-ci en étant contenu par le pack (l'enveloppe humide, le calme de la pièce, le silence...) mais aussi sécurisé par la présence

bénéfique des quatre soignants. Cette intrusion semble moins menaçante car il est contenu et sécurisé comme dans les langes serrées avec lesquelles maman l'entourait quand il était petit. Quand le pack humide commence à se réchauffer cela ne rappelle t'il pas le bien-être du massage à l'huile d'olive que sa mère lui appliquait lors des deux premières années de sa vie ? S. Lebovici y pense aussi dans un commentaire qu'il fait sur le pack⁶ : « *Chez les Romains et les Grecs, les nourrissons étaient pourtant enfermés dans des bandelettes étroites et accolées au corps. Il ne me paraît pas exclu que cette contention favorise la naissance du sentiment de sécurité : je me laisserais aller jusqu'à penser qu'une telle pratique équivaut à un massage continu, tel que le pratiquent les mères de l'Inde du Sud.* »

Je pense qu'il faut multiplier les packs avec les patients atteints de psychotrauma (PTSD) pour ébaucher une théorie sur cette indication. Est ce que cela procède du rationnel, de l'affectif ou du magique ? Monique Senames, dans sa thèse de médecine (juin 1982 , Rouen) ne déclare t-elle pas que « *nous pensons que le pack est un médiateur relationnel qui procède d'un mythe partagé entre le soignant et le malade : celui d'une guérison magique* »?⁷

Notre patient, après la première séance qu'il dit lui avoir apporté beaucoup de bien, ne me demande-t-il pas : « *Qu'est ce que vous m'avez fait dans la "couverture" ?* »



6. « L'enveloppement humide thérapeutique » de Thierry Albernhé, Collection Les empêcheurs de penser en rond, 1992, p. 283.

7. Idem page 189.



Kapouné KARFO¹
Jean Luc ILBOUDO¹
Jean G OUANGO¹

Les troubles mentaux chez l'enfant burkinabé au service de psychiatrie du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo

Résumé

En Afrique, « l'enfant n'est pas fou ». Cette assertion très populaire a quelque peu freiné le développement de la pédopsychiatrie même si elle est sur le plan international une discipline assez récente. Les objectifs de l'étude sont de décrire l'évolution de la consultation pour troubles psychiatriques chez l'enfant, décrire les caractéristiques socio-démographiques des enfants atteints de pathologies psychiatriques et enfin de déterminer les catégories diagnostiques rencontrées selon la classification Internationale des Maladies (CIM 10).

Les auteurs rapportent dans une étude rétrospective, les troubles psychiatriques chez l'enfant de 0 à 16 ans dans un service de psychiatrie d'un hôpital général sur une période de 5 ans. Les informations ont été collectées à partir de fiches de collectes de données, d'observations médicales et de registres de consultation. 230 dossiers ont été colligés.

Les consultations pour troubles mentaux de l'enfant ont progressivement augmenté au cours de l'intervalle d'étude. Le seuil de tolérance des parents devant les troubles de leurs enfants se situe autour de 10 ans ; c'est au-delà de ce seuil que les parents recherchent de l'aide. Les motifs de consultation sont divers avec une prédominance des troubles du comportement et des troubles hyperkinétiques (38,5 %). Les parents sont généralement orientés en psychiatrie par un ami de la famille, agent de santé (52 %). Sept enfants seulement ont présenté des antécédents familiaux de troubles psychiatriques. Sur le plan des catégories diagnostiques, on note une co-morbidité dans 3,47 % des cas, un diagnostic psychiatrique dans 70 % et un diagnostic somatique dans 26,5 % des cas. Le diagnostic somatique pur est représenté par l'épilepsie codifiée G40(CIM10). Au niveau du diagnostic psychiatrique, on note une prédominance des troubles du comportement et des troubles émotionnels codifiés F90 à F98 (32,9 %).

En Afrique, même si « l'enfant n'est pas fou », cette étude met à nu une réalité longtemps cachée par les mœurs. Nos résultats sont comparables à ceux relevés par d'autres travaux dans la littérature.

Mots clés : Troubles mentaux, enfant, service de psychiatrie.

Summary

« In Africa, a child is never mad ». This popular assertion has been a real difficulty for Child psychiatry development in Africa. The authors brought up a retrospective study on children frequentation in a general Hospital in Ouagadougou Burkina Faso from 1994 to 1998. They wanted to describe the evolution of the children consultations, the main socio-demographic characteristics of the population and the diagnostic categories according to ICD10. All the informations have been collected on the patients' registers and observations; 230 children have been concerned by the study.

The authors reported the increase of the children mental disorders during the five years. Most of the children have been conducted to the hospital by parents or friends of parents when they were ten years old (52 %).

Children were conducted to the hospital for behaviour disorders and hyper kinetic disorders (38,5 %).

According to the ICD10 diagnostic criterias, we had 70 % for mental disorders (behaviour and emotional disorders) 3,47 % for comorbidity and 26,5 % for somatic disorders .

Key words : mental disorders, children, psychiatric service.

¹. Psychiatres.

CHU-Yalgado OUEDRAOGO, Service de Psychiatrie.

Courrier à : KARFO Kapouné – 01 BP 2317 Ouagadougou 01 – Tél. : (226) 21 12 46 – E-mail : spounik@netcourrier.com

Introduction

Dans le monde, les enfants de moins de 16 ans représentent 40 à 50 % de la population. Dans les pays en développement, 10 à 11 % de ces enfants ont besoin de soins psychiatriques [1,2]. Au Burkina Faso, les enfants de moins de 16 ans représentent 49,6 % de la population [3].

La nature des troubles mentaux des enfants dans les Pays en Développement (PD) est de plusieurs ordres : en général la co-morbidité déficience intellectuelle- épilepsie est au premier rang tandis que les troubles névrotiques ne sont pas choses classiques. Seule une étude épidémiologique peut nous situer réellement par rapport à cette observation empirique du clinicien. La raison serait que ces troubles ne nécessitent pas aux yeux des parents une consultation chez le psychiatre : la solution étant souvent trouvée chez les anciens du village, les charlatans et les guérisseurs traditionnels.

Mais avec l'urbanisation rapide de nos villes due à l'exode rural et à l'industrialisation, les services de santé sont de plus en plus fréquentés par des enfants avec des motifs de consultation autre que somatiques évoqués par les parents. Ceci constitue une évolution qualitative récente quand on sait qu'en Afrique, le mot folie est réservé aux adultes. « L'enfant n'est pas fou » il faut le prendre en charge sans en évoquer. Il n'y a pas si longtemps, la santé mentale de l'enfant était évoquée dans des cas précis. Williams Healy dans les années 1940 s'est intéressé à la santé mentale des enfants dans le seul but de prévenir la délinquance juvénile qui conduit à la criminalité adulte [1].

Nous rapportons dans notre étude l'évolution de la fréquentation du service de psychiatrie par les enfants, les motifs de consultation et les catégories diagnostiques selon la classification internationale des maladies [4].

Matériel et méthode

Nous avons procédé à une étude rétrospective de tous les dossiers d'enfants âgés de moins de 16 ans ayant consulté dans le service entre le 01 janvier 1994 et le 31 décembre 1998. Le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO (CHU-YO) est le seul service où se mène une consultation spécialisée psychiatrique pour enfants. Nous nous sommes servis de fiches de collecte de données à partir d'observations médicales et de registres de consultation. Ces fiches comprennent : des variables socio-démographiques sur l'enfant et ses parents (âge, scolarité, rang dans la fratrie, paternité, identité de l'accompagnant, résidence, ethnie, culte des parents, profession des parents, situation matrimoniale des parents), le motif de consultation, les antécédents psychiatriques familiaux et enfin le diagnostic (psychiatrique (ICD 10) et somatique).

Pour le diagnostic psychiatrique, un seul auteur (K.K) a revu tous les dossiers pour harmoniser la nomenclature : il s'agit de mettre un diagnostic selon l'ICD 10 à tous ceux qui n'en comportent pas.

Au total, 230 dossiers sur 3450 des malades psychiatriques ont intéressé notre travail. L'étude et la collecte des dossiers ont duré de mars 1999 à juillet 1999. Les données recueillies ont été rendues anonymes codées et saisies par un logiciel de traitement statistique Epi Info.

Résultats

L'évolution de la consultation (Tableau I) est marquée par une augmentation progressive de la population consultante sauf en 1995 où la courbe a fléchi.

L'âge a été mentionné dans 99,56 % des dossiers (Tableau II). La moyenne d'âge est de 9,86 ans. Le seuil de tolérance des parents se situe autour de 9 à 10 ans, et la majorité des enfants ont consulté entre l'âge de 10 et 15 ans. Le sexe a été mentionné sur 227 dossiers, les garçons représentent 61,7 % des enfants vus en consultation entre janvier 1994 et décembre 1998. Deux tiers des enfants sont scolarisés : 66,9 % au primaire et 33,1 % au secondaire.

Tableau I – Evolution de la consultation des enfants au service de psychiatrie

Année	Enfants	%	Cumul
1994	43	18,7	18,7
1995	30	13	31,7
1996	41	17,8	49,5
1997	50	21,7	71,2
1998	66	28,7	99,9
TOTAL	230	100	100

Tableau II – Répartition selon l'âge

Tranche d'âge	Enfants	%	Cumul
0 - 5	45	19,6	19,6
6 - 10	74	32,4	52
11 - 15	109	47,6	99,6
16 et plus	1	0,4	100
TOTAL	230	100	100

Tableau III – Répartition des troubles selon le diagnostic psychiatrique (ICD10)

Diagnostic Psy	Enfants	%	Cumul
F43 – F45	13	8	8
F70 – F79	40	24,8	32,8
F80 – F84	46	28,8	61,6
F90 – F98	53	32,9	94,5
Autres	9	5,5	100
TOTAL	161	100	100

F43 – F45 : regroupe les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et les troubles somatiques.

F70 – F79 : groupe des déficiences mentales.

F80 – F84 : groupe des troubles du développement psychologique (parole, langage, etc....).

F90 – F98 : groupe des troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence.

La fratrie de l'enfant a été signalée dans 161 dossiers. Dans 37 % de ces cas, il s'agit du 1^{er} enfant de la fratrie utérine. Les enfants sont amenés en psychiatrie généralement pour trouble du comportement, troubles hyperkinétiques (38,5 %) suivis de crises convulsives 31 %, des difficultés scolaires (11 %) et de plaintes relatives en un retard du développement (19,5 %). Plus de la moitié des enfants (52 %) ont été adressés en psychiatrie par un agent de santé d'une structure sanitaire ou un agent ami des parents. 31 % des enfants ont été conduits par leurs proches parents (tantes, cousins, grand-parents ou oncles). Les parents géniteurs (mère, père) ont conduit leurs enfants dans 17,1 % des cas. Cinquante neuf pour cent des enfants viennent de la province du Kadiogo (Ouagadougou et ban lieux) et 41 % des autres provinces. Quarante neuf pour cent des pères sont fonctionnaires tandis que cinquante trois pour cent des mères sont des femmes au foyer. Sur les 145 dossiers notés, 80 % des enfants vivent avec leurs 2 parents. Sept enfants soit 3,04 % seulement ont présenté un antécédent familial de troubles psychiatriques. Sur 192 dossiers ou la paternité a été signalée, 87,5 % des enfants sont légitimes. Pour ce qui est des catégories diagnostiques (Tableau III), cent soixante et un dossiers (70 %) ont reçu un diagnostic psychiatrique, soixante et un (26,5 %), un diagnostic somatique, et huit (3,47 %), un diagnostic de co-morbidité (psychiatrique et somatique). le diagnostic de co-morbidité associe généralement le diagnostic d'épilepsie à un autre

diagnostic psychiatrique. Le diagnostic somatique est représenté par l'épilepsie (26,5 %) codifiée g40 (cim10) .

Parmi les diagnostics psychiatriques posés nous avons observé une prédominance des troubles du comportement et troubles émotionnels (32,9 %) codifiés F90 à F98 (soit 1/3 des diagnostics psychiatriques) suivis des troubles du développement psychologique codifiés F80 à F84 (langage, parole etc....) (28,8 %) et de la déficience intellectuelle codifiée F70 à F79 et représentant 24,8 % des diagnostics psychiatriques évoqués.

Discussion

Le service de psychiatrie du CHU-YO existe depuis 1962. elle a connu une évolution significative avec l'aide de la coopération française qui l'a fait passer de l'aspect « cabanon », un espace entouré de grillage où on enfermait des fous furieux à son aspect actuel de service moderne spécialisé. La spécialité pédopsychiatrie est apparue dans le service en 1994 ; mais des enfants figuraient déjà dans notre population de consultation. L'intervalle choisi à pour but de voir depuis qu'il existe une consultation spécialisée comment évolue la fréquentation du service par les enfants. La méthode rétrospective choisie est généralement destinée à étudier des phénomènes rares ; mais en Afrique, amener un enfant en consultation psychiatrique n'est pas du tout un phénomène fréquent.

La baisse sensible constatée en 1995 est due à une absence de plus de 6 mois du premier spécialiste. Malgré une augmentation significative de la fréquentation, la proportion des enfants est de 6,6 % pour le service de psychiatrie.



