

LIEN N° 11

du 20 avril 2005

RETOUR SUR LA PREVENTION...

Le Congrès de l'UNAFAM se tiendra les 10 et 11 juin à Nancy. Sur le thème : « Agir dès les premiers troubles psychiques : avec quels partenaires dans la cité ? ». Relevons les nombreux groupes de travail prévus : « Avec l'Education Nationale », « Avec les partenaires associatifs », « Avec les élus : le logement accompagné », « Avec les soignants : face au déni de la maladie », « Vie au quotidien et lien social » ainsi que des tables-rondes : « Avancées de la loi pour l'égalité des droits et des chances », « La recherche », « L'aide aux familles ». Nous sommes déjà un certain nombre de bénévoles à rejoindre Nancy, et nous vous rendrons compte de l'essentiel des travaux lors d'un prochain numéro du « Lien » .

Comme vous l'aurez constaté, le thème retenu pour ce congrès est très voisin de celui de la Semaine de la Santé Mentale. Retour sur cette semaine, donc...

Nous pouvons être satisfaits de l'édition 2005. Bonne tenue des débats, bon succès public.

Nous étions avec nos amis habituels, les docteurs Capitain et Milleret. Ce qui a été nouveau cette fois, c'est notre partenariat avec Itinéraires Singuliers. Nous y avons beaucoup gagné, c'est pourquoi nous allons continuer et faire en sorte que nos manifestations publiques soient organisées en association avec eux.

Nous avons bien commencé le samedi précédent avec une réunion des Familles sur le thème des troubles bi-polaires).

Affluence importante, communication très intéressante par le Docteur Girod, que nous remercions vivement. J'en retiendrai la forte demande d'informations de la part des familles dont un proche souffre de cette pathologie; d'où notre souci d'essayer d'en faire encore plus dans l'entraide et l'information... (Dans un premier temps, notez le thème de la réunion des familles de juin « La dépression » par le Docteur Capitain, qui viendra enrichir cette attente).

Le lundi, conférence-débat très passionnante, par le Docteur Wallenhorst, autre connaissance de l'UNAFAM21, sur le thème « Le passage à l'état d'adulte » .

Le mardi, débat d'une bonne tenue après un film plus ou moins calamiteux « Le livre de Jérémie ».

Le jeudi, la conférence débat sur le thème de la semaine de la santé mentale :

« Adolescence et prévention des maladies psychiques », elle aussi passionnante. J'en tirerais cependant une réflexion : il y a

encore beaucoup à faire pour mettre en œuvre une politique de prévention dans le domaine de la maladie psychique. Mais le congrès de l'UNAFAM devrait certainement nous y aider...

Les vendredi et samedi, captivante pièce de théâtre : « le jour qui s'appelle... pas » par le théâtre des 3 solitudes au Bistrot de la scène.

Un dernier mot : réservez votre après midi du 4 juin. C'est le pique-nique convivial, sans ordre du jour : nous parlerons de tout et de rien, dans les jardins du Président-Délégué...

En attendant, *prenez bien soin de vous...*

Francis JAN

AU SOMMAIRE ...

- Page 3 : La réunion des familles
« *Les troubles bipolaires* »
par le Docteur Girod.
- Page 13 : « Introduction à la Semaine de la Santé Mentale »
par le Docteur Capitain
- Page 14 : « *Le passage à l'état d'adulte* »
par le Docteur Wallenhorst
- Page 25 : « Adolescence et prévention des maladies psychiques »
Par les Docteurs Liebschutz, Capitain, Milleret, Brogniart et Viret

AU SOMMAIRE DU PROCHAIN NUMERO...

« NUMERO SPECIAL : DEPENDANCES ET MALADIES PSYCHIQUES »

Suite à la conférence-débat du 27 avril 2005

« La dépendance au cannabis » par le Docteur Pinoit

« La dépendance à l'alcool » par le Docteur Milleret

« La dépendance au tabac » par le Docteur Alibert

Synthèse des travaux par le Docteur Capitain.

SI VOUS CHERCHEZ UNE INFORMATION SUR NOTRE ASSOCIATION, SUR LA MALADIE PSYCHIQUE, AVOIR LES COORDONNEES D'UNE AUTRE SECTION, UNE ADRESSE INTERNET:

« www.unafam.org »

REUNION DES FAMILLES 12 MARS 2005

LES TROUBLES BIPOLAIRES

**Par le Docteur GIROD Patricien Hospitalier
CHS La Chartreuse Dijon**

Le docteur Jean-Pierre Capitain, chef de service du 2° secteur, et monsieur Jan, président-délégué de l'UNAFAM21, m'ont demandé de vous parler des troubles bipolaires. Je les remercie de leur invitation et j'espère pouvoir répondre à votre attente, à certains de vos questionnements, sûrement pas à tous.

Je connais votre association, notamment par le biais de Madame et Monsieur Lévêque (*fondateurs du Goéland NDLR*) et de monsieur Bréon (*prédécesseur de F.JAN*). Je ne suis pas « l'expert des troubles bipolaires », mais spécialiste en psychiatrie générale. J'exerce actuellement sur le secteur de Dijon-nord. Après avoir travaillé à l'humanisation de certaines unités, j'ai fait de nombreuses vacations à Alise-Sainte-Reine et participé à la création de l'Unité d'Accueil.

Je suis donc passé d'une psychiatrie en zone essentiellement rurale (la campagne dijonnaise) à une psychiatrie urbaine (Dijon-nord).

Actuellement la psychiatrie est mise en avant dans les médias, dans les directives sur la santé, pour ses difficultés, ses manques de moyens, ses erreurs.

Cette spécialité a vécu, durant ce dernier demi siècle, de grands bouleversements :

Années 1950/1960

- . Organisation sectorielle.
- . Désinstitutionalisation.

Années 1970/1980

- . Déshospitalisation.
- . Développement de l'extrahospitalier.
- . Fermeture de lits.

Années 1990/2000

- . Nouveau désordre psychiatrique.
- . Augmentation des entrées et multiplication des situations aiguës.
- . Exaspération des familles.

- . Diminution du nombre des soignants.
- . Risque de création de nouveaux espaces asilaires.

Pour l'avenir, il nous reste beaucoup de choses à corriger, à améliorer.

NOTIONS GENERALES

Selon l'OMS, les troubles bipolaires sont l'une des cinq maladies psychiatriques répertoriées par cet organisme comme très fréquentes.

Anciennement désignés par les expressions maladie maniaco-dépressive, PMD, folie circulaire, ces troubles, tout en ayant des traits communs avec d'autres pathologies telle que la schizophrénie, ne doivent pas être confondus avec les psychoses ou les états dépressifs.

L'humeur est l'indicateur de notre état émotionnel. Elle est sujette à variation soit de manière spontanée soit en fonction des événements extérieurs. Toutefois le trouble bipolaire, caractérisé par l'alternance d'accès maniaques et d'épisodes dépressifs séparés par des intervalles d'humeur normale, n'a que de très lointains rapports avec ce que nous pouvons tous ressentir.

Cette maladie, aux conséquences graves, affecte 1% de la population pour ses formes les plus lourdes (BP 1) et jusqu'à 3% si l'on inclut des formes plus atténuées (BP2 , BP3, cyclothymie). Le risque est aussi grand qu'il s'agisse d'une configuration de type BP1 ou de type plus modéré, et peut aboutir à la désocialisation de la personne, au suicide parfois.

La maladie peut être parfois difficile à diagnostiquer. En psychiatrie, il n'existe pas d'examens para cliniques permettant d'avoir des certitudes. Entre les premiers états dépressifs et le diagnostic peut s'écouler une longue période (plusieurs années), ce qui pose problème notamment pour la prise en charge des adolescents.

LA MANIE

LA CLINIQUE

La phase « haute » des troubles est la manie, caractérisée par trois ordres de symptômes :

L'humeur et l'émotion

La personne est euphorique, irritable, présente une instabilité émotionnelle, alternant avec des moments brefs d'anxiété, de tristesse, de désespoir.

La parole, les pensées

La parole est abondante (logorrhée), le débit est rapide. Les idées fusent dans tous les sens. Le malade est distrait, ne peut pas se concentrer.

Le comportement

On constate une hyperactivité sans fatigue, une augmentation de l'énergie et de l'appétit, une diminution des besoins de sommeil, une hypersexualité, des conduites extravagantes (dans le domaine vestimentaire notamment), des dépenses inconsidérées, des attitudes violentes et agressives, des passages à l'acte.

On peut répertorier des signes associés à cette symptomatologie : les idées délirantes et mégalomaniaques, les moments d'hallucinations (auditives, visuelles et olfactives) mais aussi des phases d'hyper sensorialité où le sujet fait preuve d'intuition et de créativité.

