

EDITORIAL

G. Massé

Il n'y a pas de santé mentale sans territorialité

Il apparaît de plus en plus évident que les grands enjeux de santé sont des enjeux auxquels on ne peut qu'apporter des réponses à des échelles territoriales adaptées, au moment où s'affirme la régionalisation. Pourtant la « découverte » du territoire par les secteurs de santé a été lente, en dehors de la sectorisation psychiatrique qui s'était donnée pour objectifs, dès les débuts de la cinquième république, l'égalité de l'accès aux soins, la prise en compte de la chronicité autant que de l'acuité, l'élargissement du champ médical de la pathologie à l'accompagnement social et médico-social.

Alors que l'avance prise par la sectorisation psychiatrique en terme de territorialité s'est érodée, l'ordonnance du 4 septembre 2003 représente une opportunité pour tenter de résoudre les problèmes d'adaptation qui se sont accumulés et qui participent en grande partie au malaise actuel.

Sans remettre en cause les progrès qu'elle a permis, on peut relever que la sectorisation dans ses principes mêmes n'a pas, comme le demandait la circulaire de mars 1960, pu prendre en compte les variations des besoins des populations. Un aspect devenu normalisant a limité l'équité recherchée : les secteurs ne sont pas homogènes et on relève peu de complémentarité entre eux. On ne peut pas le cacher, la conséquence est celle d'une iniquité persistante des réponses en santé mentale.

Une réflexion large, sur le découpage sectoriel le mieux adapté possible à la satisfaction des besoins, s'impose. Elle ne saurait être considérée comme une condamnation du découpage actuel mais comme une évidente nécessité face à une désuétude confrontée à des problèmes contemporains que l'on ne pouvait imaginer il y a 30 ou 40 ans.

(suite page 3 ➡)

Dépression unipolaire avec caractéristiques psychotiques :

Définition, autonomie et intérêt des antipsychotiques atypiques

FMC P. Roux

Depuis le début des années 1990, la dépression psychotique ou délirante fait l'objet d'un débat théorique important : constitue-t-elle un sous-type autonome (c'est-à-dire un syndrome distinct) d'état dépressif majeur ?

C'est, en tout cas, une maladie fréquente dont la prévalence en population générale a été évaluée à 0,4% (1). 25% des patients hospitalisés pour épisode dépressif majeur rassembleraient les critères du diagnostic d'un état dépressif majeur avec des caractéristiques psychotiques (2). Chez les personnes âgées authentiquement déprimées, ce pourcentage s'élève à 45%. Malheureusement, ce diagnostic reste difficile à poser car le caractère délirant et les hallucinations sont souvent occultés ou intermittents.

L'histoire de ce syndrome est relativement ancienne : la signification des symptômes psychotiques a été explorée avant même l'introduction de l'électroconvulsivothérapie, notamment comme élément prédictif d'une évolution péjorative. L'introduction de

l'ECT dans les années 1950 n'a pas montré de spécificité dans le taux de réponse de ces formes de dépression, au contraire de l'introduction des traitements antidépresseurs tricycliques auxquels ces patients restaient inexplicablement résistants.

Paradoxalement, le terme de « dépression psychotique » dans la littérature européenne a souvent désigné un syndrome caractérisé par des signes neurovégétatifs prononcés, indépendamment de toute manifestation psychotique en tant que telle : ainsi, dans le DSM-2 (1968), les idées délirantes ou les hallucinations n'étaient pas nécessaires au diagnostic de cette pathologie.

Dans le DSM-3 (1980) et 3-R (1987) le qualificatif dimensionnel des caractéristiques psychotiques se définit par la présence d'hallucinations ou d'idées délirantes qui reflètent plus le degré de sévérité de la maladie dépressive qu'une caractéristique à part entière, notamment sous l'influence d'Akiskal (3) qui a unifié tous les modèles conceptuels disparates de la

(suite page 3 ➡)

La pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire

PRATIQUES

Entretien avec Laurent Michel

Laurent Michel et Betty Brahmy viennent de publier aux éditions Heures de France un *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*. Il s'agit, véritablement, d'un ouvrage de référence qui permet d'appréhender, sous tous ses aspects et de tous les points de vue, une pratique de soin dont l'intérêt apparaît considérable non seulement pour le milieu pénitentiaire et tous ceux qui y sont engagés. Un tel ouvrage, intéressera, bien au delà des équipes impliquées au quotidien par ce type de soins, à commencer par tous ceux qui n'appartiennent pas au domaine strictement sanitaire tout en offrant un cadre technique très complet, vivant et référencé.