Les motifs de consultation les plus fréquents sont les troubles du comportement et les troubles hyperkinétiques (38 %). Ces termes renferment en plus de l'hyperactivité de l'enfant caractérisée par une activité débordante et l'agitation, tout ce qui n'est pas compris et supporté par les parents. Ces plaintes correspondent en général au diagnostic de troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement à l'enfance ou à l'adolescence et majoritairement rencontrés dans notre étude (32,9 %). Nos résultats diffèrent des études antérieures pour lesquelles la déficience intellectuelle occupe une large place [2]. L'outil diagnostique utilisé (ICD 10) pourrait aussi expliquer cette grande différence.

Le diagnostic psychiatrique a pu être établi dans 70 % des dossiers, ceci constitue également une évolution par rapport à d'autres études [2] où le diagnostic n'a pu être établi que dans moins de la moitié des cas.

Un résultat important est que 52 % ont été référés par un agent de santé ceci prouve que la santé mentale de l'enfant commence à attirer l'attention des travailleurs de la santé. C'est par eux que doit commencer la sensibilisation. L'observation empirique montre que c'est la même proportion en psychiatrie adulte. La proportion des parents qui ont amené eux même leurs enfants en consultation n'est pas négligeable 31 % pour parents au sens large du terme (grands-parents, oncle, tante) et 17,1 % pour les parents géniteurs. Il reste néanmoins posé le problème de sensibilisation de la population dans son ensemble pour un diagnostic précoce des troubles mentaux chez l'enfant. Cette sensibilisation pourra utiliser le canal de l'école (maternelle, primaire etc.). Cette dernière constitue incontestablement un filtre qui mettra en évidence tout trouble chez l'enfant.

Les consultations pour « crise » occupent la seconde position avec 31 %. Ces plaintes donnent généralement lieu au diagnostic d'épilepsie (21 %). La co-morbidité évoquée dans nos catégories diagnostiques semble avoir été longtemps ignorée dans la littérature si bien qu'on se demande souvent s'il faut en poser le diagnostic. Certaines nosographies ont proposé des diagnostics échelonnés évitant ainsi de parler de co-morbidité mais il s'avère qu'en psychiatrie ce diagnostic est nécessaire. Son importance dépend de la nosographie utilisée.

La distribution de l'âge montre qu'environ 20 % des enfants ont été amenés en consultation avant l'âge de 6 ans. Ceci indique qu'il faut sensibiliser encore davantage les populations sur les problèmes mentaux de l'enfant. Le seuil de tolérance entre 9-10 ans montre que les parents sont sensibilisés tardivement sur les problèmes mentaux de leurs enfants. Aussi une autre hypothèse est qu'en Afrique au sud du Sahara, les croyances font de l'enfant un innocent. Il échapperait ainsi aux forces surnaturelles et maléfiques. La tendance est plutôt à la protection des innocents. Ce qui n'est pas le cas de l'adulte susceptible de commettre de mauvais actes et d'être sous l'influence totale de ces forces surnaturelles et maléfiques. Selon ces croyances, la folie est liée à une action maléfique de ces forces sur l'adulte ; et cela est conditionné par le comportement de l'adulte dans sa nature. La folie de

l'enfant, si elle est admise, ne s'explique que par le résultat d'une transcendance des actions des parents vis à vis de la nature. CHADDA en 1994 et Malhotra 1984 trouvent que le groupe des enfants de 10-13 ans est le plus nombreux (48,7 %) confirmant ainsi notre seuil de tolérance[2-5].

Conclusion

Cette étude montre que de plus en plus le service de psychiatrie est fréquenté par les enfants. Les parents après avoir longtemps attendu une résolution spontanée des troubles observés chez l'enfant, se décident à demander l'aide d'un proche généralement agent de santé. La charge anxieuse des parents en relation avec les représentations culturelles de la maladie mentale fait que la référence restera longtemps les structures sanitaires. Les pathologies psychiatriques rencontrées chez l'enfant burkinabé sont comparables à celles décrites dans la littérature. Il existe un réel problème d'information et de sensibilisation en direction des parents.

En attendant qu'une étude épidémiologique soit faite, il est important d'impliquer les enseignants, car les problèmes mentaux des enfants, interfèrent beaucoup dans l'apprentissage. Comme en France par exemple, l'école nous permettra de repérer le plus vite possible les troubles mentaux chez l'enfant. L'éducation pour la santé axée sur la santé de l'enfant peut aider au diagnostic précoce des troubles psychiatriques de l'enfant. Un enfant qui présente des troubles psychologiques a un risque de développement de la maladie mentale à l'âge adulte d'où la nécessité d'un diagnostic précoce pour une meilleure prise en charge.

Références

1. O'Brien Johns. Current prevention concept in child and adolescent psychiatry. Am. J of psychotherapy 1991, XLV; 2:261-68.
2. Chadda RK and Saurabh. Pattern of psychiatric morbidity in children attending a general psychiatric unit. Indian J Pediatr 1994, 61: 281-285.
3. INSD Institut National de la Statistique et de la Démographie (1996) Recensement général de la population et de l'habitat, Ouagadougou, 1996, 315 P.
4. ICD 10/CIM 10 (1993). Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva.
5. Malhotra S, Chaturvedi Sk, patterns of childhood psychiatric disorders in Indian. Indian J pediatr 1984, 51: 235-240.

Abréviations

- EDS : Enquête Démographique et Statistique.
 PD : Pays en Développement.
 CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10^e Année.
 ICD 10 : International Classification of Diseases 10th years.
 CHN-YO : Centre Hospitalier National Yalgado OUE-DRAOGO.

Actualité scientifique

méditerranéenne et occitane

Avignon, les 12 et 13 mai 2006 : La place des émotions¹

Ce congrès organisé par la section provençale de l'association française de Thérapie Comportementale et Cognitive (TCC), coordonné par Emmanuel GRANIER qui exerce aux Urgences Psychiatriques d'Avignon, a ouvert à guichets fermés. Les thérapies comportementales ont actuellement le vent en poupe et plus de 400 personnes se sont bousculées pour participer à ce rassemblement scientifique au Palais des Papes. L'optimisme est donc là à l'occasion des allocutions d'ouverture. Emmanuel GRANIER évoque « *la nouvelle frontière* » des TCC qui consiste en l'intégration des émotions dans la prise en charge. La présidente de l'association constate : « *la reconnaissance de l'efficacité des TCC pour les patients est notre plus belle légitimité* ».



Emmanuel Granier

La conférence d'introduction a pour thème « *Les liens entre émotions et neurobiologie* ». Le conférencier est le Professeur Jean-Philippe BOULENGER, de Montpellier, Président d'honneur du congrès, revenu exercer en France après de nombreuses années au Canada. Il ouvre son exposé par ces mots : « *je suis très fier que beaucoup de nos internes de Montpellier soient là pour cette session. Votre nombre aujourd'hui illustre la vitalité de notre mouvement* ». Il ajoute néanmoins qu'il a le souci d'éviter de focaliser les psychiatres en formation sur une seule approche. Les TCC font partie d'une palette d'outils thérapeutiques enseignés à Montpellier. Le futur, dans les TCC, c'est le travail sur les émotions. La question centrale qui génère les troubles, est l'échec de la suppression des affects négatifs. Jean-Philippe BOULENGER explique que sur le plan neurobiologique, il s'agit d'un « *dialogue avec l'amygdale du cerveau, au sein du*



Jean-Philippe Boulenger

système limbique ». On a constaté chez les animaux qu'une lésion de l'amygdale diminue les comportements de peur, alors que sa stimulation les augmente. La peur est une réaction automatique de l'amygdale qui s'articule avec un axe de contextualisation via le cortex et l'hippocampe. Nous ne sommes pas tous égaux en la matière car, selon les individus, la réponse de l'amygdale face à un même stimulus peut être différente. Il se trouve que plus l'amygdale est réactive, meilleur est le pronostic de la thérapie comportementale. On constate au niveau du cortex un manque d'influence inhibitrice sur l'amygdale et l'action des TCC est d'agir sur les structures frontales en les activant. « *Changez votre esprit, vous changerez votre cerveau* ». L'amygdale est par ailleurs sensible à l'intervention de substances pharmacologiques. L'agoniste du glutamate combat la peur (D-cyclosérine). On peut ainsi saluer les recherches de l'industrie pharmaceutique sur la phobie sociale. Les antidépresseurs, également, ont un effet anxiolytique car ils modulent la perception. Jean-Philippe BOULENGER considère l'intérêt d'une synergie des TCC avec la chimiothérapie et conclut ainsi sa conférence : « *oui, nous allons vers une pharmacologie des émotions* ».

Le fait est que l'industrie pharmaceutique a bien répondu présent au niveau des stands et que même un grand laboratoire a préféré s'abstenir de venir au congrès de Psy-Cause à Vaison la Romaine pour mieux sponsoriser le mouvement prônant la pratique des TCC.

1. Compte rendu de Jean-Paul Bossuat.

La seconde intervention a pour thème « *Les Liens émotions et cognitions* ». Le conférencier est le Professeur Pierre PHILIPPOT qui enseigne au Département de psychologie de l'université de Louvain, en Belgique. La cognition et l'émotion sont-elles des frères ennemis ou les deux faces d'une même pièce ? L'émotion est un réflexe animal automatique à domestiquer tandis que la cognition est une pensée élaborée volontaire. L'émotion est sur le versant de l'empathie, de l'attachement et de la motivation, tandis que la cognition, froide et impersonnelle, ne reflète qu'une partie de la réaction humaine. Cependant, l'émotion et la cognition sont une même chose, elles sont la manière dont nous prenons connaissance du monde qui nous entoure. Il ne peut y avoir d'émotion sans signification. Pour le thérapeute, les émotions constituent une source importante d'informations. Elles renseignent sur nos désirs, nos buts, sur tout ce qui pour nous a une signification précise. L'anglais d'ailleurs permet de bien distinguer deux types de savoir : le savoir par la connaissance (cognitive) c'est-à-dire le *knowing*, et le savoir par l'expérience (émotion) c'est-à-dire le *feeling*. Par l'expérience, les émotions contribuent au savoir et donc à ce titre elles sont une forme de cognition.



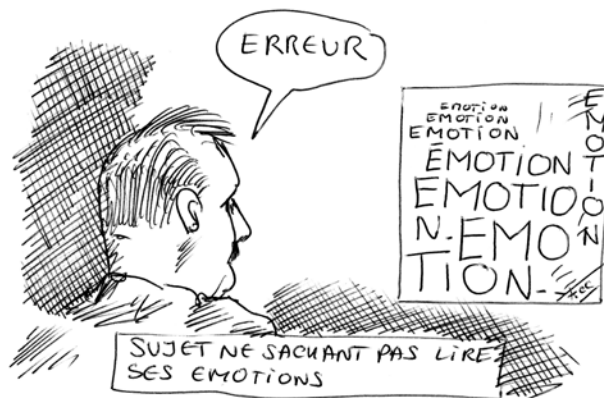
Pierre Philippot

La conscience de soi dépend de notre capacité à nous représenter nous-mêmes : « *pour cela, je dois être capable de réévoquer des représentations de moi dans mon passé ainsi que de me projeter dans le futur* ». L'état émotionnel fonctionne comme objet de représentation. Pierre PHILIPPOT en trouve une illustration dans le mythe sumérien de Gilgamesh. Ce héros n'avait pas de conscience de lui jusqu'à ce qu'il découvre la femme. En faisant l'amour avec une prostituée, il ressent une émotion forte qui lui permet de prendre conscience de lui-même, d'avoir une représentation de lui par rapport aux autres. « *C'est à partir de ce moment qu'il devient humain* ».

Comment les émotions font-elles pour s'insérer dans des processus complexes ? L'activation émotionnelle physiologique est automatique. Elle origine la construction d'une représentation dont la finalité est la résolution du problème (c'est-à-dire une représentation propositionnelle). Un processus perceptif entraîne donc à la fois un schéma émotionnel avec une réponse corporelle et une représentation proportionnelle qui débouche en principe sur une

action volontaire de résolution du problème. Notre système cognitif est face à un dilemme car il a d'une part besoin des émotions mais d'autre part avec des émotions trop fortes, il se paralyse. L'émotion va suivre son propre développement en parallèle avec la représentation propositionnelle. L'émotion va centrer l'attention sur ce qui est pertinent et non sur les buts poursuivis. Le cortex a donc une mission de contrôle des activations émotionnelles. C'est pourquoi l'on constate au niveau neurobiologique, que l'activation du cortex frontal inhibe l'amygdale. En psychologie, on parle de contrôle stratégique de l'émotion. Ainsi, si on amène les individus à spécifier tous les détails de l'information émotionnelle, on doit avoir une inactivation de leur phobie émotionnelle. Tout ce qui peut se penser diminue l'anxiété et conduit à une réévaluation positive de la situation.

