

NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

www.nervure-psy.com

ISSN 0988-4068
n° 6 - Tome XVII - Septembre 2004
Tirage : 10 500 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

■ EDITORIAL

G. Massé

Le secteur vous dis-je

Le secteur psychiatrique, contrairement au secteur sanitaire, peut être défini comme un contenant et un contenu, et c'est, sans doute, cette vision qui a expliqué son succès.

Il se veut, d'abord, (c'est son aspect territorial) un outil de répartition des équipements dans le cadre d'un zonage afin d'assurer la proximité des soins. C'est ensuite un instrument fonctionnel qui permet à une même équipe pluridisciplinaire d'assurer la prévention, les soins et la réinsertion, avec une identité soignante permettant l'articulation entre le dedans et le dehors, exprimant, ainsi, la notion fondamentale de continuité des soins, « *traduction administrative de la notion de transfert* ».

Enfin, il exprime une philosophie et une politique de soins proche du SROS actuel, à la fois contenant et contenu d'une politique de santé mentale qui promeut la désinstitutionnalisation progressive ainsi qu'une démarche généraliste, psychodynamique, non discriminante, s'opposant, ainsi, à une segmentation d'activité et à une prise en charge du patient, centrée sur ses seuls symptômes. Son option généraliste en fait un instrument « *bon à tout faire* », qui réfute, logiquement, la hiérarchisation des soins.

Les aspects positifs sont considérables. Sans secteur, la désinstitutionnalisation serait restée lettre morte. Le renforcement d'une offre de proximité intrahospitalière (implantation dans les hôpitaux généraux) comme extrahospitalière (virage ambulatoire), certes encore insuffisant, a été porté et soutenu par la démarche sectorielle, concrétisant ainsi l'accessibilité et la continuité des soins. Dans ces conditions, la qualité de vie des patients, en particulier celle des malades les plus graves a été, considérablement, améliorée.

Mais plus que son aspect organisationnel, c'est la philosophie du secteur qui emporte l'adhésion. Loin de l'approche réductionniste et

(suite page 3 ➡)

■ FMC J. Durand, E. Gallois, M.-J. Guedj

Le syndrome malin aux neuroleptiques

En 1960, Delay et Deniker évoquent, pour la première fois, le syndrome malin, puis le décrivent en 1968 comme « *le plus grave, mais aussi le plus rare et le moins connu des effets secondaires des neuroleptiques* »⁽⁸⁾. Depuis, de nombreux auteurs se sont intéressés à cette pathologie, dont l'évolution reste potentiellement fatale. Cependant, le faible nombre de cas rapportés, et l'absence de consensus actuel autour des critères diagnostiques, rendent les études contrôlées difficiles. La compréhension physiopathologique est, également, incomplète et il n'y a pas de recommandations claires concernant la prise en charge thérapeutique de ce syndrome. Cet article propose une revue de la littérature et une synthèse des connaissances actuelles.

Diagnostic

Clinique

La première description clinique en 1968 regroupe un syndrome « *paleur et hyperthermie* », des symptômes psychomoteurs (akinésie ou hypertonie), et parfois des symptômes pulmonaires (dyspnée, signes d'as-

phyxie)⁽⁸⁾. En 1985, Levenson propose des critères diagnostiques utilisés par la suite dans des études cliniques⁽²⁰⁾. D'autres sont publiés par Caroff et Mann en 2001⁽⁴⁾.

Le DSM IV propose également des critères diagnostiques pour la recherche⁽¹⁰⁾.

Finalement, le syndrome malin se manifeste par 4 grands types de signes cliniques :

- une hyperthermie inexplicite (>38°C),
- des symptômes extra-pyramidaux (hypertonie, akinésie),
- des troubles de la conscience et/ou des troubles psychiques (agitation, excitation, stupeur, catatonie, confusion, coma...),
- et des signes dysautonomiques (paleur, sueurs profuses, tachycardie, labilité tensionnelle, tachypnée, incontinence, sialorrhée, dysphagie...).

On peut noter que 3 cas de syndrome malin sans fièvre ont été rapportés dans la littérature en 2000⁽²⁸⁾, alors que, déjà en 1986, Shalev et Munitz évoquaient l'existence de formes frustes, sans fièvre ou sans rigidité⁽³⁴⁾.

(suite page 3 ➡)

L'architecture hospitalière à Lille

■ ARCHITECTURE M. Cabal

L'hospice Comtesse, connu seulement comme musée ; l'Hôpital Général, ignoré des guides touristiques ; la Charité «interdite» de protection « Monuments Historiques » ; la Cité Hospitalière, toujours à l'ombre de la ville ... tout cela montre le peu d'intérêt porté au patrimoine hospitalier lillois. Et, pourtant, l'étude et la visite de ces établissements, et de quelques autres, permettent de retracer huit siècles, si ce n'est toute l'histoire de l'architecture hospitalière en France.

Cet article a pour but de présenter les principaux hôpitaux lillois, de manière chronologique et typologique, en examinant pour chacun d'eux l'implantation, le plan masse et l'organisation*.