L'HYPOMANIE

A côté des accès maniaques caractérisés, il existe des épisodes de moindre intensité appelés hypomanie (BP2 et BP3). Aucune altération du fonctionnement social ou professionnel de la personne n'est constatée, elle peut agir au quotidien.

LA DUREE DES EPISODES

Sans traitement elle varie de quelques jours à quelques mois. Dans 50% des cas, il s'agit d'un épisode bi-phasique : un passage dépressif après un épisode maniaque.

LES FACTEURS DECLENCHANTS

Les facteurs déclenchants d'une crise maniaque ou hypomaniaque peuvent être saisonniers (le printemps), être le résultat d'un stress lié au surmenage (les examens par exemple), la conséquence de l'absorption de médicaments, de l'arrêt du traitement.

Dans ce contexte, le rôle de la famille est essentiel. Si le patient connaît sa maladie, il peut prévenir son entourage dès les premiers indices. *C'est le signal symptôme.* La collaboration avec l'entourage permet d'éviter l'escalade en mettant en place une prise en charge. A terme, le risque pour la personne serait de rechercher une automédication comme l'alcool et d'entrer en dépression.

LE VECU ET LES CONSEQUENCES DES EPISODES

Sont concernés :

- . l'équilibre familial (les colères, les dépenses inconsidérées sont à l'origine de conflits),
- . la vie professionnelle (les rapports avec la hiérarchie),
- . la vie sociale (le danger du chômage, de l'isolement),
- . les conduites extrêmes (excès de vitesse, abus d'alcool),
 - . le suicide qui est un risque majeur.

LA PREVENTION DES RECHUTES

Pour les éviter, il est important de :

- . prendre le traitement,
- . respecter des rythmes quotidiens réguliers (des horaires et temps de sommeil raisonnables),
- . éviter les excitants (alcool, tabac, café) et proscrire les substances psycho-actives (drogues),
- . se garder du surmenage et des situations de stress,
- . avoir un suivi médical.

LA PRISE EN CHARGE

Une hospitalisation dans un service spécialisé peut être recommandée.

Si des mesures de protection sont nécessaires, il convient d'en discuter avec l'intéressé et son entourage.

Pour calmer l'agitation et l'exaltation sont prescrits des normothymiques, des anti-psychotiques, des sédatifs.

L'EPISODE DEPRESSIF

LA CLINIQUE

La phase « basse » est identifiée par les signes suivants:

Une altération de l'humeur

Elle est caractérisée par la tristesse, l'indifférence aux autres, l'anxiété.

Un ralentissement des processus cognitifs

Baisse de la mémoire, difficulté de concentration, lenteur de la pensée, retrait social.

Une perte de l'envie d'agir

Cette absence d'envie s'accompagne d'une fatigue constante, d'un ralentissement moteur, de l'impossibilité de faire des projets, d'avoir des désirs.

Les manifestations associées concernent :

La diminution de l'appétit, les troubles du sommeil notamment l'insomnie du petit matin, une baisse de la libido, des somatisations (des douleurs par exemple).

Vont se surajouter des signes de gravité tels que :

Des idées noires ou de mort qui peuvent conduire au suicide, des symptômes psychotiques comme des pensées délirantes, des sentiments de culpabilité, de persécution, de ruine, des propensions à l'hypocondrie.

La mise en place d'un traitement par antidépresseur a un risque : le possible virage de l'humeur vers une phase maniaque.

LES FACTEURS DECLENCHANTS

Les crises se développent de manière spontanée ou bien ont un caractère saisonnier.

Elles peuvent être :

. le résultat d'un stress dans la vie affective ou l'activité professionnelle,

. la conséquence d'une grossesse ou du post-partum, d'où la nécessité d'un suivi des états psychiatriques du post-partum,

. liées à la prise de médicaments (corticoïdes, Interféron), à des maladies chroniques neurologiques ou endocriniennes, à l'absorption de produits toxiques (l'alcool), aux saisons (en automne par exemple, l'absence de luminosité pouvant avoir un rôle).

LA PRISE EN CHARGE

En cas de risque majeur, l'hospitalisation est nécessaire. La méconnaissance de la gravité de la maladie, la peur du patient qui, redoutant une hospitalisation cache les symptômes, rendent parfois difficile sa mise en œuvre.

L'objectif est de réduire l'anxiété, de protéger la personne et d'éviter un virage de l'humeur.

Pour ce faire, sont prescrits des thymorégulateurs qui peuvent être associés à des antidépresseurs ou des anti-psychotiques. Parfois un traitement par sismothérapie (électrochocs) est préconisé.

LA LUTTE CONTRE LA DEPRESSION

Il est recommandé de :

. mettre en place des stratégies anti-dépressives,

. bannir toute automédication,

. prendre régulièrement le traitement,

. limiter les facteurs de stress.

LES FACTEURS DE VULNERABILITE

Dans sa forme avérée, la maladie bipolaire concerne 1% de la population, 3% si l'on tient compte de sa forme atténuée.

Pour les frères, les sœurs et les enfants d'un patient la fréquence est de 10%, donc à l'inverse 90% ne seront pas touchés.

Ce risque multiplié par 10 doit être rapproché de celui constaté pour d'autres pathologies comme l'asthme : multiplication par 50, la maladie de Crohn par 20, le psoriasis par 10, le diabète par 5.

Les études sur les jumeaux viennent conforter l'hypothèse d'une vulnérabilité familiale. 13% des faux jumeaux seront confrontés à la maladie contre 69% des vrais jumeaux.

Même pour ces derniers qui possèdent pourtant un patrimoine génétique identique, la concordance n'est pas totale car interviennent des facteurs environnementaux dans le déclenchement des troubles.

LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Ils ont un rôle dans la précocité et la sévérité de la maladie.

On distingue :

Les facteurs environnementaux précoces
comme :

. la perte ou la séparation parentale,

. les situations de carence,

. le placement des enfants,

. les sévices ou les violences.

Des facteurs environnementaux au cours de la vie

. à résonances positives (mariage, promotions professionnelles),

. à résonances négatives (deuils, séparations)

Ces événements ont un impact fort sur des sujets qui vivent dans une hyperactivité émotionnelle et un stress continu, même en période normothymique.

Les périodes spécifiques pendant lesquelles la maladie survient sont :

. l'adolescence avec les difficultés particulières à cette tranche d'âge (la peur de grandir, les examens à passer, les relations amoureuses),

. la grossesse et l'accouchement,

. les périodes menstruelles,

. le vieillissement.

Parmi les facteurs déclenchants et aggravants on retiendra :

. les médicaments (les antidépresseurs, corticoïdes, antipaludéens, produits amaigrissants, l'Interféron),

. l'abus de substances (cocaïne, amphétamines, ecstasy, crack, alcool, cannabis).

L'EPIDEMIOLOGIE

Les études récentes montrent la grande fréquence de la maladie bipolaire.

Sa valeur moyenne s'établit à 1% de la population soit 600 000 personnes en France en sachant que son spectre atteint, selon les

experts, la barre des 3% si l'on tient compte des formes atténuées.

Le début des troubles apparaît en général entre 15 et 24 ans.

20% des patients présentent une pathologie sévère à « cycles rapides ».

On constate une équivalence hommes / femmes, mais il faut noter le nombre significatif de personnes atteintes parmi les « créateurs ».

On ne peut pas dire que les classes populaires soient, aujourd'hui, protégées par rapport aux milieux favorisés.

Par contre la fréquence, 0,5% dans les zones rurales contre 1,5% en zones urbaines, doit être soulignée.

Le statut marital ne protège pas.

Enfin les facteurs culturels ont une incidence.

LES COMORBIDITES

L'établissement d'un diagnostic est d'autant plus difficile à établir que la maladie a parfois des masques trompeurs.

Des pathologies peuvent être associées aux troubles proprement dits et entraîner des erreurs d'évaluation.

Les pratiques addictives sont fréquentes : l'alcool (40% des sujets) ou les drogues chez les adolescents et certains adultes.

De même les comportements anorexiques et boulimiques doivent interpeller.

Une activité « hyper » créatrice peut cacher un dysfonctionnement bipolaire.

LES ASPECTS JURIDIQUES

Pour protéger le malade des conséquences graves des actes qu'il a pu commettre, la loi prévoit des mesures de protection des biens et des personnes.

La sauvegarde de justice permet l'annulation ou la modification d'actions inconsidérées. Provisoire, elle est valable deux mois et renouvelable par périodes de six mois.

La curatelle s'adresse aux personnes qui ont besoin d'être aidées dans la vie civile.

La tutelle est le régime le plus rigoureux. Le tuteur représente le sujet dans tous les actes de la vie civile.

La responsabilité civile et pénale du patient est maintenue sauf s'il relève de l'article 122-1 du Code de Procédure Pénale.