Pourquoi alors, s'interroge Pierre PHILIPPOT, les individus évitent-ils si souvent de développer une connaissance détaillée de leurs expériences émotionnelles ? Parce que les gens construisent une théorie naïve qui les fait imaginer que penser une émotion augmente l'émotionnel. Il convient de les encourager à focaliser leur attention sur les détails de la situation anxiogène, de les centrer sur les détails du schéma anxieux. Le but n'est pas alors de changer les croyances des personnes, mais de leur apprendre à considérer ces croyances d'une autre manière. « *Nous n'essayons pas de changer les émotions, mais d'apprendre à les tolérer. Cette approche met l'accent sur le continuum entre le normal et le pathologique et par là, c'est une approche préventive.* »



Le congrès se poursuit sous la forme de deux sessions simultanées. Je suis allé dans le cellier Benoît XII pour écouter la session qui a pour thème : « *les émotions dans les relations inter-personnelles* ».

L'autre session, en salle du Conclave, traite pendant ce temps, de la question des émotions dans l'enfance et l'adolescence.

Patrick LEHMANN est psychiatre et sexologue à Saint-Lô en Normandie. Son intervention est intitulée : « *aimer : un concept paralysant ?* ». Il répond par une citation de Woody Allen : « *la réponse est oui ; mais quelle peut bien être la question ?* ». Il part du constat que dans une rencontre, on engage toute une vie et d'une affirmation : en sexologie,

Patrick Lehmann



lorsqu'il n'y a plus d'amour, on ne peut rien faire. Il distingue un état, être amoureux, et un acte, aimer. « *On subit un état et on décide un acte.* » Lorsque l'on est dans un état amoureux, on est dans une illusion. Puis on redescend sur terre et il devient nécessaire de trouver au sein du couple des solutions de fonctionnement qui prennent en compte les différences entre les deux partenaires « *plutôt que de laisser des bombes à retardement, lesquelles sont responsables de l'explosion d'un couple sur deux selon les statistiques actuelles* ». Patrick LEHMANN recommande donc de favoriser les compromis, de trouver des solutions par lesquelles les deux sont gagnants, et d'éviter les concessions unilatérales. Le but de la manip est de permettre plus de satisfaction. Et « *plutôt que quantifier l'amour, il convient de quantifier la satisfaction résultante* ».

Stéphanie HANUSSEAU est une psychiatre toulousaine qui nous parle de l'intérêt d'*apprendre à s'exposer à sa colère et à sa tristesse*. Car, selon elle, l'évitement de l'émotion renforce l'émotion. Beaucoup de patients se pensent incapables de faire face à l'expérience de leurs émotions négatives. Ils ignorent les lois auxquelles obéissent les émotions et pratiquent l'évitement émotionnel : ce qui les soulage à



Stéphanie Hanusseau

court terme. Mais à long terme, cela renforce leur mal-être, leurs émotions négatives. Déceler cette phobie des émotions est donc important car sa présence aggrave le pronostic des troubles qui amènent à consulter.

Stéphanie HANUSSEAU explique que l'évitement émotionnel est un évitement de l'émotion de l'émotion, est une réponse à l'émotion secondaire. « *L'émotion initiale : peur, honte ou colère, génère une peur, honte, colère de ma tristesse, de ma peur, de ma colère, de mon stress.* » Les patients doivent percevoir les émotions comme tolérables et acceptables. Alors l'humeur revient rapidement à la normale : « *il faut faire de la psychoéducation sur les émotions* », dans le cadre de ce qui est une phobie des émotions. Le travail de psychoéducation comporte une exposition aux émotions négatives, en séance, sans jugement et avec une compassion sur soi. On se concentre quelques secondes sur sa respiration, puis on laisse venir les peines, les images-souvenir, les émotions, mais avec à chaque fois un arrêt sur image sans jugement.

Jessica TERCIOLO, psychologue, présente avec des collaborateurs (Ludovic BENS, psychologue, Patrick LUMIERE, infirmier, Jérôme BEHM, psychiatre chef de service) **un programme de gestion des émotions en groupe chez des patients borderline** dans le Secteur 3 de psychiatrie à l'Hôpital de Toulon. Ce programme est réalisé en 20 séances sur 6 modules. Le module 1 est constitué de 2 séances de psychoéducation (informations sur les facteurs de troubles, informations sur le diagnostic et le traitement). Le module 2 (3 séances) est centré sur la compréhension et l'acceptation des émotions : la difficulté est dans la mise en place d'un discours intérieur validant et qualifiant. Le module 3 (5 séances) porte sur le contrôle des comportements impulsifs induits par les émotions et la mise en place d'un comportement alternatif. Le module 4 (3 séances) est l'apprentissage de comportements nouveaux. Il développe une communication efficace, a un impact sur les émotions, l'image de soi, l'environnement. Son intérêt est dans la prévention des situations à problème, une focalisation sur des éléments positifs, une prise de conscience dans la capacité à gérer des événements négatifs. Le patient doit accepter que son problème reste entier. Le module 5 (5 séances) est consacré à des stratégies cognitives : observer et restructurer ses pensées. Le patient prend conscience du rôle de certaines pensées négatives automatiques et récurrentes. Le module 6 (2 séances) généralise et renforce les nouvelles compétences. Les auteurs précisent que ce programme est



Jessica Terciolo



souple et que les modules peuvent se chevaucher. Ils ont constaté une amélioration de la qualité de vie des patients pris en charge par le programme. Ils ont noté également des difficultés telles que l'arrêt prématuré de la thérapie, des TS, des addictions avant la séance, des crises d'angoisse en cours de séance. De ce fait, ils considèrent nécessaire de mettre en place un suivi individuel parallèlement au groupe.



Bernard Pascal

Le psychiatre toulousain Bernard PASCAL communique sur *l'apport de la technique d'imagerie*. Il part du modèle théorique de Jeffrey Young dans lequel les schémas cognitifs sont constitués à la fois d'émotions et de cognitions. L'imagerie consiste dans une évocation par le patient en partant de l'image d'un événement bouleversant, d'autres images associées. « *Il s'agit de démonter un schéma générateur d'une phobie, comme on démonte une automobile.* »

Après un petit-déjeuner animé par Marie-Pierre LAVERGNE qui, au nom du laboratoire Lilly, évoque la dépression au delà des symptômes émotionnels, les travaux reprennent dans la salle du Conclave avec la conférence du Professeur de psychologie à Aix-en-Provence, Pierluigi GRAZIANI. Cet orateur pose *les émotions comme bases des processus psychothérapeutiques*.

La souffrance émotionnelle est habituellement ce qui pousse les patients vers la thérapie. La psychothérapie est un processus qui permet aux patients de se rappeler et d'explorer leur passé et leur situation actuelle, de comprendre, de donner du sens et de changer eux-mêmes. Le travail autour des processus émotionnels est un aspect essentiel du changement thérapeutique quelle que soit la théorie ou la technique thérapeutique. La dynamique de l'émotion est d'ailleurs un élément moteur en temps normal puisque

sans émotions, le sujet perdrait sa motivation et sa capacité à s'orienter vers un but.

Trop souvent les TCC sont associées à une idée de froideur et à une focalisation sur les pensées dysfonctionnelles. Pierluigi GRAZIANI évoque des recherches sur la catharsis qui démontrent que l'expérience pleine d'une émotion facilite les processus subjectifs et peut déboucher sur une articulation consciente quant à la signification de l'émotion. L'expression émotionnelle couplée à une réflexion cognitive permet une alliance thérapeutique. Le thérapeute valide alors par son empathie la souffrance et permet une prise de distance. L'exposition émotionnelle n'a de valeur que s'il y a en plus un travail d'interprétation : « *rester enfermé le week-end dans un ascenseur lorsque l'on est claustrophobe n'est pas thérapeutique en soi. Ce n'est que s'il y a un travail cognitif qu'une exposition qui augmente la souffrance émotionnelle et les symptômes permet des résultats positifs à long terme.* » L'intégration de l'émotion dans une thérapie a un intérêt souligné par de nombreux auteurs selon lesquels elle est une source de significations et organisatrice du réseau sémantique de la mémoire. En conclusion, il y a lieu d'associer une exposition pour activer les émotions avec un travail de cognition au niveau des significations.





Pierluigi Graziani

Pascale BRILLON est une psychologue québécoise qui exerce à l'Hôpital du Sacré-Cœur à Montréal. Elle est une spécialiste du traitement du stress post-traumatique par les TCC. Selon elle, *le stress post-traumatique est le plus émotif des troubles anxieux*. Le traitement des émotions est le noyau du traitement. Selon elle, il faut savoir attendre, accepter dans un premier temps d'accueillir l'irrationalité de la victime, et donc donner du temps à l'expression de l'émotion. Elle distingue 4 étapes dans le travail sur l'émotion. La première étape vise à faciliter le ressenti des émotions chez la victime qui déclare « *je ne ressens rien* ». Pour cela il est utile de favoriser le contact avec le corps. La seconde étape facilite l'identification et l'appropriation émotionnelles : c'est-à-dire permettre à la victime de ne plus parler de ce qu'elle a vécu de façon impersonnelle mais d'avoir un discours centré sur le « *je* ». La troisième étape facilite l'acceptation des émotions. La victime pense qu'elle n'a pas le droit de se sentir triste. Le thérapeute validera l'émotion, fera tomber le préjugé sur l'émotion. La quatrième étape facilite l'expression de l'émotion. La victime pense qu'exprimer son émotion, c'est baisser son bouclier, s'exposer à être blessée. À cette étape, la qualité de la relation avec la victime est essentielle : la victime doit avoir confiance dans son thérapeute, et accepter que l'on ne peut tout contrôler. Pascale BRILLON achève sa communication par une sévère critique du débriefing qui ne diminue en rien la prévalence des états de stress post-traumatiques.



Pascale Brillon

Patrice LOUVILLE, psychiatre dans le service de Psychiatrie Universitaire de l'Hôpital Corentin Celton à Issy-les-Moulineaux en région parisienne, présente une communication co-rédigée par Sophie KINDYNIS, Pierre FEIDT, Daniel CHARTIER et Quentin DEBRAY, qui a pour thème : *psychotraumatisme, émotions et alcool-dépendance*. Dans le cadre d'un protocole de TCC destiné à des patients alcool-dépendants hospitalisés pour sevrage, les auteurs ont recherché chez 55 sujets des antécédents d'événements traumatogènes et l'existence d'un état de stress post-traumatique (EPST) en utilisant comme échelle, la PCLS de Weathers. 25 % des patients ont un score à la PCLS indiquant l'existence d'un EPST au moment de leur hospitalisation. Le score d'EPST est significativement corrélé au score de dépression et au score d'anxiété-état. Ils notent que les sujets ayant un EPST ont beaucoup moins modifié leurs croyances associées à l'abus d'alcool et au besoin impérieux de consommer, contrairement aux autres sujets. Le projet des auteurs est d'effectuer une étude complémentaire pour vérifier l'hypothèse du risque plus élevé de rechute pour les sujets ayant un EPST.

Gérard AUGIER, du Centre Hospitalier de Montfavet, Danielle FABRE, du Centre Hospitalier de Bailleul (Nord) et Nicole SERGENT, de Cavaillon, présentent une étude à travers trois cas cliniques, de *l'évitement des émotions chez les patients addictifs*. Leur conclusion est que la conduite de dépendance représente à elle seule un mode de régulation émotionnelle. L'alcoolisme permet aux patients d'échapper au poids des émotions.

Yves LECLAIRE est un alcoologue nantais qui, à partir de l'exposé clinique du cas de Madame E, s'interroge sur « *le langage des émotions* ». Il situe sa patiente alcool-dépendante en F31.9 (trouble bi-polaire), selon l'axe 1 et en F60.7 (personnalité dépendante) selon l'axe 2. Il nous raconte que Madame E est venue le voir après 3 années et demie d'une psychanalyse classique dans laquelle elle n'a trouvé que des renforcements de sa destruction. « *Après cette analyse, elle continuait à maltraiter son corps avec l'alcool et les psychotropes.* » Yves LECLAIRE décrit alors l'évolution de la prise en charge dans son service, qu'il divise en trois périodes. La première période dure 1 mois. Elle permet une récupération physique avec une amélioration des fonctions cognitives. La seconde période est d'une durée de 2 mois. Elle est marquée par une certaine stabilité clinique avec une abstinence. La troisième période est de 3 semaines et correspond à une mise en échec du traitement par la patiente. Cela débute par une réalcoolisation clandestine suivie d'un abandon de toute relation thérapeutique avec une mise en question des soignants de façon très personnalisée. Yves LECLAIRE confie que « *la capacité de cette patiente à demeurer dans un système d'échecs est riche de réflexion clinique* ». Suite à cette phase de Thérapie Cognitivo-Comportementaliste, Madame E s'engage dans une thérapie à médiation corporelle avec le même résultat. Madame E est capable de se fondre dans le creuset institutionnel avec un grand savoir, mais toute réussite met en danger son économie psychique.



Il faut saluer le courage intellectuel d'Yves LECLAIRE qui consiste à présenter un cas clinique qui est un échec de la cure et qui questionne à ce titre d'autant plus la technique. Les découvertes de Freud par exemple, ont été mises au monde par les résistances au traitement de ses patientes hystériques. Madame E est très probablement d'ailleurs une hystérique comme l'a fait observer un participant, malgré l'absence de cette référence diagnostique de par l'usage de la classification internationale anglo-saxonne. La démarche d'Yves LECLAIRE est une véritable démarche scientifique, de celles qui font progresser la science.

