

Éditorial

H Dufour

*Département universitaire de psychiatrie adulte,
Faculté de médecine de Lausanne, service hospitalo-ambulatoire A, 1008 Prilly, Suisse*

Le colloque de Montvillargène a rassemblé soixante psychiatres français désireux de partager leurs réflexions sur les orientations de la psychiatrie contemporaine. Quelques grands thèmes avaient été précédemment évoqués par le Pr D Widlöcher (hôpital de la Salpêtrière, Paris) lors d'une émission télévisée « L'heure de vérité » ; ils y avaient soulevé des questions pratiques et théoriques suscitant des réponses, voire des propositions. Ce groupe a donc travaillé selon le principe des « conférences de consensus », avec l'objectif commun d'articuler la spécificité des pratiques pour améliorer le dispositif de soins au sein de la santé mentale, et de renforcer la recherche psychiatrique. Les séances de travail ont été articulées en deux étapes : cinq groupes ont d'abord fonctionné en parallèle, chacun sur un thème spécifique, puis les propositions de chacun des groupes ont été présentées par les rapporteurs, en séance plénière, discutées par l'assemblée et reformulées sous forme de recommandations. Nous présentons en préambule les groupes de travail.

Le suicide chez les adolescents

Huit cents à mille adolescents se suicident chaque année en France ; chez les jeunes, il s'agit de la deuxième cause de mortalité après les accidents. Les études épidémiologiques les plus récentes soulignent l'accroissement de la mortalité : 30 à 40% des adolescents qui font une tentative de suicide récidivent. Outre la létalité, seuls 20% de ces jeunes auront, quelques années plus tard, une vie « normale », sur le plan social, affectif et professionnel. On retrouve une pathologie psychiatrique dans 70% des cas. Il est donc impératif de ne pas assimiler une tentative de suicide à une crise passagère et de considérer ce geste comme l'indicateur d'une difficulté majeure d'adaptation psychosociale, voire d'une maladie (anxiété, dépression, troubles psy-

chotiques, troubles majeurs de la personnalité). Ces notions, récentes, impliquent la mise en place des mesures proposées par les psychiatres : la tentative de suicide est un événement marquant qui ne doit pas être occulté. Un consensus semble se dessiner pour préconiser l'hospitalisation des jeunes « suicidants ». Les familles et les différents intervenants doivent être informés, les structures d'accueil adaptées, la psychopathologie sous-jacente traitée. On peut ainsi espérer infléchir la croissance inquiétante du nombre de tentatives de suicide et de suicides « réussis » de l'adolescent.

Les frontières entre anxiété et dépression

Cette question suscite des réponses différentes chez les praticiens, séduits par le pragmatisme du concept d'anxiodépression, et auprès des chercheurs qui, s'appuyant sur les données de l'épidémiologie et les résultats des analyses factorielles, progressent dans la dissection du syndrome anxiodépressif.

Actuellement, trois tableaux cliniques peuvent être individualisés :

– le *Mixed Anxiety Disorder* (MAD), défini par l'ICD 10, qui associe :

- des troubles anxieux « pas assez sévères » pour le diagnostic d'anxiété ;

- des troubles dépressifs « pas assez sévères » pour le diagnostic de dépression, sans qu'aucune des deux lignées symptomatiques prédomine franchement ;

- certains symptômes neurovégétatifs ;

– les comorbidités qui correspondent à la présence des deux syndromes, dont on ignore encore les implications si ce n'est un pronostic plus sévère, comparé à l'évolution de chaque syndrome ;

– l'intrication de symptômes (et non plus de syndromes) relevant soit de l'anxiété, soit de la dépression, mais modifiés et évoluant généralement depuis plusieurs années.

Ces pathologies ont des conséquences préoccupantes en termes de santé publique :

- résistance au traitement ;
- pronostic assombri par la « greffe » de dépendances aux fonctions stimulantes ou sédatives (alcoolisme, toxicomanie) ;
- chronicisation et invalidation.

Cela justifie la mise en place d'études prospectives, assorties de méthodologies et d'outils adaptés à ces groupes à risque ; suivi de cohortes d'anxieux purs et de déprimés purs, évaluation longitudinale de l'association syndromique, approche cognitive et neurobiologique.

Les antidépresseurs : leur place hors de la dépression

Les deux premiers antidépresseurs, un « tricyclique » et un « IMAO », ont été découverts à la même époque, qui était également celle du concept de « symptôme-cible » développé par Freyhan. Cette conception du mécanisme d'action des antidépresseurs, fondée sur des effets spécifiques du produit sur les trois principaux symptômes de la dépression (trouble de l'humeur, inhibition et anxiété), était conforme aux connaissances de l'époque, mais limitait l'indication de ces produits au champ de la dépression. L'extension des indications hors du champ de la dépression est apparue plus tard, d'abord sous l'impulsion des cliniciens (par exemple dans les psychoses et en particulier les délires instables, ainsi que les formes déficitaires des schizophrénies), puis quand les chercheurs ont pu décrire leurs mécanismes d'action neurobiologiques (noradrénergiques, sérotoninergiques, dopaminergiques). Dès lors, les indications des antidépresseurs allaient s'ouvrir à d'autres pathologies, au gré de la pratique clinique et des approches scientifiques.

