

NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

www.nervure-psy.com

ISSN 0988-4068
n° 7 - Tome XVII - Octobre 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

S'adapter en gardant son identité

Les découpages sectoriels qui conduisent les habitants d'une même ville à relever de secteurs psychiatriques différents et de pratiques de soins diverses, limitent la déclinaison d'une politique de santé mentale.

Sans remettre en cause la logique sectorielle, le territoire pose la question de la taille discriminante (superficie et géo-démographie) pour appréhender les besoins en santé mentale, mettre en cohérence la santé mentale avec les soins somatiques et, de façon plus globale, assurer une adéquation avec les diverses politiques sociales (de la ville, de l'habitat, de lutte contre l'exclusion). Le territoire permet des regroupements de secteurs à géométrie variable en fonction des missions considérées, la taille variant en fonction des missions. L'expérience montre que les diverses fonctions de la psychiatrie ne peuvent être assurées avec un outil à taille unique : ainsi, les discussions avec le secteur social se font au niveau urbain ou départemental alors que la maille sectorielle prévaut pour l'extrahospitalier. Le rapport Cléry-Melin (Proposition II 14) préconise, une organisation fédérative : « encourager l'organisation fédérative à l'échelle du territoire de santé des secteurs correspondants de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile ».

Ce territoire partagé permettrait d'unifier la desserte entre psychiatrie générale et infanto-juvénile améliorant la lisibilité d'un dispositif où les interlocuteurs et les clientèles (adolescents, femmes isolées avec enfants, familles marginales et/ou pathogènes) sont souvent communs.

Si l'élargissement de la maille du secteur semble aller de soi, la segmentation d'activité qui pourrait en résulter pose d'autres questions : pourquoi amender, ainsi, l'option généraliste et, surtout, comment ? Quels en seraient les risques ?

(suite page 3 ➡)

Troubles obsessionnels compulsifs à l'adolescence

Variabilité clinique et enjeux thérapeutiques

Remarques générales

Il n'échappe désormais à personne, clinicien ou simple citoyen submergé par les médias, que l'appellation « *Troubles Obsessionnels Compulsifs* » est largement sortie de sa référence d'origine, le DSM IV.

Le démembrement dans les classifications actuelles de la classique et freudienne névrose obsessionnelle en *trouble obsessionnel-compulsif* et en *personnalité obsessionnelle-compulsive* a fait suite au constat que ces deux catégories diagnostiques s'observent et évoluent, pour une part indépendamment l'une de l'autre, contrairement aux hypothèses initiales (D. Marcelli, 1995).

Si l'on applique le balisage des classifications actuelles à l'adolescence, M. Flament et coll. (1998) montrent qu'il est rare d'observer une personnalité obsessionnelle-compulsive avant l'âge adulte (estimée à 0,3 % des sujets entre 12 et 21 ans) tandis que les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) chez l'adolescent

sont bien plus fréquents et de prévalence quasi égale à celle des adultes (1-3%).

Cette fréquence ne peut être, pourtant, liée à une conjoncture structurelle univoque. En effet, chacun sait la récurrence des interrogations sur la structure de personnalité que soulèvent les pathologies psychiatriques émergentes de l'adolescence. La symptomatologie obsessionnelle-compulsive est des plus concernées car apparaissant le plus souvent au premier plan de situations cliniques variées, comme nous allons le montrer à travers des exemples volontiers réduits à une sorte de typologie clinique concrète, destinée à servir notre propos didactique.

La consultation avec l'adolescent

Elle se fait, habituellement, à l'occasion d'un changement entravant l'efficacité habituelle des rituels ou devant l'étendue de l'inhibition intellectuelle.

(suite page 3 ➡)

DES de Psychiatrie

FORMATION INITIALE

E. Winter

Un patient arrive après une tentative de suicide. Il décrit les nombreuses récurrences et les essais de prise en charge thérapeutique. Il raconte ses difficultés, sa famille, comment il en est arrivé là, etc.

Une patiente « *fait une crise* » dans le service. Elle hurle, elle ne se contrôle plus, l'angoisse déborde. Son agressivité est une expression de son mal-être, mais il va falloir en comprendre plus pour pouvoir l'aider. La seule camisole chimique ne résoudrait d'ailleurs pas grand-chose, et surtout pas bien longtemps.