Charles CUNGI ouvre les travaux de l'après-midi du samedi. Il est psychiatre à Rumilly en Haute Savoie et aborde la question des émotions chez le thérapeute : « *dans notre métier, il faut vraiment aimer les gens et les problèmes. De plus, au vu de la dégradation de l'économie de notre pays, nous savons que nous n'aurons pas de retraite et que notre exercice professionnel va durer longtemps. Il nous faut donc apprendre dans notre métier à être à l'aise avec le malaise.* » Le thérapeute lui-même et la relation qu'il établit, font partie de l'arsenal thérapeutique. Ce que le thérapeute ressent, ses émotions et ses sentiments, ce qui lui passe par l'esprit, les hypothèses qu'il fait, apportent de nombreuses informations concernant le déroulement de la thérapie et influencent considérablement les conduites à tenir. Il est donc indispensable pour un soignant de développer des aptitudes pour s'auto-observer, pour modifier et utiliser ses émotions, ses sentiments, les processus cognitifs et les

comportements, afin de mieux établir le rapport collaboratif, de mieux conceptualiser les problèmes et de mieux appliquer les méthodes. L'auteur donne quelques exemples, insistant sur l'apport de Rogers et de son concept d'empathie pour évaluer le rapport collaboratif. Il conclut sur la place à donner à la technique : « *ce qui m'intéresse, c'est les gens. C'est comme la musique : il faut de la technique mais je n'ai jamais rencontré un musicien qui aimait le solfège.* ».



Charles Cungi

L'après-midi se poursuit avec une passionnante table ronde sur *le burn out chez les soignants*. Alain PERROUD, psychiatre à la clinique des Vallées en Haute Savoie, précise que le concept de burn out est né dans les années 1970 aux Etats-Unis. Il répondait alors aux interrogations sur la santé des personnels soignants et des acteurs sociaux dont le point commun était la relation d'aide. Ses manifestations sont de 3 ordres :

1. **L'épuisement professionnel** qui se définit comme un épuisement émotionnel ou syndrome anxieux dépressif et témoigne d'une fatigue ressentie à l'idée même du travail, avec des troubles du sommeil et des troubles physiques. L'épuisement serait la composante-clé du syndrome.
2. **Une déshumanisation (ou perte d'empathie)** dans les rapports interpersonnels, qui conduit au cynisme avec des attitudes négatives à l'égard des patients ou des collègues, un sentiment de culpabilité, un évitement des contacts sociaux et un repli sur soi-même.
3. **La réduction de l'accomplissement personnel** : la personne s'évalue négativement, ne s'attribue aucune capacité à faire évoluer la situation.

Ce syndrome de burn out est associé à une perte considérable d'efficacité et de qualité de vie et mérite que les soignants en connaissent les effets et les causes possibles. Les auteurs francophones parlent de « Syndrome d'Epuisement Professionnel des Soignants » (SEPS), moins imagé et plus restrictif que le terme de burn out.

François CRESPO, psychiatre et médecin du travail, observe que le burn out est principalement rencontré actuellement dans les structures hospitalières du fait de l'accroissement de l'encadrement managérial dans les hôpitaux, même s'il se constate aussi en pratique libérale. Le terme « burn out » vient de l'aérospatiale et signifie : « il n'y a plus rien dans le réservoir ».

Yves LEOPOLD, médecin généraliste, intervient au titre du Conseil de l'Ordre des Médecins de Vaucluse. Il a participé à un travail sur les suicides dans le département et a constaté une forte sur-représentation des psychiatres. Il a noté un nombre de suicides de psychiatres en Vaucluse trois fois plus important que la moyenne nationale. Il a aussi exhumé un article de presse de 1907 qui parlait du nombre anormalement élevé des suicides de médecins dans le Lubéron. Yves LEOPOLD a relevé 5 causes de suicide de médecins dans le Vaucluse : la première cause est l'alcool, la seconde est le divorce, la troisième est les difficultés financières, la quatrième est l'existence de problèmes juridiques ou ordinaires, la cinquième est la maladie physique (le cancer).

François CRESPO relève que les jeunes médecins préservent leur vie familiale et leurs loisirs bien plus que ne l'ont fait leurs aînés. Est-ce un facteur prédictif de protection du burn out ? Une étude a montré une fracture sociologique des médecins autour de l'âge de 30 ans. Les moins de 30 ans sont plus individualistes. « *Il faut que le thérapeute s'occupe de lui et quitte la noble logique du collectivisme.* » Yves LEOPOLD nous informe que l'ensemble des suicides



de collègues constatés dans le Vaucluse s'est déroulé entre les âges de 40 et 50 ans.

François CRESPO évoque la profession infirmière à l'hôpital qui jusqu'à récemment s'est bien défendue mais souffre maintenant comme les praticiens hospitaliers, de trop d'administration. Yves LEOPOLD regrette, quant à lui, l'absence du rôle protecteur d'un médecin du travail, pour les libéraux.

Alain PERROUD rappelle la règle des 4 « co » dans un service, qui sont 4 axes de prévention du burn out :

1. **Cohérence** des intervenants, qui repose sur des référentiels théoriques cohérents.
2. **Cohésion** de l'équipe par l'organisation de rapports bienveillants entre les gens, avec une prise en charge de la

défense de tout le monde, et le soin de ne pas exacerber les conflits.

3. **Coopération** multiprofessionnelle entre les soignants, l'intervention de chacun étant clairement délimitée et complémentaire.
4. **Collaboration** : l'équipe se fatigue d'autant moins vite qu'elle fait travailler le patient comme sujet que l'on motive, plutôt que de faire à sa place.

François CRESPO donne en exemple ce congrès sur les TCC comme prévention du burn out. Lorsque l'on implique une équipe dans l'organisation d'un congrès, on est dans l'émotion positive ; et plus que dans un simple congrès, on est dans l'expérience valorisante d'une passion partagée. Ces propos précèdent tout naturellement la clôture du congrès par l'organisateur en chef : Emmanuel GRANIER.

Béziers, le 2 juin 2006 : « Du brut au beau »¹

Une initiative concernant le Centre psychothérapique Camille Claudel est diligentée par le Centre Hospitalier de Béziers : le Service de la Communication (dirigé par Madame Géraldine EMO, secondée par Madame Sabine CARAYON) nous invite à visiter une exposition d'Art et Thérapie, inscrite dans le programme « Culture à l'Hôpital ».

La convention signée avec le Musée des Beaux Arts a offert aux patients du service du Docteur WAGNER le bénéfice de séances d'expression en peinture et en sculpture. Sous la direction de Mesdames Mylène FRITCHI-ROUX (spé-

cialiste d'enseignements artistiques au Musée) et Farida BELKMADRA, assistance socio-éducatrice au secteur 11, les patients ont pu s'exercer à de nombreuses réalisations. Ils ont pu visiter des musées, développer leur esprit d'observation, appliquer leur sens de la création et, enfin, vivre l'événement si important pour eux de présenter leurs œuvres au public. Fiers du résultat, les patients expliquent leur travail avec sérieux et conviction, transformés !!

Le soin et l'accompagnement, par tous les chemins...

1. Compte rendu de Mila Ramon.

St Rémy de Provence, les 17 et 18 novembre 2006 : Première rencontre des psychiatres Chefs de service du Languedoc-Roussillon et du Vaucluse¹

Cette initiative du laboratoire Janssen-Cilag est un événement à saluer. Et c'est ainsi que notre revue, sans recevoir en échange un centime d'Euro, a décidé d'en rédiger un compte-rendu en toute indépendance.

Charles AUSSILLOUX, professeur de pédopsychiatrie à Montpellier, introduit ces journées consacrées aux questions d'actualité pour les médecins chefs de service : la nouvelle gouvernance, la VAP, la réforme de la loi de 1990, la formation obligatoire des psychiatres. Il s'adresse à nous en tant que chef de pôle de la psychiatrie au CHU de Montpellier.



Charles Aussiloux

Marie-France FRUTOSO, médecin chef à Uzès et présidente régionale de la conférence des présidents de CME, est la première communicante, sur le thème de la **psychiatrie dans la nouvelle gouvernance**. La conférence nationale a en effet tenté d'infléchir certains éléments du texte en argumentant de la spécificité de la psychiatrie et y est en partie arrivée. L'esprit du discours de Mattéi était de décloisonner entre les médecins, le personnel soignant et les administratifs, en allant dans le sens de l'économie et non pour une meilleure efficacité. *Le Conseil Exécutif* est une création qui associe les médecins à l'administration de l'hôpital dans un exercice conjoint des décisions en parité entre médecins et directeurs. Il prépare toutes les décisions avec les instances et émet un avis après les instances. Il favorise ainsi une synergie pluridisciplinaire. Les chefs de pôle sont nommés conjointement par le président de la CME et le directeur après avis du Conseil Exécutif. Le directeur des soins vient dans ce Conseil en tant que directeur, quoique le directeur de l'hôpital n'a pas l'obligation de le nommer au Conseil Exécutif.



Marie-France Frutoso

Dans ce vrai binôme entre le corps administratif et le corps médical, le directeur de l'hôpital conserve l'ensemble de ses prérogatives, en particulier l'autorité hiérarchique sur l'ensemble du personnel. Notons aussi que les médecins ne peuvent être des représentants de la CME ou du Conseil d'Administration dans le Conseil Exécutif. *La tutelle* laisse une liberté relative du fait de la contrainte d'équilibrer le budget. Le projet d'établissement va fixer chaque contrat de pôle et devra s'inscrire dans le projet de territoire qui est coordonné et organisé par la tutelle.

La CME ne pourra dépasser 40 membres. La nouveauté est que tous les projets de délibération soumis au Conseil d'Administration devront passer par elle. Elle aura également un rôle fondamental dans l'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) puisqu'elle vérifiera que les praticiens hospitaliers auront bien respecté leur devoir de formation et d'évaluation. Les sous-commissions de la CME donneront à l'hôpital une garantie de cohérence en particulier au niveau de la Qualité. Le CTE, comme la CME, donne un avis sur toutes les propositions présentées au CA. Une discussion commune présidée par le directeur entre le CTE et la CME portera sur ces délibérations.

Les pôles d'activité auront une mission définie par le contrat de pôle signé par le chef de pôle, le directeur et le président de la CME. Ce contrat précisera des objectifs, des moyens. Le chef de pôle sera lié par un engagement d'atteindre les objectifs et aura des comptes à rendre en cas de non réalisation. Le projet de pôle est donc le résultat d'un travail avec le Conseil de pôle. Le contrat et le projet définissent le financement du pôle. Le chef de pôle, nommé à partir d'une liste d'habilitation par le directeur et le président de la CME, est assisté d'un administratif et d'un cadre de santé. C'est le responsable de pôle qui choisit son cadre supérieur, lequel a la même délégation pour la nomination de ses subordonnés. Le directeur des soins peut ressentir ainsi une perte de ses prérogatives. Les Conseils de pôle sont l'équivalent du Conseil de service avec en plus la préparation du projet de pôle.

1. Compte-rendu de Jean-Paul Bossuat.

À aucun moment le Directeur ne perd son pouvoir lorsqu'il donne une *délégation*. À tout moment il conserve la signature qu'il a déléguée. Les directeurs se sont montrés vigilants et agacés : ils n'ont pas envie de déléguer beaucoup. En particulier, donner leur signature à des médecins leur pose problème. Ces délégations ne concerneront donc que de petites choses.

Le calendrier est le suivant :

- 31 décembre 2006 : mise en place des pôles
- 31 janvier 2007 : désignation des responsables de pôle
- 30 juin 2007 : les Conseils de pôle se sont réunis et présentent le projet de pôle

L'esprit de la loi est l'hôpital-entreprise où a priori chacun est interchangeable. C'est pourquoi a été avancée la spécificité de la psychiatrie. Le chef de pôle est le leader d'un collectif pluridisciplinaire qui travaillera sur la complémentarité et la mutualisation des moyens et des ressources pour optimiser les soins dans un souci économique. En arrière plan, on pourra mieux gérer la baisse de la démographie médicale. La nouvelle gouvernance est en lien avec le SROSS, le Territoire et la Qualité (dans le sens d'un meilleur rapport qualité/prix).

La spécificité de la psychiatrie a fait prendre en compte une référence au plan de santé mentale qui est gravé dans le marbre et est une garantie que les moyens de la spécialité ne seront pas trop érodés. Elle comporte aussi un volet sécurité pour éviter une dérive sécuritaire. Des unités spécialisées pour les détenus devront être mises en place. De plus des chefs de service en psychiatrie devront être nommés par le ministre en raison des patients hospitalisés sans leur consentement. Cette exception a été obtenue pour 5 ans.

Les directeurs ont obtenu par l'action de la Fédération Hospitalière de France, que le président de la Commission Exécutive soit toujours un directeur, ce qui n'était pas dit dans le texte de Mattéi. Les directeurs ont eu la tentation d'évaluer eux-mêmes les médecins. Un directeur a dit que cette demande est justifiée du fait qu'« *il n'est plus question d'art mais de qualité* ». L'ensemble des médecins a dit non et l'argument du risque de faire partir les médecins vers le privé a porté.

