

**EDITORIAL**

G. Massé

## Les urgences, encore un effort mais dans le bon sens



La plupart des SAU et de nombreux UPATOU disposent d'une présence ou d'une disponibilité psychiatrique, les cultures du somatique et de la psychiatrie se reconnaissent et se respectent davantage. Toutefois, les problèmes subsistent. En règle générale, si l'équipement a été mis en place, les missions et le fonctionnement des urgences psychiatriques n'ont pas été définis explicitement même si, probablement, des réponses différentes et acceptables peuvent être proposées.

Le psychiatre urgentiste doit-il être *portier* : traitement bref, tri, orientation rapide, peu ou pas de lits de très court séjour dédiés, ou non, à la psychiatrie, ou *concierge* : inclusion d'un traitement de crise d'une certaine durée, en général de 48 à 72 heures, sous forme de lits dédiés, au sein ou à proximité des urgences, c'est-à-dire sur le site de l'hôpital général, pour traiter dans un temps bref ce qui peut l'être, évaluer ce qui ne relève pas encore d'une hospitalisation spécialisée inévitable ou donner le temps d'éviter une admission spécialisée en préparant le retour à une réponse ambulatoire sûre.

Cette dernière option doit être privilégiée car c'est elle que préfèrent les médecins non psychiatres, les usagers et leur famille. Elle apparaît, en outre, la moins stigmatisante. Les études sociologiques concernant les représentations sociales de la folie, la construction d'une identité de malade mental par le patient, sa famille et son environnement, le risque d'un retentissement ultérieur iatrogène ou stigmatisant, confirment que l'admission à l'hôpital psychiatrique constitue l'événement constitutif de la bifurcation, même s'il est banalisé et malgré la qualité améliorée de certains accueils.

(suite page 2 ➡)

**FMC** E. Ménager, Y. Contejean

## Relations entre psychoses infantiles et schizophrénie

La clinique de la schizophrénie, qu'elle soit centrée autour du classique syndrome dissociatif<sup>(1)</sup> ou abordée par les symptômes : hallucinations, idées délirantes, désorganisation du discours et du comportement, symptômes déficitaires<sup>(2, 29)</sup>, traduit une perte de l'intégration des fonctions perceptives, cognitives et affectives.

Ces dernières années l'accent a été mis sur la présence, chez nombre de patients schizophrènes, de symptômes prodromiques dans l'enfance. Or, on trouve dans l'autisme, tout comme dans le concept francophone de dysharmonie psychotique, la même notion de perturbation importante du développement tant psychomoteur, intellectuel qu'émotionnel. Les similitudes de ces données concernant la schizophrénie et les psychoses infantiles ont conduit à de nombreuses réflexions et recherches sur les articulations possibles entre ces pathologies. Si l'hypothèse d'un lien biologique est loin d'avoir été formellement confirmée, les raisons de ces coïncidences cliniques continuent à être recherchées.

**Connaissances actuelles**

La recherche explorant la réalité des connexions entre la schizophrénie et les psychoses infantiles a,

à ce jour, abouti à trois résultats : affirmer l'existence d'une schizophrénie infantile, confirmer la séparation autisme-schizophrénie, et révéler les imprécisions de la nosologie des psychoses infantiles et, plus précisément, des limites entre les dysharmonies psychotiques et la schizophrénie d'une part, et l'autisme d'autre part.

**La schizophrénie infantile**

La schizophrénie fait partie des psychoses infantiles. Dans cette exploration des relations entre les psychoses infantiles et la schizophrénie, la schizophrénie infantile est, d'évidence, un objet d'étude capital. Elle est commune à chacun de ces groupes : elle est schizophrénie par les symptômes, et psychose infantile, de fait, par l'âge d'apparition.

Il existe des symptomatologies schizophréniformes qui apparaissent dès l'enfance, en tout cas durant la pré-adolescence et dont la nature schizophrénique est avérée par leur persistance à l'âge adulte.

