

NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

MAI 2006 1

ISSN 0988-4068

n°4 - Tome XIX - 05/2006

Tirage : 10 000 exemplaires

Directeur de la Publication et de la

Rédaction : G. Massé

Rédacteur en chef : F. Caroli

Rédaction : Hôpital Sainte-Anne,

1 rue Cabanis - 75014 Paris

Tél. 01 45 65 83 09 - Fax 01 45 65 87 40

Abonnements :

54 bd La Tour Maubourg - 75007 Paris

Tél. 01 45 50 23 08 - Fax 01 45 55 60 80

Prix au numéro : 9,15 €

E-mail : info@nervure-psy.com

www.nervure-psy.com

EDITORIAL

G. Massé

Comment peut-on ne pas anticiper ?

La densité moyenne des psychiatres demeure élevée en France et a encore augmenté en 2004. Par contre, la disparité de répartition (quel que soit le type de pratique : libérale, publique ou associative) dans les régions, les départements et surtout au sein d'espaces infradépartementaux, laisse de façon croissante apparaître de véritables « zones blanches ».

Ne rien imaginer de novateur, de curatif dans les zones blanches constituées (certaines zones rurales et maintenant périurbaines), de préventif dans les zones qui sont amenées à le devenir, équivaut à laisser dépérir, insidieusement la situation avec, à court terme, des conséquences, dans beaucoup d'endroit, douloureusement perceptibles. Il n'existe pas de solution unique. Les réponses possibles concernent l'organisation du dispositif de soins et apparaissent interactives avec les autres données de la politique de santé publique. Elles interrogent, en premier lieu, tous les professionnels de la psychiatrie et peuvent prendre un aspect expérimental devant donner lieu à évaluation. L'espace restreint d'un éditorial ne permet que d'en citer certaines :

- transfert de compétence entre professionnels (tâches transférables et non transférables) selon, notamment l'arrêté du 13 décembre 2004,

- création de centres de régulation concernant les demandes de prise en charge,

- adaptation des règles d'affectations des praticiens hospitaliers, notamment au profit de territoires de santé,

- instauration de réseaux de soins à distance (télépsychiatrie).

Rappelons que les psychiatres français étaient au nombre de 800 en 1968 et que les pionniers du secteur, dans les années 70, n'osaient espérer à terme 4 000 psychiatres, sans trop y croire. Nous sommes actuellement trois fois plus. ■

Démence à corps de Lewy

FMC F. Gaillot

La démence à corps de Lewy est la deuxième cause de démence (20% des cas) chez le sujet âgé après la maladie d'Alzheimer. Il s'agit d'une maladie neurodégénérative à légère prédominance masculine qui apparaît vers 75-80 ans. Elle évolue progressivement vers une démence avancée avec syndrome parkinsonien en 5 à 7 ans.

L'expression de cette maladie est polymorphe et ces patients peuvent être hospitalisés en neurologie, en psychiatrie, en gériatrie ou en médecine générale. L'importance d'un diagnostic précoce est néanmoins capitale car les implications thérapeutiques peuvent en modifier le pronostic

Physiopathologie

La démence à corps de Lewy (DCL) a été découverte lors d'autopsies de personnes âgées démentes par la mise en évidence de corps de Lewy. Ce sont des agrégats pathologiques d'alpha-synucléine sous forme d'inclusions neuronales intracytoplasmiques sphériques et éosinophiles, situées au niveau du tronc cérébral (locus niger et locus coeruleus), du cortex limbique et paralimbique et du cortex cérébral (temporal, frontal et pariétal).

On peut aussi retrouver des lésions anatomopatho-

logiques de la maladie d'Alzheimer (dépôts de β amyloïde, plaques séniles), une perte neuronale prédominante dans le tronc cérébral, une microvacuolisation et une perte synaptique, des anomalies neurochimiques et un déficit des neurotransmetteurs.

Diagnostic clinique

Le tableau 1 propose les critères du diagnostic clinique de la démence à corps de Lewy.