Du secteur au pôle : la conférence des présidents de CME a obtenu qu'un pôle pourra constituer un secteur. Le chef de secteur sait déjà organiser des équipes et travailler en réseau. « Nous connaissons l'intersectorialité et nous savons déjà



ce qu'est la mutualisation ». Les Directeurs sont contre un pôle = un secteur, et plutôt favorable à 1 pôle = 3 secteurs. Ils raisonnent en terme d'entreprise alors que les médecins sont dans autre chose que la gestion financière.

La date du 1^{er} janvier 2007 : les textes sur la nomination des Chefs de pôles et sur la tarification ne sont pas prêts. Celui sur la tarification en psychiatrie bute sur le problème d'une comptabilité dans une discipline intriquée avec le social, sur la rivalité entre le public et le privé plus vive qu'en MCO, et la tarification de l'hospitalisation sous contrainte. Bernard Cazenave a parlé d'un « tour de chauffe » au 01.01.07 et d'une expérimentation pendant 3 ans. Rien ne dit que les pôles d'aujourd'hui seront les pôles de demain.

Les aspects positifs de la nouvelle gouvernance : tout d'abord il est intéressant de mettre en valeur notre travail. Il y a des gens qui travaillent beaucoup et ça ne se voit pas. Un autre point positif est que le chef de pôle est considéré comme ayant le même pouvoir hiérarchique fonctionnel que le directeur, c'est-à-dire qu'il peut décider de changer ses collaborateurs. Enfin, ce texte met en question le directeur des soins, qui prônait que les infirmiers n'avaient rien à voir avec les médecins sauf pour la prescription des médicaments. Marie-France FRUTOSO conclut que c'est un point très intéressant.

Après cette communication, chaque participant au colloque est prié de donner à tour de rôle son point de vue sur la nouvelle gouvernance. Nous apprenons ainsi qu'à l'hôpital général de Perpignan, la psychiatrie qui dépend du CHS de Thuir sera organisée en un pôle regroupant les urgences, le CAP 48, la psychiatrie de liaison, articulé avec l'unité d'orientation et d'accueil de Thuir. Henri BERNARD, président de la CME de Montfavet, explique que la mise en pôles dans son établissement se fera rapidement sans révolutionner trop vite les structures existantes qui sont de bonne taille. On reprend la formule un pôle = un secteur et on amènera des corrections sur 2 à 3 ans. Charles ALEZRAH, médecin chef à Thuir, voit dans cette loi une opportunité historique après 30 années de démedicalisation des circuits de décision. Il ne faut pas oublier que les directeurs étaient au départ hostiles à cette gouvernance qu'ils considéraient comme une perte de pouvoir. Charles ALEZRAH envisage de constituer son secteur en pôle. Charles AUSSILLOUX explique l'utilité de regrouper dans un grand établissement polyvalent, la psychiatrie en un seul pôle. « *La nouvelle gouvernance crée un énorme malaise dans les équipes de direction et surtout chez les directeurs des soins* ». Didier BOURGEOIS évoque l'individualisme des médecins et leur difficulté à faire pièce devant les exigences de la direction. Il pense que le directeur des soins, dans le contexte de la nouvelle gouvernance, pourra devenir un allié des médecins. Il rappelle les contrats de pôles destinés à diminuer le coût de l'hospitalisation sur 3 ans : « *ce sont des contrats léonins* ». Marie-Noëlle PETIT, médecin chef à Montfavet, attire notre attention sur l'avis du directeur quant à la nomination des médecins. A Montfavet, l'équation un pôle = un secteur sera

renégociée après le 01.01.07. « *Ce sera dans la négociation des moyens que l'on fera plier un chef de pôle* ».

Marie-France FRUTOSO croit sincèrement que l'on ne peut attendre des directeurs qu'ils décident à la place des médecins. Le fait que des médecins vont devoir apprendre à gérer est un tournant. Elle ne croit pas à la passivité des psychiatres. Charles AUSSILLOUX revient sur sa nomination comme chef de pôle de psychiatrie de Montpellier qui regroupe 7 secteurs adultes et 2 d'enfants. C'était indispensable pour obtenir une autonomie de la psychiatrie et de ses moyens dans un CHU. ROUVEYROLLIS, médecin chef pédopsychiatre à Montfavet, approuve : « *à Montpellier, vous avez fait un directeur médical à côté du directeur administratif : c'est bien* ».

Après la pause, Marie-France FRUTOSO aborde sa seconde communication : « **Hôpital 2007 : quels enjeux pour les patients ?** ». Elle rappelle que le secteur permet la non-exclusion. Ce sont les psychiatres qui l'ont créé, et non les administratifs. Elle récapitule la législation : le droit des usagers qui établit une contractualisation des individus avec nous (4.03.02), le médecin traitant et le parcours de soins (13.08.04), le handicap psychique (15.02.05), le plan hôpital 2007, le SROSS, la V2, la T2A, la VAP. Elle rappelle que le président du Conseil d'Administration de l'hôpital peut être un usager.

Marie-France FRUTOSO pointe quelques dangers. La VAP conçue dans une logique d'hôpital-entreprise peut amener à une prise en compte exclusive de certains symptômes. Il faut veiller à ce que l'évaluation de notre façon de travailler soit au bénéfice du patient. Un argument en faveur du secteur, est que ce dernier est garant de l'accès au soin pour tous, et limite les rechutes qui coûtent très cher. La loi peut-elle être iatrogène ? Oui si le médecin a peur du patient qui peut aller en justice. On ne peut dans ce cas être un bon soignant.

Au cours de la discussion qui clôture cette première Journée, Jean-François THIEBAUX, Médecin Chef à Uzès, revient sur les pôles. Il conçoit que les secteurs s'unissent dans un vaste pôle dans les Hôpitaux Généraux, car dans le système MCO la psychiatrie peut perdre son âme. Par contre en Hôpital Psychiatrique, il est assez logique que la tendance soit un pôle = un secteur. Selon lui, la tendance lourde, issue de la mondialisation, est la privatisation. Il ne faut pas l'oublier. Michèle BAREIL-GUERIN, médecin chef à Limoux, explique qu'elle connaît les inconvénients de mettre en place des activités nouvelles avec des moyens constants. La gestion de pôle, ce sera cela : on nous donnera un peu de pouvoir et à nous de voir ce que l'on va sacrifier. Ce qui génère des difficultés relationnelles. Bernard ODIER, psychiatre dans le centre privé à mission publique du treizième arrondissement de Paris (PSHP), expose que son établissement a pour directeur général un médecin assisté d'un directeur administratif : « *c'est pas mal, un médecin-directeur. Peut-être que dans cinq ou dix ans, la profession s'enhardira et que certains d'entre nous auront envie d'en*

faire un peu plus. Le bilan des directeurs généraux administratifs est mitigé ». René PANDELON, Médecin Chef de la fédération des activités à médiation créatrice à Montfavet, estime que nouvelle gouvernance ou non, nous n'échappons pas aux contraintes budgétaires. Il considère que la formule un pôle = un secteur est défensive et sans grand intérêt. Alors qu'un regroupement permettrait d'organiser l'hôpital selon nos idées et notre philosophie de soins. Ce qui dérange René-Louis FAYAUD, médecin chef à Thuir, c'est de créer avec le chef de pôle une nouvelle hiérarchie. Il voit, lui, dans la formule 1 pôle = 1 secteur = 1 territoire, l'apparition d'une nouvelle cohérence. Jean-Paul BOSSUAT raconte une anecdote tchèque : lors d'un voyage d'échanges, il avait rencontré le médecin-directeur d'un hôpital psychiatrique de la Moravie du sud près d'Austerlitz. Il lui avait demandé s'il ne pensait pas qu'un directeur général administratif serait mieux pour l'avenir de son établissement compte tenu de la complexité de la gestion et des impératifs budgétaires. Ce médecin répondit : « *c'est vrai que je ne suis pas aussi bon en gestion qu'un administratif. Mais je peux m'adjoindre un excellent gestionnaire. L'important en tant que médecin-directeur est que je suis un médecin et que je n'oublierai jamais la priorité à donner au patient* ». Jean-Paul BOSSUAT ajoute qu'il y a lieu de tenir compte de la résistance de la profession médicale à se voir confier des fonctions de médecin-directeur. Lors d'une journée de travail sur le Plan Hôpital 2007 à Montpellier, l'argument des anciens était que notre génération n'a pas connu l'époque des médecins-directeurs et qu'il vaut mieux un directeur administratif incompetent en psychiatrie à la tête de l'hôpital. L'individualisme médical serait ainsi préservé. Il semble que les points de vue évoluent maintenant. Marie-

France FRUTOSO dit que la loi ne permet pas 1 pôle = 1 hôpital, puisqu'il faut au minimum 2 pôles et que pour cette raison l'hôpital Marchant à Toulouse s'est vu refuser cette équation. René PANDELON réplique que l'on a toujours la possibilité de faire : 1 hôpital = 1 pôle médical + 1 pôle non médical, ce qui revient au même. Charles AUSSILLOUX de conclure alors : « *ainsi, on a toujours la possibilité d'avoir un ennemi* ».

Il poursuit : « *si les responsables de pôle veulent être ceux qui remplacent et font valser les chefs de service, c'est une position très dangereuse. C'est différent si l'on nomme un vieux chef de service proche de la retraite, ou si l'on organise une rotation. En France, nous sommes loin de l'esprit belge où ce sont les directeurs qui sont les prestataires de service du pôle, ici c'est plutôt l'inverse* ».

Le communiquant suivant est Bernard ODIER, psychiatre dans l'Association de Santé Mentale du 13^{ème} arrondissement de Paris, avec pour thème de son intervention : VAP – PMSI – T2A... Vers une valorisation des activités en psychiatrie ? Il nous brosse un historique du PMSI. Son origine est dans les travaux de Fechner aux USA en 1978. Il s'agissait de répondre à la demande des compagnies d'assurance privées, d'avoir des prix opposables. Aux USA les assurances géraient elles-mêmes des filières de soins et étaient en position de discuter. Fechner cherchait une formule acceptable pour les médecins car fondée sur des diagnostics. En MCO, le diagnostic est relativement prédictif. Quoique... un diabète chronique peut justifier une hospitalisation plus prolongée que d'habitude à des fins éducatives. La dimension du mode de vie du patient joue aussi : l'hospitalisation sera de plus longue durée si la personne vit seule.





Bernard Odier

Depuis 2003, il y a la **T2A**, c'est-à-dire qu'une part du budget en MCO est en fonction du niveau d'activité. Des technocrates ont espéré qu'ainsi ils pourraient se dispenser de piloter le système hospitalier. Aux USA, les hôpitaux sont budgétés sur leur activité, d'où des restructurations violentes du parc hospitalier qui n'auraient pas eu lieu dans une planification. L'argent suit la venue du patient et dans ce cas il n'y aurait plus d'hôpitaux locaux. C'est évidemment très confortable pour les politiciens.

En psychiatrie, les Américains ont rapidement réalisé que les groupes homogènes de malades décrits par le diagnostic, étaient inapplicables. Le DSM3 était insuffisant pour un classement en fonction du coût et les psychiatres truquaient les diagnostics. La dimension sociale est très importante selon l'existence d'une parentalité, la présence d'enfants. De plus, en psychiatrie, les objectifs pour un même type de patient, sont variables et non consensuels. Donc on a imaginé de concevoir en psychiatrie un PMSI qui ne cherche pas à prédire la durée du traitement mais de faire un tarif modulé par la gravité du tableau clinique pris en charge. Or évaluer la gravité d'une schizophrénie, par exemple, n'est pas évident. Certains schizophrènes sont très dérangeants et hyperconsommateurs tandis que d'autres se font oublier dans le service. Le diagnostic de schizophrénie, après 8 années d'enquête, ne peut toujours pas être prédictif de la charge en soins. Autre difficulté : **la trajectoire de soins** est variable d'un secteur à l'autre selon qu'il y ait peu de CMP, un HDJ ou non. Une typologie des secteurs permettrait de prédire des moyens à dégager. Une étude (Boher) a retenu 8 types de secteur avec 6 ou 7 types de malades. Une prédictivité serait là possible. Mais le ministre a refusé la trajectoire de soins car elle n'intéresse pas les cliniques privées, car la psychiatrie doit ressembler à la médecine et ce système est trop hétérogène par rapport à celui de la MCO.

On retient donc la **VAP**. Cette valorisation de l'activité en psychiatrie sera influencée par les logiques dominantes

d'une époque. Selon la pratique, la T2A peut aboutir à une convergence vers une moyenne ou amplifier les inégalités. Il faut rappeler les objectifs de la psychiatrie de secteur. Les directeurs considèrent que la part du budget influencée par l'activité doit se situer autour de 20 %. Notons qu'un praticien hospitalier non remplacé pendant un an, entraîne une chute des consultations de 30 %, ce qui génère (-)3 % pour l'année suivante.