La plupart des études comparatives entre la schizophrénie et les autres psychoses infantiles s'appuie sur cette forme d'apparition précoce. Or certains de ces cas, parmi ceux survenant dans la première décennie

(suite page 3 ➡)

## Le sauvage et le signe

### Les enseignements de l'histoire de Victor de l'Aveyron

Fin XVIII<sup>ème</sup> siècle, un garçon de onze ans, environ, entre dans une maison du canton de Saint-Sernin. Il ne parle pas, se montre farouche, malpropre, violent parfois. Il avait déjà été attrapé par trois chasseurs mais s'était évadé pour rejoindre les bois où il avait déjà été entrevu quelques années auparavant. Il porte des traces et des cicatrices de sa vie solitaire et sans aucun contact humain. Placé en hospice, on ne le laissera plus s'échapper.

Mais, on veut voir le « sauvage » et un ministre le fait venir à Paris. L'enfant n'apprend rien, ne parle pas, déçoit et conserve des manières fort peu policées. Il est déclaré atteint d'un « idiotisme » irrécupérable (Pinel). Confié à l'Institut des sourds-muets que dirige Jean Itard, ce médecin reprend la description mais


non le diagnostic d'idiotisme :

« Procédant d'abord par l'exposition des fonctions sensorielles du jeune sauvage, le citoyen Pinel nous présenta ses sens réduits à un tel état d'inertie que cet infortuné se trouvait, sous ce rapport, bien inférieur à quelques-uns de nos animaux domestiques ; ses yeux sans fixité, sans expression, errant vaguement d'un objet à l'autre sans jamais s'arrêter à aucun, si peu instruits d'ailleurs, et si peu exercés par le toucher, qu'ils ne distinguaient point un objet en relief d'avec un corps en peinture : l'organe de l'ouïe insensible aux bruits les plus forts comme à la musique la plus touchante : celui de la voix réduite à un état complet de mutité et ne laissant échapper qu'un son guttural et uniforme :

(suite page 7 ➡)

**AU SOMMAIRE**
**FMC**

Relations entre psychoses infantiles et schizophrénie p.1

**HISTOIRE**

 Le sauvage et le signe p.7

**CLINIQUE**

Pertinence de la dichotomie dépression endogène versus névrotico-réactionnelle p.11

**HUMEUR**

Réflexion sur les annulations et les rendez-vous non honorés p.13

**CONDUITES ALIMENTAIRES**

Le goût de l'autre. Figures de l'altérité dans l'exotisme culinaire p.14

**PÉDOPSYCHIATRIE**

Le psychologue confronté à la maladie somatique grave dans un service de psychiatrie p.17

**ENTRETIEN AVEC**

Claude-Jean Paris. Impossible n'est pas japonais p.19

**ANNONCES PROFESSIONNELLES**

p.20

**ANNONCES EN BREF**

p.22

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

## Pertinence de la dichotomie dépression endogène versus névrotico-réactionnelle

**CLINIQUE**

N. Weimann, P. Gorwood

La complexité et l'hétérogénéité des troubles de l'humeur a suscité de nombreuses modélisations théoriques destinées à en améliorer notre compréhension ainsi que leur prise en charge.

Depuis le début du siècle, différents types de dépression ont été proposés, élaborant ainsi des classifications cliniques et/ou étiopathogéniques. Il en résulte des modèles disparates, des classifications nombreuses, distinguant jusqu'à 9 types de dépression, s'opposant à l'hypothèse d'un continuum de présentation (clinique) et de facteurs de risque (étiologiques) sur lequel se situeraient les différents états dépressifs.

Le concept le plus véhiculé, à l'heure actuelle, est une opposition entre deux types de dépression, « endogène » versus « exogène », qu'on peut appa-

reter au distinguo « psychotique » versus « névrotique », mais renvoyant essentiellement à la dichotomisation « mélancolique » versus « réactionnelle » des épisodes dépressifs. La nature de cette distinction est mal définie, impliquant aussi bien des notions cliniques que physiopathologiques. Le terme endogène signifie « qui se forme à l'intérieur », il désigne donc une forme étiologique de dépression où le poids des facteurs de prédisposition internes de l'individu est majeur, par opposition à la dépression exogène – « qui se forme à l'extérieur » – où les événements de

(suite page 11 ➡)