Le critère indispensable est la détérioration des fonctions cognitives corticales et sous-corticales.

Les troubles mnésiques ne sont pas toujours présents au début de la maladie mais se développent chez la plupart des patients pour conduire à une démence avancée sur plusieurs années.

La détérioration touche principalement la mémoire de rappel à la différence de la maladie d'Alzheimer caractérisée par une amnésie antérograde.

Il existe aussi dans la démence à corps de Lewy un déficit de la capacité d'attention, de concentration, des fonctions exécutives et de la performance visuo-spatiale.

Des tests psychométriques permettent de différencier les deux maladies à un stade précoce.

(suite page 3 ➔)

Le comte Robert de Montesquiou-Fezensac

LITTÉRATURE J.-P. Rondier, M. Ducluzaux, F. de Montleau

Le dandysme, indique Baudelaire dans ses « *Curiosités esthétiques* »⁽¹⁾, est une institution en dehors des lois et qui impose ses lois rigoureuses à des êtres qui n'ont pas d'autre état que de cultiver l'idée du beau dans leur personne. Qu'est-ce donc, s'interroge-t-il, que cette passion qui, devenue doctrine, a formé une caste si hautaine ? C'est avant tout le besoin ardent de se faire une originalité, contenu dans les limites extérieures des convenances. C'est une espèce de culte de soi-même, qui peut survivre à la recherche du bonheur à trouver dans autrui, dans la femme par exemple ; qui peut survivre même à tout ce qu'on appelle les illusions. Cette réponse, comme d'autres, n'épuise pas le mystère du Dandysme. Elle met avec justesse en exergue le repli narcissique du Dandy en réponse à une difficulté de trouver le bonheur dans la sexualité, voire d'une manière plus générale dans les relations objectales. Le dandysme s'aff-

irme en ce sens « invention » destinée à négocier le rapport avec la réalité pour une constitution psychique donnée. Néanmoins, n'en déplaie à Baudelaire, sans doute ne se distingue-t-il en rien des « illusions » dont nous nous soutenons habituellement dans l'existence. C'est dans la métapsychologie freudienne que nous trouvons des éléments théoriques qui nous permettent de prolonger notre réflexion et de jeter une lumière sur la personnalité complexe et ambiguë d'un représentant éminent du dandysme français, Robert de Montesquiou.

Histoire clinique

Le comte Robert de Montesquiou est né à Paris le 19 mars 1855. Sa naissance l'a comblé de beaucoup de dons. Il descend d'une des plus anciennes familles

(suite page 6 ➔)

AU SOMMAIRE

EDITORIAL

Comment peut-on ne pas anticiper ? p.1

FMC

Démence à corps de Lewy p.3

LITTÉRATURE

Le comte Robert de Montesquiou-Fezensac p.6

ENTRETIEN AVEC

Frédéric Paquereau Les indiscrétions du fauteuil d'un psychiatre p.7

ORGANISATION DES SOINS

Le système de réadaptation au Québec : naviguer dans l'ambiguïté ? p.8

PSYCHOTHÉRAPIE

Pour une psychothérapie enfin démocratique p.10

PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

Notre maison des adolescents p.13

QUESTIONS À P.-M. LLORCA

L'efficacité, nouveau critère d'évaluation des traitements dans la schizophrénie p.14

