

## ■ EDITORIAL

G. Massé

## Une logique de territoire

L'extension de la psychiatrie à des domaines où elle n'apparaît ni majoritaire, ni prioritaire, mais seconde sans être marginale, comme les urgences, la psychiatrie de liaison, l'adictologie, l'exclusion, le handicap, les personnes âgées, les adolescents, a été interprétée de deux façons. La première voit, dans la prise en charge de la souffrance psychique, une dilution de la psychiatrie dans une nouvelle idéologie, taxée de « *santé mentale* », où la psychiatrie perdrait son identité. La seconde considère que cette intégration de la psychiatrie ne signifie pas sa banalisation, son nivellement ou un déni de son identité mais, au contraire, la reconnaissance du travail accompli par les psychiatres dans de nouveaux champs et domaines d'activité au profit d'une conception véritablement dynamique de la discipline.

Au niveau géographique, l'application de la notion de territoire à la psychiatrie comme espace partagé avec d'autres disciplines n'est que la déclinaison logique du concept de SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) unique.

Les secteurs sanitaires se sont révélés peu capables de s'adapter à de véritables zones d'attraction hospitalières, notamment dans les grandes agglomérations. Leur remplacement par des bassins de santé, pôles sanitaires, avec hiérarchisation des territoires, a permis des démarches concrètes.

D'autres outils ont été promus :

- au niveau infra-sectoriel : les bassins de proximité, de naissance, de chirurgie, des pôles de coopération sanitaire ;
- au niveau interrégional : les urgences et les SMUR, la cancérologie, l'IRM, l'étude des besoins de santé.

Le reproche principal adressé à ces découpages repose sur la surdétermination de l'offre de soins qui entérine d'éventuelles inégalités d'équipements sanitaires, sans rien dire de la

(suite page 2 ➡)

## ■ FMC

R. Delorme, M.C. Mouren-Simeoni

## Prise en charge du trouble obsessionnel-compulsif chez l'enfant et l'adolescent

Pitres et Régis (1902)<sup>(18)</sup>, Janet (1903)<sup>(13)</sup>, Freud (1909)<sup>(6)</sup> observèrent, les premiers, la présence d'obsessions et de compulsions chez des enfants et des adolescents. Alors que la névrose obsessionnelle de l'enfant et de l'adolescent semblait une pathologie peu fréquente (0,02%)<sup>(4)</sup>, les études épidémiologiques récentes ont montré que le Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) avait une prévalence 20 fois supérieure à celle estimée antérieurement<sup>(12)</sup>. Cependant, ce trouble reste largement méconnu et sous-diagnostiqué alors même que 80% des adultes atteints, le sont depuis l'enfance. La prise en charge du TOC de l'enfant et de l'adolescent nécessite, outre une bonne connaissance de ses caractéristiques cliniques, d'avoir évoqué puis éliminé les diagnostics différentiels, d'avoir évalué avec rigueur l'intensité de ce trouble, afin de permettre au pédopsychiatre d'orienter ses choix thérapeutiques. Nous aborderons, au cours de cet article, ces différents aspects.

### Caractéristiques cliniques du Trouble Obsessionnel Compulsif de l'enfant et de l'adolescent

Le TOC de l'enfant est l'un des rares troubles dont l'expression clinique est peu différente de celle observée chez l'adulte. Les enfants et les adolescents se plaignent d'avoir des obsessions, c'est-à-dire des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations persistantes, intrusives et inappropriées, qui entraînent une anxiété ou une souffrance importantes<sup>(3)</sup>. Pour réduire cette anxiété, ou encore la prévenir, les patients ont des comportements ou réalisent des actes mentaux répétitifs<sup>(3)</sup>. Cependant, à la différence des adultes, les enfants reconnaissent, souvent plus difficilement, la nature excessive de leurs inquiétudes ou de leurs habitudes, ou encore dénie la signification de leurs symptômes. En fonction de leur déve-

(suite page 3 ➡)

## La laïcisation de l'asile clinique Sainte-Anne

■ HISTOIRE M. Goudemand

L'article que j'ai rédigé sur la laïcisation de l'Asile Clinique Sainte-Anne ne se veut nullement polémique et j'ai voulu apporter la plus stricte neutralité dans ce texte qui, néanmoins, est révélateur de certains comportements dans cet Etablissement.

Les faits se situent, approximativement, de 1875 à 1888. La situation civique de la France, à cette époque, est la résultante, encore proche, de l'alliance de l'Eglise et du régime bonapartiste qui fait basculer dans l'anticléricalisme l'opposition républicaine.