Un jeune schizophrène vous raconte que la police le suit partout, a placé des caméras pour le surveiller et que parfois, le soleil lui envoie des rayons comme signal.

Bienvenue en psychiatrie !

Il n'est pas nécessaire d'en avoir fait sa spécialité pour comprendre que la thérapeutique qui y est donnée n'a pas grand-chose à voir avec le reste de la médecine. L'abord même d'une éventuelle maladie physique

associée n'aura pas les mêmes objectifs, justement parce que toute la partie somatique est traitée ailleurs (et nous nous en tiendrons bien sûr informé, comme le généraliste s'informe du déroulement d'une opération chirurgicale).

Que font nos tutelles pour améliorer notre formation à cette médecine si particulière ?

Souvenez vous, en octobre 2001, de cette réforme des maquettes de DES qui touchait, notamment, la psychiatrie : sur les 8 semestres, 2 devenaient obligatoires en stage hors-filière (médecine, chirurgie...) ce qui veut dire 25 % de temps de formation en moins en psychiatrie, et 25 % d'internes en moins dans les services de psychiatrie. Aucune concertation alors ni avec les internes (mais ça n'étonne plus personne), ni avec les universitaires (qui ont pourtant une certaine autorité en la matière) n'avait été menée.

(suite page 7 ➡)

AU SOMMAIRE

FMC

Troubles obsessionnels compulsifs à l'adolescence p.1

FORMATION INITIALE

DES de psychiatrie p.7

HUMEUR

Repenser l'homosexualité p.8

PÉDO-PSYCHIATRIE

Adoption et culture p.9

SITUATIONS D'URGENCE

Enquête naturaliste et prospective des traitements prescrits dans un service d'urgence psychiatrique p.12

MÉDICO-LÉGAL

A la recherche du tiers perdu p.16

THÉRAPEUTIQUE

De la continuité des soins à la rémission dans la psychose p.17

Actualisation de la notion de rémission dans le traitement des psychoses schizophréniques p.18

Forme galénique et observance p.20

ANNONCES PROFESSIONNELLES p.23

ANNONCES EN BREF p.23

PÉDO-PSYCHIATRIE

Cl. Lorin

Adoption et culture

Le sujet exact de notre propos est, plutôt, une interrogation sur les éventuelles particularités qui comporteraient des origines culturelles spécifiques dans l'adoption internationale, en l'occurrence les enfants d'origine colombienne.

C'est donc une question, car l'accès aux éventuelles particularités de l'adoption de ces enfants-là, n'est pas facilement dissociable de la particularité propre aux adoptions d'enfants étrangers. Dans un premier temps formulons cette question de la manière suivante : Qu'est-ce qui fait que des candidats à l'adoption s'orientent vers telle culture d'origine plutôt que vers une autre ?

L'accès aux particularités de telle ou telle origine culturelle des enfants adoptés est biaisé par de nombreux facteurs :

- en premier lieu, le contexte propre au pays d'accueil ; ici la législation française sur l'adoption et l'importance du nombre de candidats à l'adoption (en France environ 20 000 actuellement) à l'égard du nombre d'enfants adoptables d'origine française (environ 1000 adoptions par an). Selon un rapport

officiel⁽¹⁾ au moins « 35% des familles agréées ne se verront pas confier un enfant d'origine française » ;

- ensuite, le contexte international (la paix et la guerre, les conflits internationaux...) et l'évolution saccadée de la législation internationale sur l'adoption qui « oriente » de fait, les demandes d'adoption vers telle ou telle destination. La Convention de La Haye, en date du 29 mai 1993, qui encadre la pratique de l'adoption n'était ratifiée au 1^{er} juillet 2000 que par 28 pays et 10 autres y avaient adhéré ;

- aussi le contexte du pays « donneur » d'enfants adoptables avec ses effets sur le plan législatif national, sur le plan culturel et surtout la réalité actuelle de chaque pays (situation économique, guerre civile, conflits internationaux, mouvements religieux, intégratifs ou culturels).

C'est-à-dire que tel enfant de telle origine culturelle est plus ou moins accessible (adoptable) en fonction d'autres critères que ceux qui seraient directement liés à sa propre culture.

(suite page 9 ➡)

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