Heureusement, il y a les **MIGAC** : c'est ce qui finance la part de l'activité hospitalière qui ne peut être décrite en actes. La psychiatrie de secteur doit-elle échapper à la tarification à l'activité et être un MIGAC ? Sinon les ARH demanderont chaque année de décrire dans le détail les missions pour chaque patient. La T2A désolidarise le financement du soin, de son contexte. Elle est antinomique de la psychiatrie de secteur. La psychiatrie de secteur attire les critiques car elle varie beaucoup d'un endroit à l'autre. Mais en statistique, il ne faut pas s'intéresser aux extrêmes. Il n'y a que peu de dispersion statistique en fait. Notons qu'en moyenne, on consacre plus de moyens à la psychiatrie en France que partout ailleurs en Europe et aux USA.

Lors de la discussion qui fait suite, Charles AUSSILLOUX revient sur la conséquence de la tarification aux Etats-Unis. La diminution de l'activité dans des hôpitaux publics qui rendaient un service public a entraîné leur disparition. Ainsi le 1^{er} janvier 2004 le dernier hôpital public de Washington a fermé, sans que les politiciens n'aient à intervenir et de comptes à rendre. Si l'on se situe au niveau de l'activité générée par un psychiatre, on pourra constater qu'un psychiatre anxieux verra 10 fois plus son patient pour arriver au même résultat qu'un autre qui est plus au clair dans sa pratique. Le résultat sera que l'anxieux va être valorisé, tandis que le meilleur va être puni.

Jean-Claude PENOCHET, médecin chef à la Colombière (Montpellier), communique sur le thème : **Contraintes, consentements aux soins et obligations de soins**. Il constate une augmentation considérable des hospitalisations sans consentement en raison de deux facteurs : la réduction du nombre de lits d'hospitalisation temps plein et la montée des



Jean-Claude Pénochet



pathologies aiguës. 43 % des HDT se fait par la procédure d'urgence avec un seul certificat, et 99 % des HO. Il note la difficulté de trouver des tiers, en particulier aux urgences, et la difficulté des CDHP à trouver des psychiatres.

Les grands axes de la réforme de l'internement sont le maintien des 2 types de procédure HDT et HO, la disjonction entre le régime juridique du soin sans consentement et de la modalité du soin, un temps d'évaluation plus long porté à 72 heures. C'est-à-dire qu'il y aura trois certificats : un certificat initial (un seul désormais) qui peut être réalisé par un médecin de l'établissement qui reçoit, les 2 autres certificats de 24 heures et 72 heures étant réalisés par un autre médecin. Le second certificat (24 heures) pourra prévoir soit une hospitalisation temps plein, soit une hospitalisation à temps partiel, soit un soin ambulatoire. Le protocole établi dans le certificat est transmis au directeur et est modifiable à tout moment. Si aucun protocole n'est écrit, c'est la mesure la plus lourde (hospitalisation à temps plein) qui est prescrite. En l'absence d'un tiers, plusieurs hypothèses sont envisagées : nomination d'un curateur à la personne (différent du régime de protection des biens) par le juge, mais la procédure peut être longue, voire, et c'est ce que propose la justice, un soin sous contrainte sans tiers en renforçant les garanties des patients.

Le projet Sarkozy de la loi de prévention de la délinquance est critiqué quant à son volet psychiatrique car il fait un amalgame entre les délinquants et les malades mentaux. Propos de Nicolas Sarkozy cité par Jean-Claude PENOCHET : « les professionnels de la santé ne sont pas spontanément

portés à manier la punition ». Ce propos était une réaction à l'opposition des professionnels sur ce volet de la loi Sarkozy. Ce dit volet comporte à l'article 18 l'obligation d'informer le maire en cas de sortie d'essai, de renouvellement de la mesure, de levée ; à l'article 19 un fichier national de données personnelles ; à l'article 20 une précision sur la ligue de partage entre HDT et HO qui est la menace pour l'ordre public, avec un contrôle mixte de l'administration et du psychiatre s'il existe cette dangerosité. Une HDT sera transformée en HO, si le risque est constaté ; à l'article 21, le rôle du maire est renforcé pour l'HO au niveau de la demande ; à l'article 23, il est dit que le préfet n'est pas tenu d'obéir à l'expert en cas de demande de levée.

Eric BASEILHAC, médecin du laboratoire Janssen, nous parle de la **place de l'innovation thérapeutique en psychiatrie**. Il insiste sur la notion de pertinence économique, nécessaire pour obtenir l'AMM. Ses critères sont la diminution du nombre de rechutes, un meilleur contrôle des synergies, une augmentation de la tolérance, la baisse de la comorbidité, la durée des rémissions fonctionnelles. Il nous démontre ainsi qu'un médicament beaucoup plus cher que l'Haldol Decanoas, à savoir le Risperdal Consta, revient au final 2 fois moins cher.

Hélène BRUN-ROUSSEAU, psychiatre au CHS de Cadillac, aborde un sujet sensible intitulé : « **EPP, FMC, les nouvelles obligations pour le praticien hospitalier** ». L'ordonnance de 1996 a décrété l'obligation de la FMC. Il a fallu 10 ans pour que cela entre dans les faits. La loi du 4 mars 2002 relie la FMC à la Qualité des soins. Un dispositif se met en



Hélène Brun-Rousseau

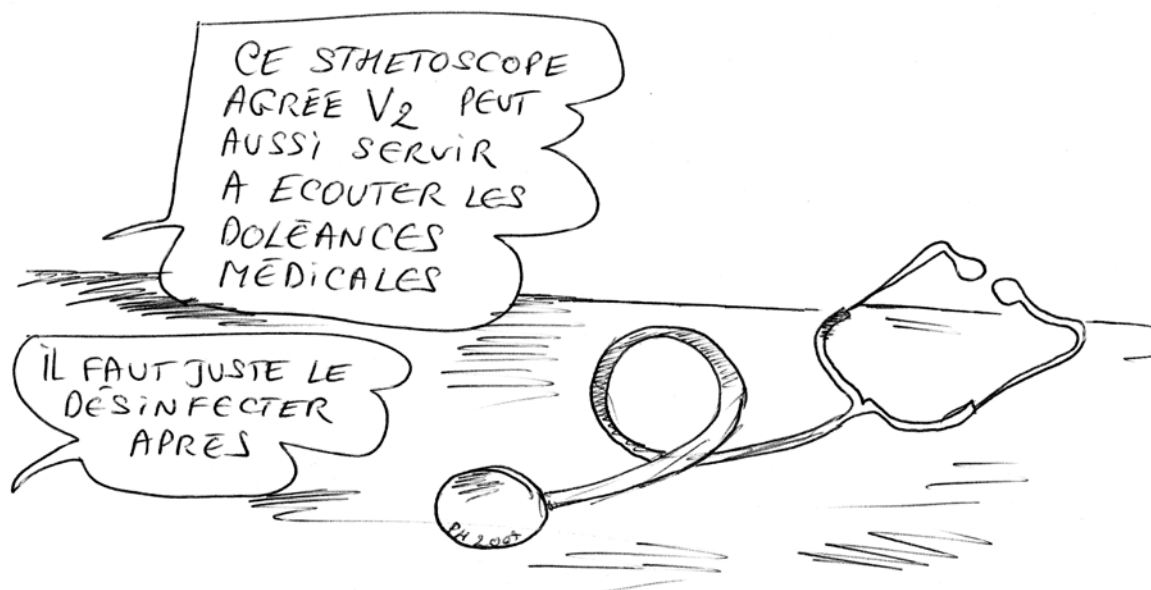
place pour gérer la FMC : 3 conseils nationaux (des PH, des libéraux, des salariés), 1 comité national de coordination des 3 comités, des conseils régionaux non encore constitués, 1 sous-commission dans chaque CME. Le médecin devra gagner 250 crédits sur 5 ans. Le décret actuel n'envisage pas de sanction en cas de non respect de cette obligation. Il est prévu 3 catégories de formation pour obtenir les crédits :

1. **La formation en congrès et séminaires par des organismes agréés** : 4 points par demi-journée.
2. **Les abonnements ou acquisitions d'ouvrages** : abonnement à une revue non agréée : 2 points, à une revue agréée : 4 points. Psy-Cause annonce qu'elle fera une demande d'agrément. Sont également comprises dans cette rubrique, les formations à distance.
3. **Les situations professionnelles formatrices** : staffs protocolisés, missions d'intérêt général électives, activités de formation et participation à des jurys, recherche et publications. Cent points maximum peuvent être obtenus ainsi.

L'EPP, Evaluation des Pratiques Professionnelles, a un statut à part. Avoir rempli à cette obligation rapporte forfaitairement 100 crédits au niveau de la FMC. Le décret du 14

avril 2005 en rappelle l'obligation et précise que cette EPP doit porter sur l'amélioration de la Qualité des soins selon 4 critères : la Qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience. Le but est d'évaluer les pratiques médicales pour améliorer le rapport coût/efficacité des soins dispensés. L'EPP est en principe obligatoire à compter du 1^{er} juillet 2006 et réalisée sur 5 ans. Elle est validée, comme la FMC, par une commission régionale constituée de 3 médecins désignés par le Conseil de l'Ordre et de 3 médecins désignés par chacun des 3 conseils nationaux. Les PH se feront délivrer par leur CME (sous tutelle d'experts) ou par un organisme agréé un certificat. Le médecin se verra formuler des recommandations avec un suivi de l'action de formation à entreprendre. En cas de manquement, l'ordre des médecins, après avis de la CME pour les PH, prendra des mesures pouvant aller jusqu'à l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer. Au niveau du calendrier, les choses pourront démarrer en janvier 2007 avec la mise en place des conseils régionaux.

Au cours de la discussion, Jean-Clause PENOCHET dénonce un écueil, celui d'un processus bureaucratique basé sur la Qualité, alors que le monde de l'entreprise est déjà revenu sur ce mythe, constatant que le processus de la Qualité organise dans les entreprises un processus de mensonge : « *les gens y apprennent à mentir* ». Ce qui est demandé au niveau de l'EPP est en effet d'effectuer un cycle de *5 cercles vertueux de la qualité*, pour amener le médecin à être plus performant dans un domaine où il a des efforts à faire. Bernard ODIER pense, quant à lui, que les médecins devraient faire preuve de courage et se mobiliser pour démontrer la dégradation de la psychiatrie en France. L'EPP pourrait être l'occasion de mesurer la mortalité dans les HP qui remonte depuis 4 à 5 ans, alors que depuis 1935 (hors la période de la guerre), elle a baissé de façon continue. « *Nous vivons une époque de régression de la Qualité des soins vue sous l'angle du traitement et les malades en paient le prix. C'est un devoir de le démontrer* ».



Colloques et Conférences

Les Thérapies brèves : mythe ou réalité ? Thérapie systémique, TCC, Psychanalyse, Chimiothérapie

8 juin 2007 à ANTIBES-JUAN LES PINS

XI^{ème} colloque interrégional de PsyCause

Argument

Le concept de thérapie brève est-il un effet de mode récurrent, sorte de miroir aux alouettes qui promet la guérison du symptôme au moindre coût tant au niveau financier que de l'investissement psychique de la personne ? Sigmund Freud lui-même, après ses espoirs déçus par la cocaïne et un passage par l'hypnose, a découvert la psychanalyse. Les 5 psychanalyses sont des thérapies brèves, en tout cas dans la durée. Ce sont les résistances des analysants qui ont amené la découverte de la notion de pulsion de mort puis de jouissance. Le symptôme a une fonction dans l'économie globale de la personne et de vouloir le traiter isolément, on court à l'échec. De nos jours, ce sont les TCC (Thérapies Cognitivo-Comportementales) qui ont le vent en poupe et séduisent la jeune génération des psy. Pourtant nombre de prises en charge par TCC peuvent être aussi longues qu'une psychanalyse. Pour autant un traitement de brève durée ne peut-il être envisagé, dans ce qu'il peut apporter comme soulagement immédiat d'une souffrance insupportable ? Toutes ces questions seront abordées à travers les filtres de la Thérapie Systémique, des TCC, de la Psychanalyse et de la Chimiothérapie.