La troisième République vient de naître et les premières mesures anticléricales utilisent les droits de l'Etat sur l'Eglise pour déchristianiser un certain nombre d'institutions, notamment l'enseignement.

La laïcisation de l'Asile Clinique Sainte-Anne se situe sur ce fond de pensée mais pour le Docteur Désiré Magloire Boumeville, Médecin-Chef créateur de la sec-

tion des enfants de l'Hôpital de Rtcêtre et membre de la Commission de surveillance des Asiles de la Seine, tête de file de cette opération, il s'agit essentiellement de dénoncer les pratiques des religieuses, notamment, et des aumôniers des Asiles. Il reproche aux religieuses leur incompétence médicale, leur manque d'humanité et de générosité à l'égard des patients, leur prosélytisme permanent et poussé et leur dureté dans certains cas. Quant aux aumôniers, ses reproches se substituent sur leur comportement à l'égard des malades qu'il juge néfaste, mais surtout sur les conditions matérielles qu'il estime scandaleuses de leur existence à l'Asile.

En conclusion, ces faits sont révélateurs d'une situation qui s'inclue dans le contexte civique et politique de cette époque.

(suite page 6 ➡)

## ■ AU SOMMAIRE

## FMC

Prise en charge du trouble obsessionnel-compulsif chez l'enfant et l'adolescent p.1



**HISTOIRE**  
La laïcisation de l'asile clinique Sainte-Anne p.6

## HUMEUR

2004, un nouvel homme pour la Maison-Blanche p.7

## MÉDICO-LÉGAL

Hospitalisation à la demande d'un tiers : le tiers en question p.8

## SUICIDOLOGIE

Les lettres d'adieu des suicidés p.10

## ÉPIDÉMIOLOGIE

Le vécu psychologique des avocats parisiens p.12

## ART ET PSYCHIATRIE

La psychiatrie devant le surréalisme et Psychiatrie et arts plastiques p.13

## CLINIQUE

Le syndrome post-avortement p.14

Etat de stress post-traumatique en pédiatrie p.16

## THÉRAPEUTIQUE

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité p.18

## ANNONCES PROFESSIONNELLES

ANNONCES EN BREF p.22

Entre les pages 12 et 13, encart de 4 pages IXEL, Laboratoires Pierre Fabre.

## Hospitalisation à la Demande d'un Tiers : le tiers en question

■ MÉDICO-LÉGAL

P.F. Godet et coll.

Les conditions légales déterminant l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) sont connues de tous : existence d'un trouble mental imposant des soins psychiatriques en milieu hospitalier spécialisé, et rendant le patient incapable de consentir à ses soins. La loi du 27 juin 1990 fixe les conditions relatives au statut du tiers, ses motivations et les modalités de son intervention. La jurisprudence a confirmé et précisé les conditions et limites de l'action du tiers. Cette jurisprudence oblige aussi l'administration hospitalière à préciser sa position lorsque le tiers est un assistant social de l'établissement d'accueil.

Enfin, le cas de fonctionnaires de police dans l'exercice de leur fonction se proposant comme tiers pose, encore, de nouvelles questions.

## Les textes

L'article L3212.1 impose trois conditions : l'existence de « *troubles mentaux* », la nécessité de « *soins*

*immédiats (...)* en milieu hospitalier », et l'impossibilité du patient à consentir aux soins en raison de ses troubles. Ainsi, un malade peut relever de soins psychiatriques ambulatoires, et consentir à ces soins ambulatoires. En toute rigueur, au moment de mettre en place une HDT le médecin ne se prononce pas sur la capacité à consentir aux soins ambulatoires, mais exclusivement sur la capacité à consentir à des soins hospitaliers lorsque ceux-ci sont nécessaires. Les textes n'excluent donc pas que le médecin laisse repartir librement un patient qui lui fait la promesse fallacieuse de suivre un soin ambulatoire, à condition qu'il ne relève pas de soins immédiats en milieu hospitalier. D'autre part, la loi n'autorise donc pas d'imposer des soins somatiques à un malade mental qui les refuse, même si son incapacité à consentir aux soins somatiques trouve son origine dans son trouble mental. L'imposition de soins somatiques à un patient, qu'il soit malade mental ou non, relève d'autres dispositions (patient hors d'état d'exprimer sa volonté, (suite page 8 ➡)

# 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](http://www.nervure-psy.com)