Quand un malade devient dangereux pour lui-même ou ses proches et que sa santé psychologique ne lui permet pas de consentir aux soins une hospitalisation est parfois justifiée : HO (hospitalisation d'office), HDT (hospitalisation sans consentement).

En autorisant le recours à la personne de confiance, la loi du 4 mars 2002 permet au sujet hospitalisé d'être soutenu. La personne de confiance, désignée et révocable à tout moment par le patient, peut être un parent, un proche, un médecin traitant. Son rôle, est d'accompagner le malade dans ses démarches, recevoir l'information nécessaire, l'assister dans la consultation de son dossier médical.

La mise en place d'un traitement est compliquée car il s'agit de soigner l'épisode aigu et d'éviter les rechutes en installant un dispositif préventif.

Une réévaluation régulière est essentielle pour déterminer l'efficacité et la tolérance des médicaments.

Parallèlement, une prise en charge psychologique doit être installée, enfin le recours aux associations est utile.

LE TRAITEMENT DES EPISODES AIGUS

La période maniaque

La médication consiste à prescrire un thymorégulateur associé souvent avec un sédatif et/ou un antipsychotique (neuroleptique de deuxième génération).

Le traitement dépend des symptômes constatés : manie typique ou mixte, hypomanie. Dans ce dernier cas, la prise en charge ambulatoire est privilégiée.

L'épisode dépressif

On utilise des antidépresseurs, de préférence des ISRS en première intention. Les tricycliques sont à écarter en raison de leurs conséquences (risque sur le visage). Ils sont utiles en cas d'échecs des premiers.

La place de la sismothérapie

Cette pratique est utilisée pour traiter certaines formes sévères de la maladie. Son application est extrêmement codifiée.

On peut la mettre en oeuvre :

. dans le cas d'une dépression, d'un risque suicidaire, de signes psychotiques de type catatonique, de dépression importante au cours de la grossesse, de résistance à certains médicaments,

. dans le cas d'une phase maniaque, de l'importance des symptômes, de la résistance à des médicaments, d'une pathologie du post-partum.

La thérapeutique est sûre et efficace. La codification de l'acte est précise. L'autorisation du patient et/ou de sa famille est nécessaire. On effectue une anesthésie de une à deux minutes .

LE TRAITEMENT PREVENTIF

Sont prescrits des thymorégulateurs dont le rôle est de limiter l'intensité et la récurrence des épisodes.

L'efficacité est constatée dans 2/3 des cas.

Une évaluation du dispositif après deux ou trois ans doit être pratiquée (graphique de l'humeur; récurrence, intensité, durée des épisodes de rémissions).

On peut constater des pseudo résistances par mauvaises observances, posologie insuffisante, traitement associé inadapté.

LES CAS PARTICULIERS

Les états mixtes

Les risques suicidaires sont élevés. Une posologie avec association de thymorégulateurs est préconisée. Il faut vérifier la fonction thyroïdienne.

Les cycles rapides (au moins quatre épisodes par an)

Ils sont observés dans 5 à 15% des cas. Il faut corriger les troubles thyroïdiens et mettre en place un sevrage de l'alcool et des produits toxiques.

La grossesse et le post-partum

Il convient :

. d'éviter les thymorégulateurs pendant les trois premiers mois de la grossesse,

. d'évaluer les risques et les avantages d'un stabilisateur de l'humeur.

LES MEDICAMENTS

LES STABILISATEURS DE L'HUMEUR

Le stabilisateur de l'humeur idéal n'existe pas.

Le lithium est le premier et le seul médicament actif sur les trois phases de la maladie.

En fonction du cycle et selon la tolérance au traitement, il peut être nécessaire d'avoir recours à deux ou trois stabilisateurs.

Le Lithium (Teralithe)

Il est le mieux connu et celui pour lequel on a le plus de recul. Il est efficace dans la manie et permet la diminution des phases les plus graves (les risques suicidaires).

Un bilan préalable est indispensable (rénal, thyroïdien, test de grossesse).

On veillera à la mise en place d'une surveillance. Elle sera serrée pendant le premier mois avec prélèvement le matin avant la prise, puis tous les mois pendant six mois.

Un contrôle du rein et de la thyroïde tous les trois mois la première année, puis une à deux fois par an sera pratiqué.

Le dosage efficace est 0,6 et 0,8 mg/l

0,8 et 1,2 (forme retard).

Des effets indésirables sont constatés : fatigue, troubles cognitifs, tremblements, problèmes rénaux et thyroïdiens, prise de poids, nausées et vomissements au début, psoriasis, acné, goût métallique, photosensibilité.

Les interactions médicamenteuses sont nombreuses (avis du médecin nécessaire).

Les Valproates (Depakote)

Les indications sont le traitement de la manie et de la prévention des rechutes. Ses résultats sont plus limités sur les états dépressifs.

Un bilan préalable hématologique et des enzymes hépatiques, puis, un contrôle biologique trimestriel la première année, sont nécessaires.

On augmente progressivement les doses de 750 à 2000 mg par jour.

Les effets secondaires sont les nausées au début, la stimulation de l'appétit, les tremblements, la sédation.

La Carbamazépine (Tegretol)

Son efficacité est moins bonne que celle du lithium sur les troubles de type BP1. Comme pour les traitements précédents, un bilan préalable et un suivi sont indispensables. On

note des interactions avec d'autres médicaments.

LES AUTRES MOLECULES (Données Internationales)

La Lamotrigine

Elle est utilisée en deuxième ou troisième intention. Elle a peu d'interactions.

Le Topiramate

Cette molécule n'entraîne pas de prise de poids et présente un intérêt en association.

Les Antipsychotiques atypiques

Clozapine- Risperdone - Olanzapine.

Ils ont un intérêt dans les phases aiguës et dans la prévention des rechutes mais provoquent une prise de poids.

LES APPROCHES PSYCHOTHERAPIQUES

Leur place est importante dans le traitement.

Elles vont permettre au sujet :

- . de réduire les symptômes liés à la prise des médicaments,
- . d'agir sur les facteurs aggravants tels que le surmenage, le stress, les troubles du sommeil,
- . de mener sa vie en fonction de la maladie en étant informé et éduqué,
- . de gérer les séquelles et notamment les problèmes individuels et familiaux.

Tout ceci participe à l'amélioration de son hygiène de vie.

LA PSYCHOTHERAPIE a pour objectif :

. de soulager la souffrance par la parole, le corps et les activités,

. de minimiser et prévenir les conflits interpersonnels liés à la maladie.

Elle amène le patient à faire la différence entre les difficultés inhérentes à la pathologie et les conflits de l'existence, à repérer les troubles associés (anxiété, alcool, toxicophilie).

La thérapie de soutien

La méthode est à la base de la relation médecin/patient, donc s'applique à toutes les spécialités.

Le principe est de mettre le thérapeute et le malade face à face. Ce dernier peut exprimer ses émotions. Le médecin intervient pour rassurer, conseiller, et même manifester son désaccord.

Les thérapies cognitivo-comportementales

Elles permettent d'agir sur les troubles anxieux associés et les troubles dépressifs chroniques. Le principe est d'obtenir la collaboration du sujet qui doit repérer, analyser et quantifier les symptômes. La durée du traitement varie entre dix et vingt séances.

L'approche psychanalytique

Le choix d'une analyse est intéressant pour les patients qui présentent des troubles de la personnalité associés à la pathologie bipolaire.

Les autres techniques individuelles

Mentionnons la relaxation, la médiation corporelle, l'hypnose.

Les techniques de groupe

On distingue :

. Les thérapies familiales et de couple. Ces familles souvent à expression émotionnelle élevée sont désorientées devant la désorganisation de la vie familiale induite par la pathologie de l'un de leurs membres. L'objectif est de faire baisser la tension.

. Les thérapies de groupe proprement dites. Les plus connues sont la musicothérapie, l'art-thérapie, l'ergothérapie.

VIVRE AVEC LES TROUBLES BIPOLAIRES

Pour gérer sa vulnérabilité le sujet doit :

- . bien connaître sa maladie,
- . développer les alliances thérapeutiques avec la famille et les médecins,
- . éviter les situations stressantes professionnelles, sociales et familiales,
- . savoir à quel moment (c.a.d. pendant les périodes de rémission) et à qui s'adresser avec discernement pour parler de ses difficultés (amis, famille, médecins, collègues de travail).

LE DEBAT

Questions de l'auditoire

Quelle est l'évolution de la maladie ?

A qui s'adresse l'unité de dépression du CHS ?

Que peut être le comportement des familles face à un proche atteint de troubles bipolaires ?

