


**EDITORIAL**

G. Massé

## Les psychiatres ne peuvent plus se désintéresser des démences



La prise en charge des démences, qui se caractérisent par une détérioration progressive des fonctions cognitives et la présence de troubles psycho-comportementaux, a vécu un profond bouleversement avec l'arrivée de traitements spécifiques et le développement du diagnostic précoce. Pour diverses raisons, la plupart des psychiatres ont abandonné le champ des démences aux neurologues et aux gériatres, alors même qu'ils ont un rôle important à jouer dans l'abord pluridisciplinaire des patients et de leur entourage. Leur implication apparaît indispensable à différents niveaux : bilan et diagnostic, suivi thérapeutique, soutien des institutions comme des familles, réadaptation. L'expérience acquise au sein des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CM2R) montre, en effet, que le bilan des troubles cognitifs et leur diagnostic ne sont pas les points les plus problématiques. Les déséquilibres personnels et familiaux souvent intriqués, les manifestations marquées par l'angoisse, les raptus agressifs ou suicidaires constituent, en revanche, les difficultés les plus préoccupantes. Une annonce du diagnostic sans prise en compte du contexte, ni préparation et rencontre ou échanges avec les proches, comme la prescription d'anticholinestérasique sans suivi rapproché sont encore trop souvent rencontrées. Le bilan et le temps diagnostique, qui impliquent un abord neuropsychologique et psychiatrique, doivent être de façon impérative connectés avec les réponses de soin en aval. L'accompagnement de l'entrée en démence par des psychothérapies individuelles et/ou familiales adaptées aux divers temps évolutifs (vécu anxio-dépressif en début d'évolution et confrontation au vide ultérieurement) permet à la personne de se réaménager sur le plan narcissique et psychique.

(suite page 3 ➔)

## Sexualité et schizophrénie

**FMC** J. Nargeot

La schizophrénie est une maladie sévère et chronique qui nécessite une prise en charge globale (pharmacologique, psychothérapeutique et sociale) souvent durant toute la vie du patient. L'introduction, dans les années 50, des neuroleptiques a révolutionné la prise en charge thérapeutique et le pronostic de la schizophrénie. Ils ont permis par ailleurs la diminution du nombre des hospitalisations, une meilleure intégration sociale. On s'intéresse désormais, également, à la qualité de vie des malades. Or, bien que la sexualité soit une composante fondamentale de la qualité de vie des schizophrènes<sup>(22)</sup>, celle-ci est délaissée par les cliniciens et les chercheurs. Les connaissances sur la sexualité du schizophrène sont limitées. Ceci est en parti dû aux appréhensions et aux préjugés des soignants concernant la vie sexuelle du schizophrène. Les schizophrènes sont sexuellement actifs. Ils ont une sexualité différente avec un taux de dysfonctions sexuelles supérieur à la population générale. Ces dysfonctions sont source de souffrance et sont reconnues par le patient pour être aussi handicapantes que les symptômes de la schizophrénie<sup>(11)</sup>. Il est donc nécessaire de s'intéresser à la sexualité du schizophrène, afin de diagnostiquer ces dysfonctions

et d'essayer de les traiter. Les études décrivant la sexualité du schizophrènes sont peu nombreuses, la compréhension des mécanismes à l'origine de ces dysfonctions insuffisante. Il faut bien différencier troubles sexuels et reproductifs, seuls les premiers seront abordés dans cette revue de la littérature.

### Comportement sexuel

Le comportement sexuel des schizophrènes est encore mal connu. Les psychiatres sont souvent peu disposés à aborder le sujet de la sexualité avec leurs patients schizophrènes<sup>(24)</sup>. Or, spontanément, les patients n'en parlent que rarement. Des études montrent que le taux de dysfonctions sexuelles augmente quand les patients sont interrogés directement par le médecin<sup>(21)</sup>. Les études évaluent principalement les dysfonctions sexuelles, c'est-à-dire la sexualité sur un versant symptomatique, et non le comportement sexuel dans sa globalité. Il n'existe pas, à ce jour, de méthodes d'évaluation spécifique des comportements sexuels des schizophrènes complètement validées.

## A propos du Livre noir de la garde alternée

Entretien avec Jacqueline Phélip

Jacqueline Phélip est l'éditrice du *Livre noir de la garde alternée*<sup>(1)</sup> et préside l'association *L'Enfant d'Abord*<sup>(2)</sup>.