Jean-Paul BOSSUAT

Carole MITAINE

Bulletin d'inscription



N° agrément Formation Continue : 93840166884

N° d'enregistrement en Préfecture : 208250

N° SIRET : 44519187700015

N° SIREN : 445191877

N° APE : 804C

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. fixe : Portable :

Courriel : Fax :

Inscription au Colloque :

- Formation permanente 140 €

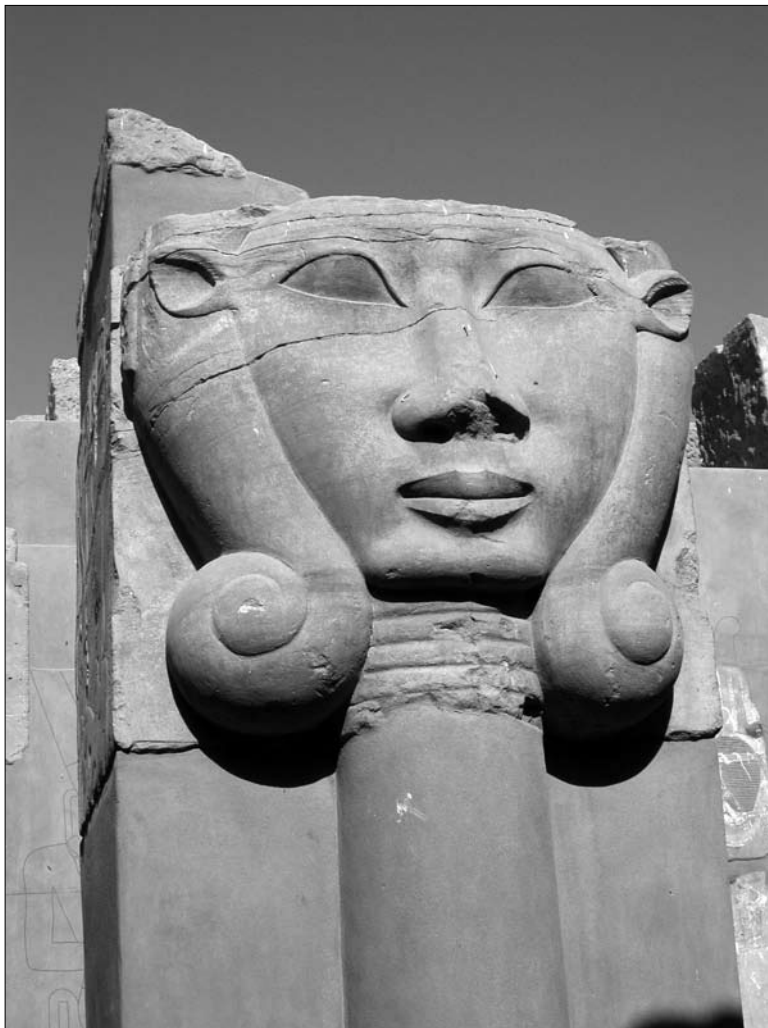
- Tarif abonnés 100 €

Le règlement par chèque se fait à l'ordre de PsyCause

Bulletin à retourner au Secrétariat du Dr Jean-Paul BOSSUAT – Secteur 27 – Centre Hospitalier – 84143 MONTFAVET CEDEX

Contact pour information : Docteur Carole MITAINE – Centre Hospitalier d'Antibes-Juan Les Pins

RN7 – Quartier La Fontonne – 06606 ANTIBES Cedex – ☎ 04 92 91 77 43



Voyage d'étude de la revue Psy Cause, en Égypte

Pour les
professionnels de santé

Du 18 au 28 mai 2007

LE DEUIL ET LA PERTE D'OBJET

Argument

La civilisation égyptienne antique est dans l'histoire de l'humanité, le plus ancien témoignage d'une réflexion approfondie sur le traumatisme du deuil et la question de la perte d'objet. Le mythe d'Osiris connu dès les textes des pyramides au milieu du troisième millénaire avant notre ère et qui fut au temps des Romains décliné dans les temples d'Isis disséminés dans l'ensemble du monde civilisé jusqu'au temple d'Isis à York en Angleterre, aborde des thèmes aussi essentiels que le morcellement, la création par Isis du phallos en remplacement du pénis perdu, la privation de la veuve etc... Un papyrus du Moyen Empire, « Le dialogue d'un désespéré avec son âme », traite de la dépression et du suicide. Des dispositifs funéraires multiples ont été inventés pour assurer aux défunts et donc aux vivants, une victoire sur la mort et la séparation. Le pharaon Ramsès II fut, à travers sa momie, reçu à Paris, avec, à sa descente d'avion, les honneurs de la Garde Républicaine. Le Président François Mitterrand vint à Assouan pour rencontrer Isis alors qu'il était convoqué pour le grand passage vers l'au-delà.

Le voyage d'étude ne sera pas seulement centré sur l'Égypte pharaonique et gréco-romaine puisqu'une journée entière d'échanges avec des professionnels de l'hôpital psychiatrique d'Assouan permettra de travailler sur la prise en charge de la dépression aujourd'hui en Égypte. La revue Psy Cause entretient depuis octobre 2003 des liens professionnels continus avec la psychiatrie du gouvernorat d'Assouan. En mars 2005, la ville d'Assouan contribua à l'organisation du premier congrès franco-égyptien de psychiatrie par notre revue et par les collègues égyptiens.

Des séances de travail quotidiennes permettront d'étudier le thème du voyage, avec une contribution des participants sous la forme de communications scientifiques qui seront publiées dans la revue. Le groupe sera encadré par le Docteur Jean-Paul Bossuat, psychiatre, directeur de Psy Cause et diplômé d'égyptologie (de l'université Lyon II). Il disposera d'un guide spécifique et d'une logistique managée par l'agence Keops.

Programme

Jour 01 : 18/05/2007 — Paris/Le Caire

Départ sur le vol régulier Air France en direction du Caire. Décollage à 13h 40 de l'aéroport Charles De Gaulle 2 E. Arrivée, accueil par un représentant francophone de Kéops et transfert à votre Hôtel de catégorie 3 étoiles. Dîner et nuit à l'Hôtel.

Jour 02 : 19/05/2007 — Le Caire/Wagon-lit

Petit-déjeuner à l'Hôtel et départ pour la visite du plateau de Guizeh avec les 3 pyramides Kheops, Kephren et Mykérinos. Déjeuner dans un restaurant typique puis transfert à la gare pour un départ vers Assouan. Dîner et nuit à bord en wagon-lit première classe. Conférence au wagon-bar : les textes des pyramides

Jour 03 : 20/05/2007 — Assouan/ Journée de travail avec l'hôpital psychiatrique

Arrivée, accueil par un représentant et transfert à l'Hôtel des conférences.

Départ pour la visite de l'Hôpital Psychiatrique avec le Dr Habashi.

Déjeuner dans un restaurant typique. Après-midi retour à l'Hôpital, continuation de la visite et des échanges scientifiques. Retour à l'Hôtel dîner et nuit.

Jour 04 : 21/05/2007 — Assouan/ Philae

Petit-déjeuner à l'Hôtel puis départ pour la visite à l'école française – Déjeuner dans un restaurant typique, l'après-midi visite du temple de Philae – retour à l'Hôtel dîner et nuit. Le soir, conférence sur le mythe d'Osiris ; communication d'un participant sur le deuil et la perte d'objet.

Jour 05 : 22/05/2007 — Assouan

Petit-déjeuner à l'Hôtel. Départ pour la visite des tombes des gouverneurs. Déjeuner dans une maison nubienne (Chez Nasser) – l'après-midi visite du musée nubien – dîner et nuit à l'Hôtel. Conférence sur les dispositifs funéraires ; communication scientifique d'un participant.

Jour 06 : 23/05/2007 — Assouan/Kom Ombo en felouque

Petit-déjeuner à l'Hôtel. Départ pour prendre la felouque, embarquement à bord vers 8 h 00 matin, navigation vers Kom

Ombo, déjeuner à bord – le soir arrivée à Kom Ombo – dîner et nuit à bord. Le soir, veillée sous les étoiles : conférence sur le papyrus du désespéré avec son âme.

Jour 07 : 24/05/2007 — Assouan/Kom Ombo/Djebel Silsileh – en felouque

Petit-déjeuner à bord, départ pour la visite du temple de Kom Ombo, puis navigation en direction de Djebel Silsileh. Déjeuner à bord, départ pour la visite du Djebel Silsileh. Dîner et nuit à bord. Le soir, veillée de travail sur la perte d'objet et son traitement selon une vision cyclique dans l'Égypte ancienne. Exposé scientifique d'un participant.

Jour 08 : 25/05/2007 — Djebel Silsileh/Assouan

Petit-déjeuner à bord, départ en autocar direction d'Assouan – arrivée à Assouan – transfert à l'Hôtel – déjeuner dans un restaurant typique – après-midi libre – dîner et nuit à l'Hôtel. Le soir : conférence sur les hiéroglyphes et leur puissance créatrice d'une réalité après la perte ; exposé scientifique d'un participant.

Jour 09 : 26/05/2007 — Assouan/Wagon-lit

Petit-déjeuner à l'Hôtel, départ pour la visite de l'île Eléphantine et du jardin botanique. Déjeuner dans un restaurant typique. L'après-midi libre – puis transfert à la gare pour un retour au Caire – dîner et nuit à bord. Dans le wagon-bar, dialogue avec le Docteur Bossuat et le guide sur la civilisation égyptienne et l'approche du deuil : aspects antiques et aspects actuels.

Jour 10 : 27/05/2007 — Wagon-lit/Le Caire

Arrivée au Caire, accueil par un représentant de Keops et transfert à votre Hôtel, puis départ pour la visite du musée égyptien ; déjeuner dans un restaurant typique. L'après-midi visite des souks de Khan El Khalili – retour à l'Hôtel dîner et nuit. Conférences de clôture des travaux.

Jour 11 : 28/05/2007 : Le Caire/Paris

Transfert à l'aéroport du Caire pour un retour à Paris sur le vol Air France, décollage à 07 h 30, arrivée à Paris Charles de Gaulle à 12 h 20.

Conditions d'inscription

Le prix du voyage a été étudié avec soin dans l'esprit de Psy Cause qui est une revue pluridisciplinaire, afin de permettre à tous les professionnels, dont les paramédicaux, de s'inscrire. La mise à notre disposition à Assouan de l'hôtel du Palais des

congrès l'a rendu possible. Sa capacité limitée à 30 places, nous oblige à demander aux inscrits tardifs un versement complémentaire de 100 € par personne à cause du logement dans un hôtel plus coûteux.

Tarifs

- Dans la limite de 30 personnes:
 - Prix abonnés à Psy-Cause base double : 1 210 €
 - Prix non abonnés à Psy-Cause base double : 1 250 € avec un abonnement à 4 numéros offert
 - Prix en single : majoré de 190 €
- Au delà du quota de 30 personnes:
 - Les prix ci-dessus sont majorés de 100 €

NB :

- L'abonnement est offert aux non abonnés.
- Le prix peut être majoré par notre partenaire KEOPS dans la limite de 20 € en cas d'augmentation brutale du tarif aérien.

- Le prix du séjour s'entend : déplacements, visites, pourboires, hôtellerie compris, sauf les boissons.
- Dès réception de votre bulletin d'inscription, vous sera adressé un document que vous retournerez à notre agence partenaire KEOPS.
 - Vous pourrez verser les arrhes (340 € par personne en double – 400 € par personne en single) le règlement à distance par carte bleue étant possible.
 - Si vous souhaitez une assurance complémentaire : elle sera de 50 € par personne en base double, et de 60 € par personne en base single.

**Bulletin d'inscription
au voyage d'étude en égypte organisé par Psy Cause
du 8 mai au 28 mai 2007**

A retourner au Docteur Jean-Paul BOSSUAT, Secteur 27 - 84143 MONTFAVET CEDEX

Nom :Prénom :

Adresse :

Tél. :Courriel :

L'inscription sera prise en compte dès versement des droits d'inscription qui couvrent des dépenses engagées par l'association et dont le montant est inclus dans le prix global annoncé du voyage. Cocher la case vous concernant :

- Professionnel non abonné (dans la limite de 30 places) ☐ 130 €
- Professionnel non abonné avec conjoint (dans la limite de 30 places)..... ☐ 220 €
- Professionnel abonné (dans la limite de 30 places) ☐ 90 €
- Professionnel abonné avec conjoint (dans la limite de 30 places)..... ☐ 180 €
- Professionnel non abonné hors quota de 30 places ☐ 230 €
- Professionnel non abonné hors quota de 30 places avec conjoint ☐ 420 €
- Professionnel abonné hors quota de 30 places..... ☐ 190 €
- Professionnel abonné hors quota de 30 places avec conjoint ☐ 380 €

Joindre un chèque du montant correspondant à votre cas, à l'ordre de Psy-Cause

NB : le solde du voyage à régler à KEOPS sera majoré de 190 € en cas de voyage en single, c'est-à-dire si vous voyagez seul et que vous ne souhaitez pas partager votre chambre.

« Les nouvelles parentalités »

**26 et 27 avril 2007 – Palais des Congrès
XVII^{es} Rencontres nationales de périnatalité de Béziers**

- parentalité médicalement assistée
- parentalité d'enfants prématurés
- monoparentalité
- parentalité adoptante
- parentalité homosexuelle
- parentalité post-mortem
- parentalité partagée ou déléguée aux grands-parents, etc....
- parentalité et immigration

Renseignements : Madame BADIOLA

Tél : 04.67.49.87.05

Site internet : www.beziers-perinatalite.fr

L'équipe de Psy Cause

■ Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon)

■ Rédacteurs en chef

Pierre Evrard (Avignon)
Philippe Khalil (Marseille)

Le comité de coordination rédactionnelle est constitué du directeur et des rédacteurs en chef.