Le Docteur Girod

La maladie évolue par cycle. Certaines personnes ne connaissent que des phases d'excitation, d'autres ont des cycles rapides et il y a ceux qui prennent leur traitement et vont bien. Certains ne vont avoir que quelques épisodes dans leur vie. D'autres auront des rechutes plus fortes tous les 2 ou 3 ans

Les patients bipolaires peuvent avoir des parcours exceptionnels (Pascal, Mozart, Churchill. . .)

Sous-jacent à la pathologie, existe un tempérament d'hypersensibilité. Ces malades sont toujours sous tension. Quand les troubles sont bien nets il n'y a pas en général d'évolution vers des symptômes déficitaires. Environ 4 à 5% des malades seront dans ce cas et travailleront dans le milieu protégé (surtout des patients présentant un « trouble schizo-affectif »).

L'Unité de Dépression traite des troubles de l'humeur dont fait partie la maladie bipolaire au même titre que la dépression.

Pendant les périodes cruciales (états maniaque et dépressif), le sujet peut avoir une attitude de déni qui amène une « personne de confiance » ou un médecin à prendre des décisions à sa place. Ce comportement est inhérent à la maladie.

Le Docteur Capitain

Dans la phase maniaque des troubles, la personne prise dans sa toute puissance ne peut accepter les frustrations qui lui sont intolérables. L'agressivité appelée autrefois la fureur maniaque pointe et, dans certains cas, une hospitalisation permet de la contenir.

L'auditoire

Est ce que l'adoption constitue un facteur aggravant dans le déclenchement des troubles ?

Le Docteur Girod

Existe bien sûr le traumatisme de l'abandon de départ ; par ailleurs l'hérédité du patient est souvent inconnue, mais, actuellement il n'existe pas de statistiques qui permettent d'affirmer que l'adoption a une incidence sur l'apparition de la maladie.

L'auditoire

Comment aider les personnes dans la cité ?

Le Docteur Girod

Ces personnes n'ont pas les mêmes problèmes d'assistance que les schizophrènes. Ils sont créatifs, ont en général un emploi. Dans les périodes maniaques il leur est très facile de réaliser beaucoup. Ils sont très attachants. Avoir un conjoint atteint de troubles bipolaires est souvent moins déstabilisant que s'il s'agissait d'un sujet dépressif.

Dans les pays anglo-saxons existent des groupes de soutien pour les familles et les malades. Des politiques de prévention sont mises en place. En France il faudrait aider les associations à créer de tels groupes.

Francis Jan

La prise en charge de sa maladie par le sujet est essentielle, contrairement à la personne atteinte de schizophrénie pour laquelle l'étayage médical est plus fort.

Dans le domaine du travail, on reste dans l'insertion en milieu ordinaire d'où la nécessité de rendre pérenne une structure comme Challenge Emploi.

LA SEMAINE DE LA SANTE MENTALE

Introduction par le Docteur Capitain

Cette manifestation existe depuis 1990. Elle réunit un certain nombre d'associations, l'UNAFAM, la FNAP-PSPY, la Ligue Française pour la Santé Mentale et le syndicat qui l'a créée : l'Association Française de Psychiatrie.

Le but de cette semaine est :

- . de convier aux réunions un public qui n'est pas habituellement sensibilisé aux questions de santé mentale, dans un souci de pédagogie et de dédramatisation,
- . d'informer à partir d'un thème annuel sur les différentes approches de la santé mentale,
- . de rassembler par cet effort de communication, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers,
- . d'aider au développement des réseaux de solidarité et de soins, afin de constituer une sorte de maillage qui prenne en charge des troubles difficiles à vivre pour le patient et l'entourage,
- . de faire connaître les lieux, les moyens, les personnes pouvant apporter un soutien et une information de proximité (rôle des CMP).

1° CONFERENCE-DEBAT

DEVENIR ADULTE...

QUELQUES REPERES POUR ADOLESCENTS ET PARENTS.

Par le Docteur Wallenhorst
Chef de Service au 3° Secteur de
Psychiatrie de la Côte-d'Or (Semur en
Auxois)

1) L'adolescence : un passage

L'adolescence est une période de passage, de l'enfance vers l'âge adulte. On peut regarder cette période sous plusieurs angles : il y a une définition biologique, cette période commence avec les premières règles chez une fille et avec la première émission de sperme chez le garçon. Il y a une définition légaliste : à partir de 16 ans et 3 mois, les jeunes malades ne seront plus hospitalisés dans un service de pédiatrie, mais dans un service pour adultes. Il y a une définition économique : l'âge adulte commence avec l'entrée dans la vie active avec le premier salaire ; ce qui est cependant tard pour les personnes ayant fait des études universitaires, 23 à 26 ans ou même plus tard. La majorité légale est à 18 ans : la personne est maintenant pleinement responsable de ses actes sur le plan pénal. La majorité sexuelle est définie légalement à 15 ans, ce qui veut dire que le jeune est considéré capable, de la part du législateur, de donner son consentement à une relation sexuelle. Sur le plan psychiatrique, on rencontre des pathologies différentes de l'adulte : une dépression marquée par des troubles scolaires et par une morosité ; sans être cliniquement dépressifs, les jeunes

peuvent avoir des troubles de l'humeur fluctuants, étant tantôt enthousiastes, même excités, puis à d'autres moments pas bien, presque apathiques ; il y a des troubles du comportement alimentaire, comme la boulimie nerveuse et l'anorexie mentale ; d'autres troubles peuvent apparaître comme des fugues, un besoin excessif de faire des voyages ou de faire la route. Dans la mesure où il semble impossible de définir la fin de la période d'adolescence, on parle parfois de post-adolescence, en étendant cette période jusqu'à 24 à 25 ans.

2) Les aménagements intrapsychiques

Sigmund Freud donnait comme définition de l'adolescence : « le passage du principe du plaisir vers le principe de la réalité. » Un enfant agit selon son plaisir et refuse le déplaisir : sa tolérance à la frustration n'est pas très grande. Certains enfants se mettent en colère en cas de frustration et font du chantage pour obtenir satisfaction . Dans la relation enfant - adultes, l'enfant cherche, quelles sont les limites à son action, et si le parent lui pose des interdits, l'enfant intègre la nécessaire frustration qui l'aide à se construire à partir du réel et non pas à partir de ce qu'il veut ou de ce qu'il rêve. Freud décrivait l'adolescence aussi selon l'abandon de la latence sur le plan de sa sexualité pour accéder progressivement à la génitalité, donc à la sexualité d'un adulte. Dans l'adolescence, on peut constater l'ambivalence de différents besoins, comme celui d'être conseillé et guidé (ce qui est un besoin de l'enfant), puis la revendication de faire ce qu'on veut et quand on veut (qui caractérise le comportement de l'adolescent). Certains ne mesurent pas les

conséquences de leurs actes : ils peuvent se mettre dans des situations difficiles où ils ne peuvent pas s'en sortir seuls ; par exemple, s'ils doivent gérer seuls un budget, ils peuvent engager des dettes au point où le Juge des Tutelles est saisi, qui prend une mesure de protection à leur encontre (curatelle). Des relations sexuelles d'expérimentation interviennent souvent trop tôt sans que les personnes ne soient affectivement mures : pour fuir un contexte de vie avec les parents vécu étouffant, aboutissant à des vies de couples où les jeunes ne peuvent pas encore assumer la responsabilité de partager la vie avec quelqu'un. Certains vont de rupture en rupture, sans pouvoir construire une vie affective stable.

En arrière-fond est perçue la question du sens de la vie. Cette période est profondément insécurisante pour les jeunes, dans la mesure où ils ne se trouvent plus dans les sécurités de l'enfance : avant, les parents décidaient pour eux, leur disant ce qu'ils devaient faire. Cette dépendance a un côté rassurant ; maintenant ils doivent devenir les acteurs de leur vie. Une jeune disait à ses parents : « vous avez déjà vécu votre vie, et vous avez réussi. Pour nous, c'est drôlement difficile, de ne pas savoir, ce que l'avenir nous réserve, ni même, quel métier choisir. »

La relation avec les parents se modifie. Avant, ils étaient des modèles ; l'enfant les idéalise naturellement ; maintenant il constate tous leurs défauts et limites. Avant, il s'identifiait à eux ; maintenant il se désidentifie d'eux, il se cherche d'autres modèles qui eux, sont idéalisés à leur tour. Il a besoin d'affirmer sa différence, il exprime

ses idées en pensant tout seul, sans demander conseil, ou en rejetant parfois avec énergie la tutelle des parents.

Il recherche maintenant des identifications avec d'autres jeunes de son âge, dans des activités sportives ou dans des bandes, il peut trouver d'autres images paternelles en dehors de la famille chez un enseignant ou animateur de groupe d'enfant, en transférant son besoin d'un père ou d'une mère vers eux. Dans le même temps, des aspirations profondes se réveillent aussi : tel adolescent peut exprimer une passion pour un sport, tel autre pour l'écologie, tel autre peut devenir végétarien, un autre encore peut chercher une communauté qui répond à sa quête d'un sens dans sa vie.