Actuellement, leur champ d'activité inclut certains troubles anxieux, et en particulier :

- les troubles obsessionnels-compulsifs ;
- les troubles phobiques ;
- les troubles paniques ;
- l'anxiété généralisée ;
- le syndrome de stress post-traumatique ;
- mais également les douleurs chroniques ;
- certains troubles du sommeil ;
- le traitement de la maladie de Parkinson (dont les signes annonciateurs sont fréquemment de type dépressif).

On manque encore d'études contrôlées et de modèles théoriques pour progresser dans la validation des indications, mais les progrès dans l'identification des mécanismes d'action comportementaux et neurobiologiques (par exemple effet anti-impulsif des sérotoninergiques dans les conduites antisociales ainsi que les troubles du comportement alimentaire) confirment l'intérêt de cette voie de recherche.

Psychodynamique et psychopharmacologie

Ces deux termes symbolisent, par leurs contenus respectifs, les limites de convergence des approches globales en psychiatrie.

Le premier recouvre à la fois la référence à une théorie de la relation thérapeute-patient dans le domaine de la psychologie médicale et de la médecine psychosociale, à un traitement psychologique dénommé « psychothérapie » s'il y a référence à l'inconscient et au transfert, mais également à l'un des trois grands courants de la psychiatrie, en référence au concept de « modèle bio-psychosocial ».

Le second est plus délimité. Il définit un cadre qui comprend la conception, la prescription et l'évaluation des psychotropes en termes de tolérance et d'efficacité sur une pathologie identifiée par le clinicien.

Les conflits initiaux entre ces deux orientations tenaient à des luttes de pouvoir et de compétence, mais également à un désintérêt relatif et donc à une méconnaissance de la problématique globale.

Parallèlement aux psychiatres américains qui avaient mis en évidence, par des études contrôlées, l'avantage des traitements « combinés » (pharmacothérapie et psychothérapie) dans les psychoses et les dépressions, quelques psychiatres français ont eu le mérite de s'intéresser aux spécificités des différentes approches thérapeutiques et à leurs interactions (Ayme, Gerin, Guyotat, Lambert, Marie-Cardine, Pélicier, Peron-Magnan, Widlöcher).

Il en résulte la nécessité :

- de clarifier les définitions, les principes et les limites des multiples techniques psychothérapeutiques ;
- d'évaluer les modifications individuelles induites par le traitement biologique ;
- d'admettre que l'intégration « chimiothérapie-psychothérapie » est plus une question de stratégie que de doctrine ;
- et d'y préparer les futurs psychiatres par une formation incluant les deux approches, cela étant déjà le cas en Suisse et dans plusieurs pays européens.

Psychiatrie française et législation

La nouvelle loi sur la protection des malades mentaux est une étape décisive qui devrait donner au patient plus de garanties à l'encontre des hospitalisations abusives ou prolongées.

Après plusieurs tentatives de révision, soit dix-neuf au total en un siècle et demi, allant du projet de loi Gambetta et Magin (1870) à celui de Demay (1981), la nouvelle loi a été promulguée à un moment de la psychiatrie caractérisé par le raccourcissement des durées d'hospitalisation, le développement des activités ambulatoires, et par conséquent la fermeture de nombreux lits. Les nouvelles dispositions, et en particulier le double certificat, ainsi que les nouvelles modalités de sortie et d'éventuelles sanctions si elles n'étaient pas respectées, dégagent une volonté de culpabilisation latente des institutions, relayée par les commissions de contrôle des hospitalisations. Ce formalisme est compréhensible, s'agissant d'un texte rédigé par des juristes. Il est à souhaiter que la révision prévue en 1995 permette aux institutions de proposer les adaptations conformes à l'intérêt des patients, à celui des institutions et à l'image d'une psychiatrie de qualité.

La loi Huriet sur les essais cliniques

Promulguée en décembre 1988, son champ d'application ne concerne pas uniquement les essais cliniques, mais toute recherche chez l'humain.

Elle établit une différence entre recherche apportant ou non un bénéfice direct au malade, elle accentue le contrôle à plusieurs niveaux et renforce la responsabilité des investigateurs, mais également l'information du patient afin de mieux éclairer son consentement.

La prise de risque du sponsor : il doit apporter une compensation en cas de dommage, même s'il n'y a pas

eu de faute commise ; ce peut être particulièrement le cas chez les « volontaires sains ».

La supervision d'un clinicien : elle est obligatoire dans les recherches pluridisciplinaires ; cette disposition se conçoit puisque le patient est placé sous sa responsabilité et a été informé par lui avant de donner son consentement. Il s'agit néanmoins d'une disposition dissuasive pour les autres corps professionnels.

La protection du patient : il doit pouvoir disposer d'un document écrit, et s'y référer, éventuellement se le faire commenter avant de donner son consentement, par écrit, et le signer. Il peut à tout moment se retirer de la recherche, sans contrepartie.

Cette loi a le mérite de clarifier la répartition des responsabilités, de mettre en place des limites, de prévenir, voire de punir. Son adaptation au patient psychique pourrait être problématique dans au moins deux domaines :

- le recueil du consentement éclairé alors qu'il y a une incapacité cognitive (le patient ne comprend pas) et/ou volitive (le patient est incapable de prendre une décision) ;
- le respect du secret médical, désormais partagé au sein des comités régionaux.

La conjonction de ces contraintes et limites pourrait avoir un effet dissuasif sur la recherche biomédicale et psychiatrique.

Conclusion

Ces commentaires, propositions et prises de position n'épuisent pas le débat sur la psychiatrie d'aujourd'hui et celle que prépare la génération montante, mais ils illustrent sa détermination, son enthousiasme et sa créativité.