**Michel Sanchez-Cardenas** : Le Livre noir de la garde alternée rassemble les réflexions nées de la pratique auprès des enfants placés en garde alternée chez leurs parents lors de la séparation de ces derniers. Un mode de garde ici très remis en question à la fois du point de vue des psychopathologues et de celui des juristes.

**Jacqueline Phélip** : Je commencerai tout d'abord par vous dire qu'il est tout à fait regrettable que le problème de la garde alternée soit toujours formulé, après cinq années de recul en France, en termes de « pour ou contre ». Or, poser le problème ainsi c'est entrer, de facto, dans un débat purement idéologique dont sont exclues les réalités du terrain. Et pour mieux comprendre la situation d'aujourd'hui, il est utile de

rappeler la genèse de la loi de mars 2002 sur l'autorité parentale. Depuis plusieurs années la famille traditionnelle construite autour d'un engagement réciproque scellé par le mariage se marginalise et les couples de concubins se font et se défont très souvent. Les enfants ne naissent plus dans le cadre d'une institution mais de rencontres souvent éphémères. Une profonde adaptation du droit semblait donc nécessaire afin de répondre à ces situations nouvelles. Jusque là, les enfants de couples divorcés n'accédaient le plus souvent à leur père qu'un week-end sur deux et pendant la moitié des vacances scolaires. Mais certains parents organisaient lors de leur séparation, et sans que la loi ne l'autorise, la résidence alternée pour leurs enfants (le législateur a donc souhaité adapter la législation aux nouvelles formes de familles et rendre légale cette pratique de garde ou résidence alternée

## L'adhésion aux soins dans le suivi des patients atteints de schizophrénie

**THÉRAPEUTIQUE** Ch. Spadone

Depuis plusieurs décennies, les difficultés d'adhésion aux soins sont reconnues comme l'un des obstacles majeurs dans l'efficacité des prises en charge des sujets souffrant de schizophrénie. John Kane consacrait déjà à cette question un article important dans le *Journal of Clinical Psychiatry* en 1983. Les limites propres aux médicaments neuroleptiques de première génération utilisés dans la schizophrénie (efficacité insuffisante sur les symptômes négatifs, effets secondaires à court et à long terme invalidants) ont été repoussées avec l'apparition de la seconde génération d'antipsychotiques : si les produits aujourd'hui largement utilisés en France (clozapine, amisulpride, rispéridone, olanzapine, aripiprazole...) ne correspondent pas encore au médicament que souhaiteraient dans l'idéal les praticiens et les patients, ils apportent néanmoins un progrès certain.

Mais, malgré les espoirs suscités par l'apparition des antipsychotiques atypiques, l'écueil majeur dans la prise en charge des psychoses qu'est la mauvaise observance persiste. L'adhésion aux soins reste difficile à obtenir malgré une efficacité manifeste des traitements, en particulier sur les symptômes productifs et l'angoisse, et malgré leur tolérance satisfaisante, au moins en ce qui concerne les effets indésirables immédiatement perceptibles par le patient. C'est donc bien que l'adhésion aux soins met en jeu, dans la psychose, d'autres dimensions que la simple « acceptabilité » pharmacologique des antipsychotiques. Les difficultés d'insight, la qualité de vie, la satisfaction du patient vis-à-vis de son traitement, aussi bien en termes d'efficacité que de tolérance, jouent sans doute un rôle au moins aussi important,

(suite page 8 ➔)

**AU SOMMAIRE**
**ÉDITORIAL**

Les psychiatres ne peuvent plus se désintéresser des démences p.1

**FMC**

Sexualité et schizophrénie p.3

**ENTRETIEN AVEC**

 Jacqueline Phélip  
 A propos du Livre noir de la garde alternée p.6

**THÉRAPEUTIQUE**

L'adhésion aux soins dans le suivi des patients atteints de schizophrénie p.8

**PÉDOPSYCHIATRIE**

Intégration scolaire et psychose de l'enfant p.10

**MÉDICO-LÉGAL**

Réflexions sur la prise en charge d'auteurs d'agressions sexuelles en injonction de soin p.14

**THÉRAPIES PSYCHO-CORPORELLES**

Voulez-vous prendre une pause ? p.18

**RÉSEAUX**

Evaluation des délais de prise en charge des états d'allure psychotique de l'adulte en consultation de médecine générale p.19

**ANNONCES EN BREF**

p.21

**ANNONCES PROFESSIONNELLES**

p.23

# S'ABONNER

## à NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

mais aussi à la Revue, c'est si simple

Bulletin d'abonnement p.21