La relation à son corps change. Le fait de développer un corps d'adulte peut être insécurisant. L'enfant est vu différemment par les autres : il est parfois disproportionné avec des bras trop long, avec un développement d'épaules qui surprend. Affectivement, l'adolescent peut avoir du mal à habiter son « nouveau corps » qui n'est plus le corps d'un enfant, et qui n'est pas encore le corps d'un adulte. Ces transformations s'accompagnent d'un sentiment de honte. Souvent, les filles cachent leur poitrine qui se développe, derrière des pulls épais. Le fait de pouvoir séduire est vu avec ambivalence, dans l'expression du désir comme avec la peur d'aller trop loin et de ne pas pouvoir l'assumer. Le constat de troubles des impulsions à cet âge traduit le malaise concernant la relation au corps. La fille anorexique refuse de ressembler à sa mère, et elle refuse de s'identifier à elle. Les

crises de boulimie sont une autre manière d'expression du malaise corporel : dans ces crises, une agressivité est tournée contre soi-même, le corps est maltraité, puis rejeté, d'autant plus si la personne vomit après avoir tant mangé.

La situation économique est difficile pour les jeunes adultes depuis une vingtaine d'année. Ceci a profondément changé le rapport à la vie active sur le plan sociologique. Autrefois, après l'école, un adolescent entrait dans la vie active car un ou plusieurs patrons l'attendaient. En France, le choix a été fait de préparer la plupart des élèves au baccalauréat, et les métiers manuels en sont dévalorisés. Sans qualification, il devient très difficile de trouver un emploi, et beaucoup de jeunes vivent une galère entre des périodes de petit boulot et le chômage. La question est posée dans un double sens : Est-ce que la société veut que les jeunes prennent leur place parmi les anciens, mais aussi : Est-ce que la personne qui cherche un emploi se donne tous les moyens nécessaires, avec éventuellement un déplacement dans une autre région ; est-ce qu'elle prendra un travail pas forcément à son goût ?

3) Quelques repères sur la route de devenir adulte

3.1 Le positif constitutif

En chaque personne existe un noyau positif, appelé être dans la formation Personnalité et Relations Humaines (P.R.H.) ; les personnes le situent souvent en leur tréfonds, l'identifiant comme constitutif. La conscience qu'ont les personnes de ce noyau est cependant plus ou moins claire ; les personnes peuvent avoir une intuition qu'un

positif existe, sans pouvoir en nommer les éléments ; ils peuvent ne pas croire en ce positif, l'ignorer ou le nier. Ce positif comporte des traits de la personnalité qui la caractérisent. Il s'agit de potentialités qui donnent à chacun « sa couleur », comme :

- une habilité manuelle (l'adresse, des dons pour le bricolage)
- des capacités intellectuelles (abstraction, analyse, synthèse, concentration, imagination, compréhension, discernement, mémoire, observation).
- des capacités relationnelles et affectives (ouverture, gentillesse, communication, amabilité, facilité de contact, tendresse, générosité, pardon, tolérance)
- des capacités d'action (organisation, persévérance, capacités de management, de mener à bien une tâche, dynamisme, volonté)
- des capacités artistiques (peinture, musique, théâtre, goût pour arranger une maison, faire par ex. des compositions florales)
- des capacités physiques (adresse, endurance, force).
- une disposition naturelle à être heureux, à avoir foi en la vie, une sensibilité pour ce qui est beau.
- un désir de vérité, une capacité à ressentir les événements de la vie de l'intérieur en cherchant le sens caché des choses.

Conscientiser ces potentialités, les habiter, les développer, contribue à la constitution de l'identité de la personne, par le sentiment de connaissance de soi.

Puis, chaque personne aspire naturellement à se réaliser dans un « agir essentiel » qu'elle cherche instinctivement à actualiser. Cette

expression désigne ce pourquoi une personne se sent faite, le domaine d'activités qu'elle voudrait exercer et qui correspond du mieux possible à ce qu'elle est au fond d'elle-même. En effet, même si quelqu'un a des aptitudes variées, toute activité n'a pas la même attirance ou ne crée par le même enthousiasme chez lui. Chaque personne aspire à un agir spécifique où elle peut investir son temps et son énergie à ce qui a le plus d'importance pour elle. Dans l'agir essentiel la personne a non seulement envie mais la sensation de donner le meilleur d'elle-même. Elle se sent exister au fond d'elle, elle a la sensation de se découvrir et de faire l'unité entre ce qu'elle fait et ce qu'elle est. Elle se sent heureuse en profondeur et ce qu'elle fait a du sens pour elle.

Se vivant en accord avec elle-même, la personne se découvre des affinités profondes avec d'autres personnes ou des groupes, avec lesquels elle se sent en communication par les valeurs vécues. Elle peut se sentir attirée par l'action de certains qui comportent des aspects semblables à la sienne ou une complémentarité, complétant son action propre ou la continuant plus loin. Ses attractions ne sont pas d'ordre sensible ; cependant est communiqué le sentiment d'appartenir à un ensemble plus grand, ou d'être ordonné à une tâche avec une portée sociétaire.

Dans ce positif est perçu aussi une ouverture à une transcendance : autrement dit, il s'agit d'un désir d'un plus que soi. Par exemple chacun peut ressentir dans son fort intérieur la présence de réalités qui sont

ressenties comme infinies, plus grandes que soi ou comme permanentes, invariables et absolues. Il est caractéristique que ces réalités sont perçues comme reçues, comme n'étant pas la propriété de la personne, mais pouvant ou devant être partagées avec d'autres, pour que ces autres en bénéficient aussi. Ceci peut être dit de Vérité, Amour, Vie, Liberté, Justice, Dignité de la personne, Sagesse, Beauté, et dans ce cas, les personnes ressentent ces réalités dans leur fond, avec un contenu presque physique. Pour les croyants, la notion de Dieu fait partie, habituellement, de ces réalités, perçues comme transcendantes, tout en étant ressenties en soi. Par exemple quand une personne consacre sa vie à la cause de la Justice ou quand elle vit une relation intérieure avec Dieu, elle éprouve le contact avec cette réalité comme la dépassant tout en demeurant vivant en elle même.

3.2) Le fonctionnement mental

Mentalement, la personne doit contribuer pour développer son positif : elle doit se servir de son intelligence, faire usage de sa liberté et de sa volonté à bon escient.

L'intelligence concerne toutes les facultés cognitives. L'intelligence a une fonction vaste. Elle a la capacité de conscientiser le vécu personnel, en analysant tout ce à quoi la personne réagit et vibre. Elle participe de manière fondamentale à la conscience de soi, ce qui est essentiel pour s'orienter dans la vie. Elle a aussi, la faculté d'analyser et de comprendre les phénomènes extérieurs, le contexte social, politique national et mondial. Elle agit par de la réflexion, le raisonnement et en mettant en œuvre son

imagination. Elle s'exprime par des pensées, écrits, paroles et dans la création artistique. Quand l'intelligence fonctionne de manière ajustée, il n'y a pas de décalage entre le senti et les mots et expressions que l'on emploie pour le décrire. Carl ROGERS emploie le terme de « congruence » pour évoquer cette adéquation. Fonctionnant ainsi, l'intelligence vit simultanément rigueur et ouverture. Elle n'enferme pas le réel dans la perception qu'elle en a aujourd'hui, elle s'en laisse instruire. Elle reste ouverte à tout ce qui peut enrichir sa connaissance de la réalité même si c'est au prix d'une remise en cause des représentations qu'elle avait acquise antérieurement. Ceci peut se traduire chez quelqu'un qui dit après un discernement : « je pensais prendre telle décision, mais j'ai changé d'avis. »

La liberté concerne le fait de pouvoir choisir, quel que soit le résultat de la décision.

La capacité d'être libre n'apparaît que tardivement dans l'évolution de la personne, contrairement aux autres fonctions ; en choisissant de dire oui ou de dire non, la personne devient capable de s'affirmer, de s'approcher de quelqu'un ou de s'en éloigner, de s'investir ou de se désinvestir dans une tâche. Etre libre est intimement lié au fait d'être humain, et en assumant sa liberté et la responsabilité qui en découle, une personne parachève son humanisation.