■ Administrateur trésorier

Michel Bayle (Le Paradou)

■ Secrétaires de Rédaction

Webmaster : Didier Bourgeois (Avignon)

Congrès :

André-Salomon Cohen (Avignon)

Afrique : Monique Wagner (Boulbon)

■ Correspondants

Jeanne Aguila (Marseille)
Ashraf Amin (Toulon)
Michèle Anicet (Avignon)
Joëlle Arduin (Avignon)
Geneviève Ayach (Paris)
Nadia Benathzmane (Paris)
Claude Bissolati (Marseille)
Hervé Bokobza (Montpellier)
Jean-Marc Boulon (St-Rémy-de-Provence)
Mireille Brun (Avignon)
Anny Castel-Guilpart (Arles)
Fabienne Cayol (Laragne)
Jean-Paul Champanier (Grasse)
Marie-Christine De Médrano (Aix)
Jacques Dubuis (Lyon)
Baba Fall (Valence)
René-Louis Payaud (Thuir)
Jean-Yves Febercy (Pierrefeu)
Olivier Fossard (Avignon)
Hervé Gady (Avignon)
Jean-Michel Gaglione (Martigues)
Réjane Galy (Béziers)
Dominique Gauthier (Laragne)
Dominique Godard (Martigues)
Jean-Louis Griguer (Valence)
Bernard Javellot (Pierrefeu)
Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)
Françoise Lanciaux (Thuir)
Arnaud Masquin (Villeneuve-lez-Avignon)
Claude Miens (Avignon)
Rafael Ortiz (Avignon)
Hosni Ouahchi (Avignon)
Nathalie Papapietro (Ile de la Réunion)
Bernard Petit (Aix)
Yves Petit (Papeete, Polynésie)
Rémi Picard (Avignon)
Michèle Platroz (Lyon)
Danielle Raoux (Salon)
Philippe Raynaud (Thuir)

Françoise Ruault (Avignon)
Pascal Schindelholz (Papeete, Polynésie)
Jeanie Schott (Uzès)
Béatrice Segalas (Antony)
Jean-Luc Sicard (Avignon)
Julien Starkman (Avignon)
Martin Tindel (Pierrefeu)
Gabrielle Uda (Marseille)

Didier Bourgeois a dessiné les illustrations originales.

■ Comité de Rédaction

Michèle Bareil-Guerin (Limoux)
Agnès Beisson (Avignon)
Jean-François Bouix (Montpellier)
Marc Bounias (Avignon)
Patrick Boyer (Uzès)
Laurence Feller (Uzès)
Huguette Ferré (Avignon)
Thierry Fouque (Nîmes)
Marielle Fontaine (Avignon)
Jean-Marc Galland (Fréjus)
Marie-Claude Gardone (Uzès)
Patrick Jouventin (Avignon)
Richard Kowalyszyn (Dun sur Auron)
Danielle Monbet (Avignon)
Carole Mitaine (Antibes)
Jean-Pierre Montalti (Montpellier)
Youssef Mourtada (Le Mans)
Marie-José Pahin (Marseille)
Errol Palandjian (Draguignan)
Jacques Peyre (Montpellier)
Gérard Pirlot (Toulouse)
Patricia Princet (Fains)
Mila Ramon (Béziers)
Sophie Sauzade (Martigues)
Gilbert Schott (Uzès)

■ Correspondants étrangers

Séverin Cécil Abega (Yaoundé, Cameroun)
Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)
Ahmed Benrqi (Oujda, Maroc)
Alexandra Berankova (Ostrava, Tchéquoie)
Jan Cimiski (Prague, Tchéquoie)
Enzo Desana (Turin, Italie)
François Dethier (Lernieux, Belgique)
Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)
Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquoie)
Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)
Moumar Gueye (Dakar, Sénégal)
Fakhreddine Hafani (Tunis, Tunisie)
Pavel Hlavinka (Opava, Tchéquoie)
Kapouné Karfo (Ouagadougou, Burkina Faso)
Baba Koumare (Bamako, Mali)
Mohamed Lakloui (Marrakech, Maroc)
Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)
Ola Lindgren (Karlstad, Suède)
Nasser Loza (Le Caire, Égypte)
Mary-Kay Nixon (Victoria, Colombie)

Britannique, Canada)
Valère Nkelzok (Douala, Cameroun)
Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)
Maria Socolsky (Buenos Aires, Argentine)
Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)
Petr Taraba (Opava, Tchéquoie)
Raymond Tempier (Saskatoon, Saskatchewan, Canada)
Bertrand Tirt (Gatineau, Québec, Canada)
Mathieu Tognidé (Bénin)

■ Conseil Scientifique

Thierry Alberne (Antibes)
Charles Alezrah (Thuir)
Dominique Arnaud (Avignon)
Charles Aussilloux (Montpellier)
Michel Bartel (Pierrefeu)
Jean-Pierre Baucheron (Marseille)
Denise Beaudouin (Marseille)
Moïse Benadiba (Marseille)
Henri Bernard (Avignon)
Marie-Hélène Bertocchio (Aix)
Daniel Bley (Arles)
Carmen Blond (Avignon)
Thierry Bottai (Martigues)
Jean-Philippe Boulenger (Montpellier)
Stéphane Bourcet (Toulon)
Jean-Louis Champot (Aix)
Yves Coquelle (Pierrefeu du Var)
Boris Cyrulnik (Toulon)
Rémi Defer (Aix)
Françoise Deramond (Toulouse)
Myriam Duprat (Montpellier)
Dominique Étienne (Pierrefeu du Var)
Fanny Frey (Avignon)
Marie-France Frutoso (Uzès)
Robert Julien (Marseille)
Dimitri Karavokyros (Laragne)
José Lamana (Avignon)
Christian Mejean (Pierrefeu du Var)
Jean-Luc Metge (Martigues)
Gérard Mosnier (Avignon)
Dominique Paquet (Avignon)
Dominique Pauvarel (Pierrefeu)
Régis Polverel (Martigues)
Nadine Pontier (Montpellier)
Jean-Marie Potoczek (Pierrefeu)
Madeleine Pulcini (Lyon)
Gérard Pupeschi (Aix)
Dominique Pringuey (Nice)
Marie Rajablat (Toulouse)
Edmond Reynaud (Avignon)
Yves Rousselot (Aix)
Mohand Soulali (Avignon)
René Soulayrol (Cassis)
Jean-Pierre Suc (Avignon)
Nicole Vernazza (Arles)

■ Directeur honoraire fondateur

Thierry Lavergne (Paris)

Abonnement

– Bulletin d'abonnement –

Abonnement pour un an à la revue *Psy Cause* : 40 € à partir du n° (sauf n° épuisés).

Le bulletin d'abonnement rempli ainsi que son règlement à l'ordre de *Psy Cause* sont à envoyer au trésorier de la revue :

Michel Bayle
La Méridienne, route de Belle Croix 13520 Le Paradou

Nom et prénom

Adresse professionnelle

Code postal..... Ville.....

et Instructions aux auteurs

Toute proposition d'article devra être formulée et envoyée à : Dr J.-P. Bossuat, Centre hospitalier de Montfavet 84143 Montfavet cedex.

Le comité de rédaction est seul juge de l'acceptation ou non d'une communication.

Contenu de l'article

- L'article doit être obligatoirement constitué des rubriques suivantes :
- **Titre de l'article**
- **Photographie de l'auteur** (type photo d'identité)
- **Nom de l'auteur**, qualité, adresse
- **Résumé** : 100 à 150 mots en langue française, exposant succinctement l'objet de l'article
- **Corps de l'article**
L'article peut être constitué de une ou plusieurs parties selon les besoins de l'exposé.
Les photographies, graphiques, dessins sont désignées sous le terme générique de « Figures ». Elles seront numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (dans lequel doit exister un appel de figure).
Les légendes des figures sont séparées du reste de l'article.
- **Bibliographie** :
Pour un livre, les mentions suivantes doivent apparaître : Auteurs (nom, prénom), titre (en italique), tome (si nécessaire), ville, maison d'édition, n° d'édition (si ce n'est pas la première), année, nombre de pages, pages de référence.

Pour un article, dans une revue : Auteurs (nom, prénom), titre de l'article entre « », le nom de la revue (en italique), le n° de volume, l'année, le n° des première et dernière page de l'article.

Instructions techniques

Texte

Le texte doit être dactylographié. Il sera fourni une version sur papier et une version informatique (fichier.doc ou .rtf) sur disquette ou par mail.

Figures

Les photographies seront fournies sur papier glacé, d'un format minimum de 6 x 9 cm. Au dos du cliché, apparaîtra le nom de l'auteur, le numéro de la figure.

Les diapositives sont également acceptées, portant les mêmes informations que ci-dessus.

Les graphiques et dessins doivent être d'un format et d'une netteté suffisants pour permettre une parfaite lisibilité une fois reproduits.

Les figures fournies dans une version informatique, doivent être enregistrées dans des fichiers séparés, dans un format .tif, .eps ou .jpg. La version informatique doit impérativement être accompagnée d'une version papier de bonne qualité.

Tableaux

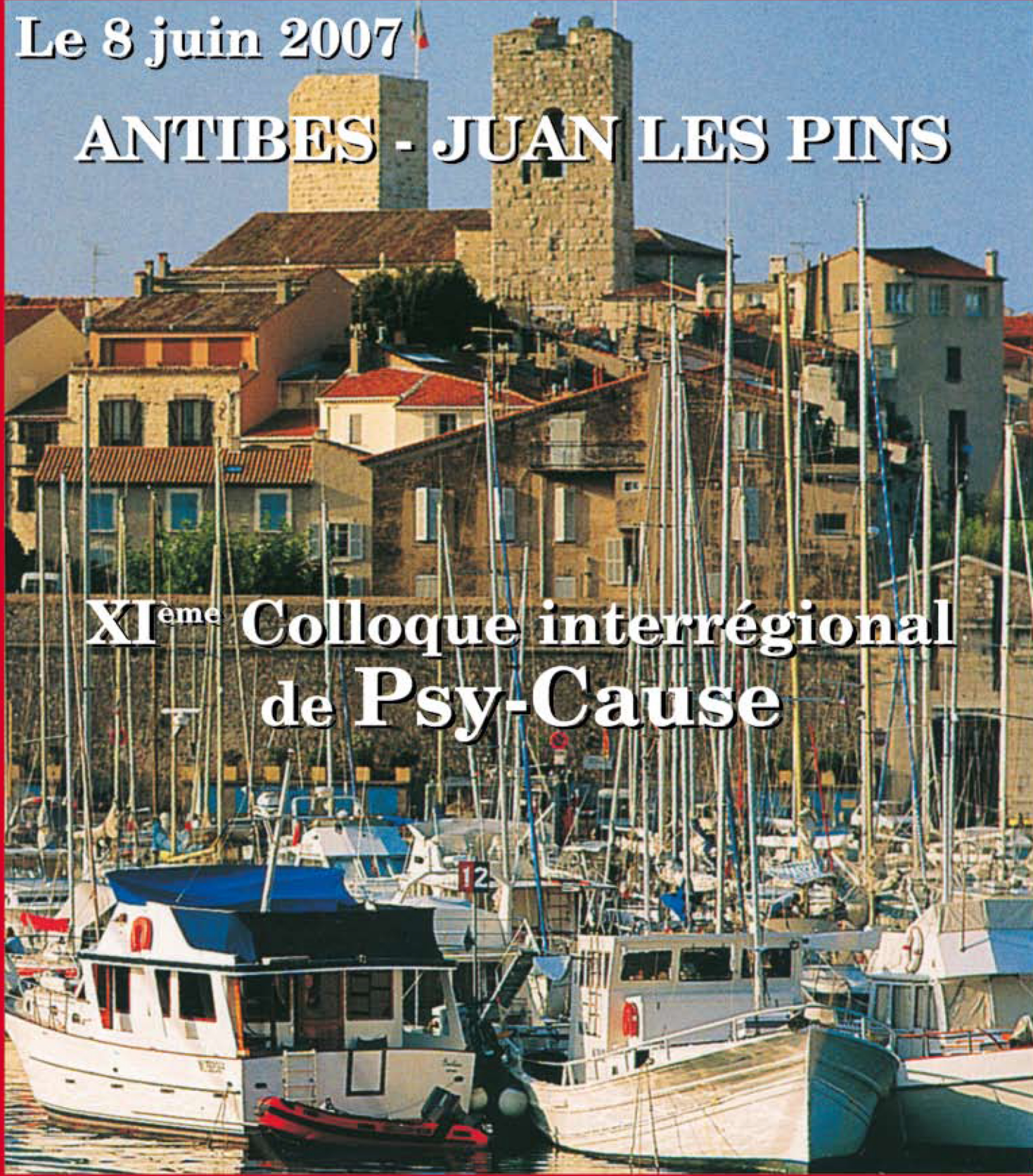
Comme pour le texte, les tableaux seront fournis dans une version sur papier et une version informatique (fichier).

LES THÉRAPIES BRÈVES : MYTHE OU RÉALITÉ ?

Thérapie systémique, TCC, Psychanalyse, Chimiothérapie.

Le 8 juin 2007

ANTIBES - JUAN LES PINS



**XI^{ème} Colloque interrégional
de Psy-Cause**

**Renseignements : Dr Carole Mitaine
Centre Hospitalier d'Antibes - Juan les Pins**

RN7 - Quartier la Fontonne - 06606 Antibes Cedex - Tél: 04 92 91 77 43