Gérard Massé : Ton livre commence par un entretien avec Paul Hivert publié en 1989 mais particulièrement

éclairant sur la préhistoire des soins psychiatriques en prison. Peux-tu rappeler le rôle de ce pionnier ?

Laurent Michel : Paul Hivert est l'un des pionniers de la psychiatrie pénitentiaire et de son passage de la tutelle judiciaire à la tutelle sanitaire avec la circulaire santé-justice de 1977. Il a largement permis le débroussaillage d'une pratique nouvelle, difficile et tendue, sous le regard parfois hostile des intervenants pénitentiaires mais aussi de ses collègues psychiatres. Il a exercé à Château-Thierry et au centre national d'orientation des prisons à Fresnes, structure unique en France permettant une évaluation multidisciplinaire et l'orientation de détenus condamnés à de longues peines.

A partir de 1961, il a exercé au Centre Médico-

(suite page 8 ➡)

AU SOMMAIRE
EDITORIAL

Il n'y a pas de santé mentale sans territorialité p.1

FMC

Dépression unipolaire avec caractéristiques psychotiques p.1

PRATIQUES

La pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire p.8

ENQUÊTE

Représentations sociales des troubles schizophréniques chez les soignants p.10

CLINIQUE

Syndrome prémenstruel et trouble de la personnalité p.12

Les troubles bipolaires précoces p.13

Etude d'association entre le trouble déficit attentionnel et hyperactivité et les gènes du transporteur de dopamine et du transporteur de sérotonine p.15

ANNONCES
PROFESSIONNELLES p.17

PRIX INITIATIVES CHIESI

Les spécificités du suivi post-hospitalier du patient en psychiatrie p.18

CINÉMA

Harry Potter et la coupe de feu p.19

ANNONCES EN BREF p.23

Représentations sociales des troubles schizophréniques chez les soignants

ENQUÊTE D. Leguay, B. Lièvre, F. Lamotte

Les représentations sociales des troubles schizophréniques sont péjoratives dans la population générale. De multiples enquêtes en attestent. Mais qu'en est-il chez les personnes qui sont chargées des soins qui leur sont dispensés, et chez leurs proches, c'est-à-dire chez tous ceux qui sont avec eux dans un rapport de familiarité, de proximité, et de liens interpersonnels ? Une courte enquête auprès de ces catégories de personnes a été effectuée à l'occasion du lancement d'une petite lettre consacrée à la réhabilitation psychosociale, et souhaitant associer ses acteurs. Les résultats obtenus, que nous décrirons, vont nous permettre de discuter l'évolution de l'image de la schizophrénie en psychiatrie, et par suite d'en souligner les enjeux, non seulement pour le patient mais aussi en termes de politique de santé mentale.

Méthode
Présentation du questionnaire

L'enquête présentée est une enquête nationale, réalisée par l'intermédiaire d'un journal dans la phase promotionnelle de sa diffusion (6.000 ex.). Le questionnaire proposé comportait vingt questions adressées à des généralistes, des psychiatres, des personnels paramédicaux (infirmières, aide soignants, cadres de santé), des psychologues et des professionnels du champ social. Des familles et usagers des services psychiatriques, sollicités, ont également répondu. Il explorait la manière dont était perçue :

- la nature de la maladie (questions 1, 2, 6, 7)
- la dangerosité des patients schizophrènes (questions 3, 4, 5)

(suite page 10 ➡)

NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

Vous pouvez consulter l'intégralité de nos éditions, vous abonner ou consulter nos archives sur notre site

www.nervure-psy.com