Au début de la vie ce sont les autres qui décident pour soi ; l'enfant est trop peu conscient de ce qui se passe en lui et ne peut par conséquent distinguer ce qui est bon pour lui de ce qui ne l'est pas dans le bouillonnement de ses besoins, de ses envies, des idées qui lui traversent l'esprit,

de ses réactions, des messages de sa conscience profonde qui commencent à lui parvenir. Il est d'ailleurs peu conscient même du bien fondé de ce qu'on lui dit de faire. Il dépend de son entourage car il ne peut pas subvenir seul à ses besoins vitaux, physiques et psychologiques. Françoise Dolto disait que l'enfance est caractérisée par la dépendance aux autres. L'enfant se conforme à ce que lui dictent les autres, et reçoit en retour, affection, reconnaissance et sécurité.

A l'adolescence, les jeunes doivent passer par une contre dépendance pour accéder à leur liberté, en expérimentant la solitude constructive par un choix personnel. Leur liberté se dégage progressivement, en alternant ce qui demeure de la dépendance et des choix plus libres. Dans cette phase, ils ont besoin de rencontrer des adultes capables de dialoguer avec eux avec respect de qui ils sont en train de devenir, tout en donnant des repères clairs.

La volonté est la capacité de mobiliser des énergies et de faire des efforts pour réaliser ce qui a été décidé ; autrement dit, une personne se donne « les moyens de ses ambitions ».

La volonté n'intervient pas en premier dans une action ou un comportement, mais seulement après l'analyse de la situation et l'évaluation du bien fondé de l'action. La personne est consciente de son investissement, elle n'agit pas par automatisme, réflexe ou par impulsivité. Le potentiel de volonté est cependant différent pour chaque personne. Il dépend de l'éducation reçue, d'un facteur constitutionnel, puis de la nature et de la force des motivations. Par exemple, après un

accident qui aura laissé des séquelles physiques, certaines personnes se donnent tous les moyens nécessaires pour travailler leur rééducation et pour sortir du handicap, d'autres en revanche se découragent et leur récupération ne sera pas aussi bonne qu'elle pourrait être.

4) Devenir adulte dans la relation à l'autre

Devenir adulte, c'est aussi la capacité d'exister dans les relations affectives. Parmi les relations affectives, on peut citer :

- les relations d'amitié, où la relation est vécue d'égal à égal, avec réciprocité ;
- les relations de croissance, où la relation est vécue à partir d'un besoin, celui de grandir intérieurement ou de guérir de ses blessures du passé ;
- les relations familiales, où il y a des relations d'égal à égal, mais aussi des relations avec une certaine verticalité, car les enfants sont en droit d'attendre que les parents répondent bien à leurs besoins de devenir qui ils sont au fond d'eux-mêmes, comme aussi à des besoins plus matériels ;
- des relations d'éducation, où les personnes en fonction éducative, prennent des initiatives envers les autres.

A l'adolescence se réveillent beaucoup d'aspirations. Ce peut être surprenant pour des parents de constater que les adolescents changent, se passionnent pour un sport ou deviennent éperdument amoureux de quelqu'un.

Le désir d'être avec un (une) partenaire se réveille très fortement à l'adolescence. Ainsi est faite l'expérience d'un sentiment amoureux. Il y a la personne réelle, mais sa vision est modifiée par l'idéalisation : ses qualités sont majorées, ses limites sont relativisées voire niées. Cette personne rencontrée va réveiller une attente vers un plus être et elle va faire partie des facteurs qui vont aider l'adolescent à se séparer de son milieu familial.

Il est important d'insister sur l'apprentissage de la frustration. Même si je suis amoureux d'un (une) ami(e), cette personne ne m'appartient pas. Si cette personne refuse de répondre à un besoin chez moi, c'est son droit. Au niveau de sa liberté elle peut dire oui ou non à une demande de ma part.

On peut dire à ce sujet, que toute frustration peut être transformée en une chance pour devenir plus soi : la personne qui me refuse quelque chose ou qui se refuse, me renvoie à moi-même. Le fait de ne pas recevoir ce que j'aimerais, fait mal, mais je peux le transformer en une quête en m'appuyant plus en moi-même, en m'interrogeant avec l'une ou l'autre des questions suivantes :

- qu'est-ce que je peux développer de moi, alors que j'avais plutôt compté sur l'autre ?
- comment est-ce que je peux m'exprimer davantage, alors que j'avais tendance à me cacher dans ou derrière l'autre ?

Apprendre à assumer les différentes frustrations est essentiel pour devenir un homme ou une femme. Ainsi la personne avance sur le chemin de sa solitude

personnelle. Et au cœur de soi, il y a une partie où chacun est seul ; il est responsable devant sa conscience où il vit la responsabilité devant les divers dons qu'il porte en lui, qu'il peut développer ou non.

Un exemple d'une difficulté d'assumer la frustration, c'est la tentative de suicide en réponse à une contrariété avec les parents ou à la rupture d'avec le petit copain ou la petite copine. Ce comportement de tentative de suicide est un réflexe, la personne n'a pas réfléchi : souvent après, les personnes ne peuvent pas dire, comment cet acte est arrivé. Elles restent dans la revendication d'un besoin, en insistant sur le manque. Elles voudraient transformer la réalité à leur goût, au lieu d'accepter la situation nouvelle. Un accompagnement est conseillé à toutes les personnes qui ont fait une tentative de suicide, pour leur permettre de comprendre comment ce geste est arrivé, en mettant des mots à la place des comportements, et en apprenant progressivement, à prendre appui en elles-mêmes.

Un autre exemple de la difficulté pour devenir adulte, ce sont les adolescents à tendance ascétique. Ils sont plutôt solitaires, ont peu de relations affectives, mais ils peuvent avoir un vrai ami du même sexe : ils évitent plutôt les amitiés du sexe opposé. Le propre de l'ascétisme est que ces personnes se privent de certains besoins primaires comme de celui de manger des sucreries, de regarder la télévision ou d'aller au cinéma. Elles développent une passion pour une ou deux activités dans laquelle elles entrent à fond, en acquérant parfois des compétences exceptionnelles. Leur vie affective en revanche leur fait peur. Quand

elles rencontrent un (une) ami(e) du sexe opposé, elles commencent à sortir du comportement ascétique.

5) Les pièges sur la route de devenir adulte

Il existe de nombreux fonctionnements qui peuvent devenir des pièges sur le chemin de devenir adulte. On peut nommer :

- la difficulté de se séparer des parents et d'oser exister, soi, selon ses goûts, selon ses aspirations profondes, prenant appui dans le potentiel de son être ;
- l'inverse, c'est-à-dire, l'enferme-ment en soi, en refusant de prendre des conseils, en refusant même le dialogue : ici les personnes persistent dans une contre-dépendance, en voulant appliquer leurs idées, comme elles les entendent ;
- la déviance dans des actes anti-sociaux, avec la délinquance ;
- les différents phénomènes addictifs, qui sont des problèmes de comportements ;
- la tendance à la fusion avec un ou une ami, ou à plus forte raison avec le petit copain ou la compagne. Il s'agit de confondre ses propres besoins avec les besoins de l'autre, et de la difficulté à choisir librement, de soumettre toute décision à celle de l'autre, au point parfois de ne plus prendre de décisions. La fusion peut être une étape dans une vie avec une partenaire ; les personnes sont souvent inconscientes qu'elles vivent ce piège.
- Pour sortir de la fusion, les personnes passent nécessairement par une contre-dépendance où elles refusent de décider en fonction du partenaire, ceci peut prendre des allures parfois violentes où les personnes expriment des conflits et

s'affrontent. Un accompagnement peut être conseillé pour que les personnes apprennent à continuer à communiquer ensemble, car il y a ici un risque de rupture de la relation. Dans la contre-dépendance, les personnes recherchent à se vivre indépendantes. Cependant, être indépendant ne veut pas encore dire être libre dans la relation. En accédant à la liberté, les personnes peuvent intégrer le principe d'interdépendance, ce qui veut dire, qu'elles ont besoin des autres et que les autres ont besoin d'elles, mais avec chacun à sa juste place, pour être pleinement soi.

6) Quelques moyens qui aident pour devenir adulte

6.1) Apprendre à se connaître

On peut entendre parfois que quelqu'un s'exclame : « je me connais ! » Il ne faut pas le dire trop vite. Se connaître peut recouvrir la notion : savoir des choses sur soi ; connaître son histoire personnelle ; avoir des idées sur soi : un projet, un idéal que l'on voudrait atteindre.

Or, la véritable connaissance de soi commence grâce à un travail sur soi : en accueillant ses sentiments et sensations, puis en apprenant à analyser ces sensations, pour connaître leur contenu et leur sens caché. Grâce à ce travail sur soi, se fait un ajustement de l'image de soi en modifiant certaines idées sur soi, et progressivement la personne intègre des éléments nouveaux dans son sentiment de conscience d'elle. Par exemple, une personne disait après le sevrage de l'alcool : « je ne suis pas quelqu'un de construit ; en buvant, j'étais tout le temps dans la fuite, je ne voulais pas voir ma vérité. » En disant non à l'alcool, la personne

pourra maintenant apprendre à choisir sa vie, en se découvrant sans l'artifice de l'alcool.