XIII^{ème}-XV^{ème} siècles : Hôpital-Chapelle

L'hospice Comtesse et l'hospice Gantois appartiennent à la catégorie de l'hôpital-chapelle médiéval. Le bâtiment a l'allure d'une chapelle ou d'une église sans qualification paroissiale. C'est un lieu de culte et d'hé-

bergement, à la fois hôtel, hôpital, hospice (à la racine de ces trois mots, on trouve bien le terme latin d'*hospes*), où l'on décline quelques soins médicaux. Une réalité qui reflète toute l'importance de la religion, particulièrement de la charité chrétienne dans la médecine au Moyen-Age.

(suite page 7 ➡)

■ AU SOMMAIRE

FMC

Le syndrome malin aux neuroleptiques p.1

ARCHITECTURE

L'architecture hospitalière à Lille p.7

ETHNOPSYCHIATRIE

Koro. Etude d'un cas de guérison p.8

ORGANISATION DES SOINS

Laborieuse collaboration entre psychiatres et urgentistes p.10

CLINIQUE

Jeu pathologique et maladie de Parkinson p.11

SOCIÉTÉ

La procédure concernant « Nazo le Skizo » p.12



ENTRETIEN AVEC D. Casoni et L. Brunet.



A propos de la psychocriminologie p.14

HUMEUR

La localisation du regret : un regret ? p.16

ANNONCES PROFESSIONNELLES p.18

ANNONCES EN BREF p.19

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

KORO. Etude d'un cas de guérison chez les Toradjas de Sulawesi

■ ETHNOPSYCHIATRIE

Cl. Lorin

KORO est le nom d'une maladie aux symptômes étranges et impressionnants, originaire de Chine selon les indications du Docteur Supartha que j'ai rencontré à l'Université d'Ujung Pendang à Sulawesi, une île d'Indonésie où vivent, en tribus, les Toradjas.

Avant de décrire, avec précision, la symptomatologie présentée, et le traitement chamannique auquel j'ai pu assister, il me semble essentiel de souligner les deux points suivants :

- en premier lieu, les pratiques rituelles évoquées ci-après reflètent les relations singulières qu'entretient le chamane avec le malade, la société, et ce que l'on pourrait appeler les « *agents du mal* ». Cela signifie que le chamane est considéré comme un fonctionnaire social privilégié pouvant entrer dans un état psychique non ordinaire. Il est, par les médecins indonésiens eux-mêmes, considéré comme « *l'émissaire d'un monde autre* » pouvant faire un usage social de la maladie et de la « *Thérapie* », transposant pour

cela, parfois, des problèmes tribaux ou sociaux en général, dans le champ de cette maladie dont les causes sont dites surnaturelles ;

- en second lieu, il importe de considérer cette « *maladie* » comme un « *modèle d'inconduite* » au sens que Georges Devereux dans son *Introduction à l'Ethnopsychiatrie générale*, et initialement Ralph Linton ont donné à ce terme. Cela est d'autant plus manifeste que la disparition du pénis chez l'homme et l'invagination des seins chez la femme sont très étroitement mêlés à un contexte interprétatif que le chamane évoque parfois.

L'homme malade de Koro peut être coupable d'avoir rompu une règle d'abstinence ou d'avoir réalisé un acte sexuel forcé, la virginité ayant une valeur morale, sociale et économique car le prix de la fiancée en dépend. L'homme peut, aussi, être coupable d'une désorganisation lignagère et la femme d'un péché de « *chair clanique* ».

(suite page 8 ➡)

La parole des enfants

Dans un entretien donné au Monde à propos du procès d'Outreau et publié le 19 mai dernier, Françoise Hochart, pédiatre au CHU de Lille et expert, relevait que « *Longtemps négligée, la parole de l'enfant n'a pas été prise en compte que dans une période récente. Mais ce mouvement s'est accompagné ensuite, par un effet de balancier, d'une tendance à croire que, dès que l'enfant ouvre la bouche, tout est vrai. Aujourd'hui, nous sommes revenus à plus d'équilibre : on relativise la parole de l'enfant car on sait qu'il peut aussi mentir comme un adulte. On écoute l'enfant, sans le croire à 100%, mais on le prend en considération en tant que personne* ».

Quelques jours après, également dans Le Monde, Claire Brisset, défenseuse des enfants, posait les questions suivantes : « *Un procès doit-il ajouter au traumatisme déjà subi par les enfants ? ne peut-on éviter de les placer au centre de ce qui est devenu un théâtre ? La loi de 1998 sur l'audition filmée des mineurs ne devrait-elle pas être enfin respectée, six ans après son adoption ? L'anonymat des victimes ne devrait-il pas être scrupuleusement protégé, alors même qu'il est, soit dit en passant, expressément prévu par la loi sur la presse de 1881 ? La parole des enfants ne gagnerait-elle pas à être recueillie dans des conditions telles que l'on tente d'approcher au plus près de la vérité, de façon à leur épargner des auditions transformées en scandaleux spectacles ?* ».

Le Journal de Nervure ouvre, sur le thème de la parole de l'enfant un Forum (qui donnera lieu à publication), sur son site : www.nervure-psy.com