PLAN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE p.15

THÉRAPEUTIQUE

Etude auprès de patients souffrant de pathologies schizophréniques p.16

Implication des psychiatres dans le traitement des co-infections VIH/VHC p.18

ANNONCES PROFESSIONNELLES p.19

ANNONCES EN BREF p.22

Les indiscrétions du fauteuil d'un psychiatre

Entretien avec Frédéric Paquereau

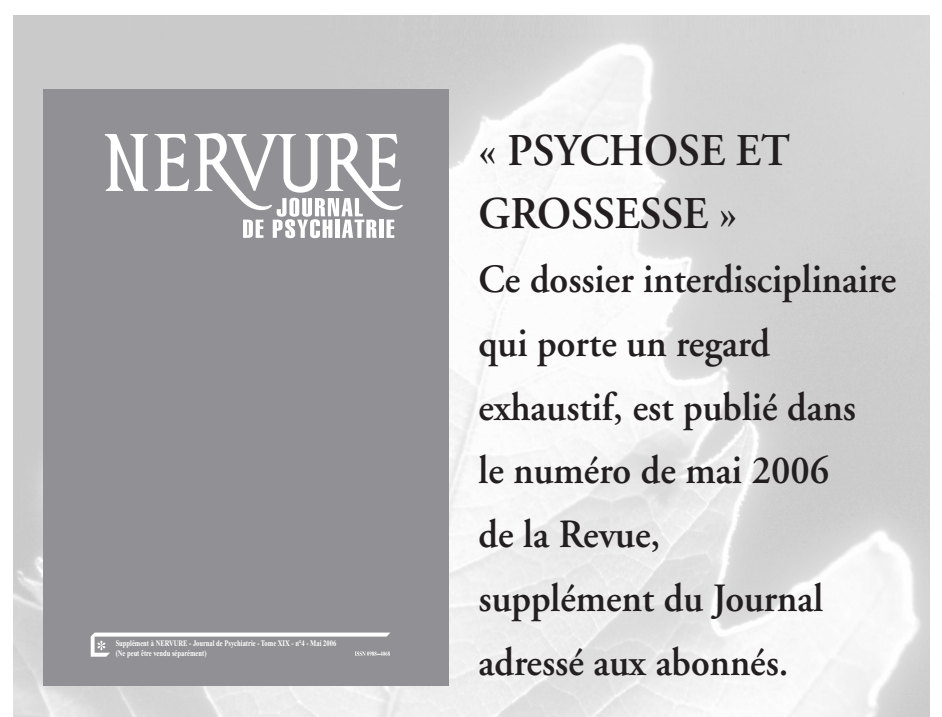
Frédéric Paquereau qui est psychiatre à Nantes vient de publier « *Les indiscrétions du fauteuil d'un psychiatre* »*.

Un de ses hobbies est la photographie. On ne s'étonnera donc pas que son livre soit constitué, justement, par une série d'instantanés, des moments de la consultation du psychiatre rendus avec fraîcheur et humour. Ce sont là autant d'« arrêts sur images ».

Voici un livre qui explique à ceux qui ne connaissent pas notre pratique – vos proches ... ou vos administratifs – ce qu'elle est, en la saisissant « sur le vif ». Et pour les professionnels, c'est là un miroir sensible dans lequel on prend plaisir à voir se dérouler nos journées, décrites non sans légèreté et même poésie. « *Je suis fier de ma fonction, trônant sur mon kilim, témoin insoupçonné de la rencontre qui s'opère, de l'alchimie qui se joue et se déjoue, à chaque instant, entre*

mon psychiatre et tous ses patients qui viennent déverser leur flot de paroles. Je suis le témoin des histoires qui se succèdent, d'heure en heure, dramatiques, banales, uniques. Témoin des colères qui s'expriment enfin, des pleurs qui se font jour, des émotions qui submergent, des angoisses qui se réveillent, des silences qui refusent de dire leur sens. Témoin des joies de la révélation, des plaisirs de l'association, des découragements face à l'énormité de la tâche, des abandons liés à la lenteur du travail. Témoin de l'aventure qui se déroule là, dans ce va-et-vient du passé au présent, du conscient à l'inconscient. J'observe l'un, j'observe l'autre. J'écoute l'avalanche des mots de l'un et l'offre parcimonieuse de l'autre. Pour rien au monde je ne laisserais ma place, je ne mettrais un terme à cette expérience, je ne quitterais ce voyage ».

(suite page 7 ➔)



« PSYCHOSE ET GROSSESSE »

Ce dossier interdisciplinaire qui porte un regard exhaustif, est publié dans le numéro de mai 2006 de la Revue, supplément du Journal adressé aux abonnés.