6.2 Apprendre à exprimer ses aspirations et ses besoins

Il y a une aspiration fondamentale qui est l'aspiration à exister et à devenir soi. Elle peut être trouvée en chaque être humain, mais elle peut être plus ou moins enfouie derrière des convenances ou un conformisme. Beaucoup de personnes n'osent pas s'affirmer, ni dire leur opinion, elles préfèrent se cacher derrière l'opinion de quelqu'un d'autre. Parfois on dit d'eux, qu'elles ne disent jamais le fond de leur pensée. Les autres aspirations, c'est-à-dire, des désirs de réaliser une tâche ou une œuvre, peuvent souvent être ramenées à cette aspiration fondamentale d'être soi et de vivre comme quelqu'un d'incarné et de vivant.

Le corollaire de l'aspiration à exister est le besoin d'être reconnu en cette aspiration à devenir qui on est. Ceci traduit déjà la réalité des relations humaines. Nous sommes en interaction constante avec les autres et nous souhaitons de manière légitime que nos efforts soient perçus, vus, acceptés et reconnus par les personnes qui nous entourent. Ce besoin est vécu depuis l'enfance, et il constitue la base de l'apprentissage de la relation affective. Chaque personne est en attente légitime qu'on lui reconnaisse le droit d'exister comme elle est, surtout dans tout ce qui constitue le cœur d'elle-même. C'est même plus essentiel que de recevoir de la tendresse qui est certes bienfaisante, mais

qui ne peut pas combler un manque de reconnaissance fondamentale.

Sur le chemin de devenir soi, et de devenir adulte dans la relation, il est important d'apprendre à exprimer ses aspirations et besoins à l'autre, cependant dans le respect de qui est l'autre et de ces limites. Certaines personnes ne réussissent pas à exprimer leurs besoins, elles espèrent que l'autre les devine. D'autres en revanche expriment des besoins mais avec harcèlement et dans la revendication : elles n'ont pas appris la mesure, ni réussissent à différer ces besoins. Dans les deux cas, elles comptent beaucoup sur l'autre, au lieu de chercher, comment s'appuyer sur elles-mêmes. Elles continuent une dépendance affective à l'égard de l'autre, ce qui est un fonctionnement de l'enfant.

6.3) Faire confiance en ses intuitions profondes

Concernant les intuitions, il y a des idées reçues qui sont à nuancer : on a tendance à opposer « l'intuition féminine » à la « raison masculine ». En fait, l'intelligence de l'être se manifeste par des intuitions profondes.

Comme exemple d'intuitions, on peut citer le phénomène des paroles intérieures tel décrit par la formation PRH :

Parfois, il s'agit de paroles entendues en soi, comme une voix intérieure ou venant de la part de quelqu'un d'autre, avec une densité et un contenu apportant des connaissances neuves.

A d'autres moments, il peut s'agir de lumières intérieures, s'accompagnant ou non, de paroles.

Et il peut s'agir d'intuitions profondes qui comprennent de fortes invitations à agir, à contacter quelqu'un, à changer quelque chose dans sa vie.

Comme exemple d'intuitions profondes on peut indiquer, lorsque un enfant dit à ses parents, qu'il voudrait opter pour telle profession. Cependant, il peut aussi répondre à une aspiration de sa sensibilité, laquelle est motivée par un idéal : ce phénomène se réveille fortement à l'adolescence.

Pour y voir clair : Un discernement est nécessaire. Une aspiration sensible peut se perdre au bout d'un certain temps, si elle est satisfaite, elle s'épuise petit à petit. Une intuition profonde en revanche continue à donner du contenu, de l'épaisseur, elle produit du fruit, elle alimente la motivation profonde, c'est comme si elle continuait à parler en disant : « oui, c'est cela, continue à concrétiser ce que tu sens en toi. »

6.4) Suivre sa conscience profonde

La conscience profonde est un centre de référence interne perçu au tréfonds de soi. C'est comme un « lieu de consultation » où on peut prendre conseil avec soi-même. Ici, ce que l'on est et ce que l'on fait, peut être évalué, comme aussi de passer en revue, si une décision à prendre sera bonne ou pas bonne.

On a souvent décrié le rôle de la conscience morale comme ne jugeant que le bien et le mal. On a dit qu'ainsi les personnes étaient chargées de culpabilité. Cependant, dans une certaine éducation, les notions du bien et du mal ne sont plus transmises, comme si les enfants devraient tout découvrir par eux-

mêmes, ce qui n'est pas possible, car le processus de devenir adulte et responsable passe par la confrontation avec les repères donnés par d'autres adultes pouvant servir de guides.

Suivre la conscience profonde introduit une nouvelle notion, de soumettre la prise d'une décision au discernement, si elle contribue à la croissance du meilleur de la personne, est-ce qu'elle rend heureux en profondeur, est-ce qu'elle donne du sens à la vie. Les personnes sont ainsi invitées à discerner de la portée d'un acte avec son pouvoir de les construire ou non. En revanche, ceci est à nuancer aussi : il ne s'agit pas de devenir égocentrée en ne pensant qu'à soi.

La conscience profonde tient compte de tout cela : de ce qui est bon pour soi, et du contexte avec les autres qui peuvent contribuer à cette croissance et qui doivent être respectés en leur liberté.

7) Quelques repères pour les parents

Il s'agit d'accompagner les enfants devenus adolescents vers l'autonomie de l'adulte. C'est une route longue qui commence à la naissance. Les enfants attendent des parents d'avoir toujours au moins une longueur d'avance, notamment quand ils ont commis des erreurs, pour être accueillis, pardonnés, guidés. On peut distinguer plusieurs balises sur cette route :

7.1) Se positionner en tant que parent

Les enfants attendent des parents qu'ils donnent des indications claires concernant ce qu'ils attendent d'eux. Ils veulent savoir ce que pensent les parents, ce qu'ils aiment et désirent. Ceci contribue à la naissance du

sentiment de sécurité fondamentale chez l'enfant. A l'inverse, il est très insécurisant pour un enfant quand il perçoit son parent dans une non demande à son égard, quand le parent ne prend pas les décisions qu'il doit prendre ou quand il n'exprime pas le fond de ses pensées. Comme exemple, on peut indiquer les conflits autour des devoirs à l'école : tout en rechignant à les faire, les enfants attendent que les parents les y obligent.

7.2) Mettre des limites

Le fait de guider l'enfant, signifie à certains moments, la nécessité de mettre des limites. Un enfant n'a pas le droit de tout faire. Il a besoin d'apprendre à occuper son espace de liberté, ce qui comporte que les parents le lui définissent. L'apprentissage de la prise de décisions est facilité à partir de limites claires. Mettre des limites peut être douloureux, en particulier quand les enfants font une demande que les parents ne souhaitent pas leur accorder. Dans d'autres cas, les adolescents agissent sans en parler aux parents, ou en les mettant devant le fait accompli. Certaines fois, la relation paraît coupée. Les parents peuvent être tentés de démissionner, en laissant faire, même s'ils ne sont pas d'accord avec le choix ou le comportement des adolescents. Reprendre le dialogue, faire valoir des exigences peut demander beaucoup d'énergie.

7.3) Dialoguer

Les enfants attendent des parents, de pouvoir toujours parler avec eux. Ils veulent exprimer leurs besoins, souhaits, désirs avec une exigence de réponse. Ils ne supportent

pas la rupture du dialogue ou que les parents interdisent sans nuance ni argumentation. Ils veulent comprendre le pourquoi de la décision. Dialoguer veut dire que les parents et enfants / adolescents cherchent la solution ensemble. L'adolescent se pose des questions, il cherche des réponses. Le parent peut ne pas avoir des idées toutes faites et douter de ce qu'il convient de faire. Il est essentiel pour le jeune de sentir le parent à la fois ouvert à sa propre recherche comme ferme sur les limites à ne pas dépasser. Dans la manière de dialoguer, chaque famille a son propre fonctionnement, sa façon d'agir, sa morale, son système de pensée, son orientation. Les enfants sont très perspicaces concernant la cohérence : est-ce que les parents vivent ce qu'ils disent ?

7.4) S'autoriser à ne pas être parfaits

Les enfants n'ont pas besoin d'avoir des parents parfaits mais des parents vrais, capables de reconnaître leurs propres erreurs, se mettant en question, exprimant leurs propres doutes tout en cherchant la solution avec les enfants.

A l'inverse, la quête de perfection peut rendre les personnes rigides. Elles développent des jugements négatifs sur les autres, elles se ferment. Face à des personnes fermées, l'enfant est arrêté dans son élan, il peut avoir le sentiment d'étouffer dans la situation familiale.

7.5) Aimer sans faille

Aimer l'autre quand il correspond à l'image de notre propre désir est facile. En revanche, l'amour est mis à l'épreuve quand

l'enfant fait des choix que les parents désapprouvent, comme des choix que les parents ne comprennent pas ; des désirs qui dérangent l'organisation familiale, comme celui de terminer la scolarisation ailleurs qu'au domicile.

Il peut s'agir du choix d'un partenaire non accepté par les parents ; du non investissement dans le travail scolaire ou professionnel ; parfois il s'agit de voies déviantes comme la prise de drogues, l'alcoolisation, la délinquance.

Face à ces choix et / comportements, les parents peuvent être jusque dans leurs derniers retranchements. Il est essentiel pour l'adolescent, qu'il soit toujours aimé, quoiqu'il ne fasse. Cependant, aimer son enfant ne veut pas dire, ni le laisser faire tout ce qu'il veut, ni approuver tout ce qu'il fait.

7.6) Inviter l'enfant à rejoindre le meilleur de lui et à prendre ses décisions en fidélité à sa conscience profonde

Il s'agit de l'inviter à rejoindre ce qui est le plus profond en lui. Il est bon que les parents reflètent le positif qu'ils observent chez l'enfant, ses dons, capacités, ses aspirations profondes. Ainsi l'enfant peut se constituer une image positive de lui, lui permettant de prendre confiance en lui. Encore faut-il que les reflets soient justes et non pas exagérés.

Apprendre à prendre des décisions est un des aspects essentiels de l'éducation. Si les décisions sont prises en fidélité à la conscience profonde, elles construisent la personne en lui permettant de suivre son chemin en réussissant sa vie.

7.7) Se désapproprier de son enfant

C'est un exercice difficile et pourtant tellement libérateur. Mettre les enfants au monde signifie les donner au monde pour qu'ils prennent leur vie en mains et qu'ils avancent plus loin que les parents. Dans son cheminement, l'enfant doit se séparer des parents. Chaque acte où il agit individuellement, peut être perçu comme une douleur de la part du parent. Cependant, il est invité à s'ouvrir à la nouvelle vie de son enfant, à ouvrir ses propres mains en le laissant partir, tout en assurant les arrières pour que l'enfant puisse toujours revenir quand il en a besoin, ne serait-ce pour se ressourcer en famille. L'accompagnement des enfants continue tout le temps, jusqu'à la fin de la vie des parents.

**Dr. Thomas Wallenhorst
21140 Semur-en-Auxois**

2° CONFERENCE DEBAT

ADOLESCENCE ET PREVENTION DES MALADIES PSYCHIQUES

La prévention des troubles psychiques est une préoccupation qui selon Francis Jan est encore négligée dans notre société. Avec une prise en charge précoce, le pronostic d'évolution vers une amélioration de l'état psychique est de manière générale plus favorable.

Nos préoccupations portent sur les points suivants :

- . la continuité des soins,
- . la collaboration avec la psychiatrie générale et d'autres intervenants comme l'Education Nationale,
- . Comment éviter l'hospitalisation souvent traumatisante,
- . Comment empêcher l'exclusion du système scolaire.

Il existe plusieurs sortes de prévention :

- * la prévention primaire pour écarter l'apparition des troubles,
- * la prévention secondaire pour traiter dès la détection des symptômes,
- * la prévention tertiaire pour diminuer les incapacités et les récidives.

LE POINT DE VUE DE LA PSYCHIATRIE ADULTES

par le docteur Capitain

Chef de Service CHS La Chartreuse Dijon

Médecin référent de l'UNAFAM21

Quand les psychiatres parlent de prévention ils font surtout référence à la prévention secondaire c.a.d. le dépistage des premières affections et les premiers traitements, la prévention tertiaire se situant par rapport au handicap induit par la maladie.

En matière de prévention, les problèmes de santé publique qui portent sur des catégories de populations et donc, pour ce qui nous intéresse, sur le groupe des adolescents (15/25ans), ne sont pas très éloignés de ceux de l'approche médicale qui, elle, s'adresse à un individu souffrant.

En matière d'épidémiologie, il est très difficile d'appréhender aujourd'hui, de manière claire, la fréquence des différents

troubles qui constituent le fondement même de l'évaluation des besoins en santé mentale.

La santé mentale est un état déterminé par des facteurs sociaux, environnementaux, biologiques et psychologiques d'où la complexité du travail de la psychiatrie si elle veut tenir compte de tous ces éléments.

La part des troubles de santé mentale dans les troubles en général est considérable, environ 11%. Une projection sur 2020 rend probable le chiffre de 15%.

En tête vient la dépression, puis l'alcoolisme, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie (1% de la population), les troubles obsessionnels compulsifs.

Il faudrait aussi parler des troubles de personnalité qui constituent un pourcentage important d'une façon de souffrir. Ces comportements apparaissent nettement à l'adolescence et peuvent rendre difficile la distinction entre une crise d'adolescence et une pathologie débutante.

Une grande étude épidémiologique américaine en population générale a révélé que 50% des sujets interrogés avaient eu, dans leur vie, un trouble psychique (de la simple phobie au gros épisode) et 30% dans l'année précédente.

La réponse au phénomène ne peut pas être uniforme, il faut établir une hiérarchie et le secteur psychiatrique a du mal à assurer à la fois la prévention, le soin et à travailler sur le handicap.

Les troubles mentaux débutent le plus souvent à l'adolescence. Des comportements de dépendance aux drogues ou à l'alcool sont les révélateurs d'un malaise interne qui, dans le cas d'une toxicomanie, peut masquer une schizophrénie naissante.

Cette pathologie survient en effet entre 15 et 25 ans (un peu plus tard chez les filles),

au moment où la personne va accéder à un statut d'autonomie ou le revendiquer. Si une prévention primaire vers cette tranche d'âge devait être envisagée, elle pourrait être initiée par la psychiatrie adultes avec l'aide de la pédopsychiatrie. Mais actuellement, reste entière la question de l'organisation pour aller vers ces adolescents (à partir de 16 ans), le danger étant de stigmatiser des individus à risque.

De manière générale, les jeunes acceptent mal la maladie, le handicap et les traitements. Dans le cas de la maladie mentale, après un premier épisode, les arrêts de soins sont fréquents. Il est donc crucial que les thérapeutes proposent pendant cette période un accompagnement afin de maintenir les investissements essentiels et d'éviter les rechutes.

Commencent à l'adolescence, si ce n'est plus tôt, les difficultés liées à l'anxiété et surtout aux dépressions. Il n'est pas anodin de faire une tentative de suicide à cet âge : le risque de récurrence dans l'année n'est pas négligeable comme le sont également les incidences sur le long terme. Une dépression sévère ne laisse pas indemne. Un à deux ans sont nécessaires pour se reconstruire et après, persiste une fragilité. La question de la dépression à l'adolescence demande une vigilance toute particulière parce qu'elle engage l'avenir de la personne.

LE POINT DE VUE DU PRATICIEN PEDOPSYCHIATRE

par Madame le docteur Liebschutz
Chef de Service en Pédopsychiatrie
CHS La Chartreuse Dijon

Il est compréhensible que le souci de la prévention à l'adolescence soit si important,

vue de la psychiatrie générale et probablement de la population.

En s'occupant d'enfants très jeunes, la pédopsychiatrie est inscrite dans une prévention plus tangible et plus active que la psychiatrie générale qui voit arriver, notamment dans le secteur public, des pathologies lourdes et doit faire appel à une prévention qui malheureusement ne dépend pas beaucoup d'elle.

La prévention par rapport à l'adolescence, comme par rapport à l'âge adulte, commence très tôt.

En ce qui concerne la petite enfance, les troubles les plus importants sont :

* Les troubles envahissants du comportement. Sous ce chapitre, on trouve toutes les variations de troubles communicationnels qu'un bébé a avec sa mère, avec son substitut... Il est important de les diagnostiquer le plus vite possible. Plus on agit rapidement, plus on récupère un maximum de lien.

* Les petits troubles de distance concernent les enfants à qui on permet tout (les enfants roi). Ces enfants n'arrivent pas à se construire, à s'appuyer sur une sécurité interne, dans une civilisation de l'immédiateté, où le transgénérationnel est difficile à faire passer, compte tenu d'une évolution très rapide sur certains points (l'imagerie, la consommation). L'ennui est banni de notre société, même pour les enfants qui ont donc peu de temps à passer avec eux-mêmes. Est remis en cause la construction du sujet qui se fait aussi sur l'ennui et sur les ressources qu'il peut trouver en lui-même.

La phase de latence, celle de l'école primaire, est dite « silencieuse ». Les troubles existent cependant : ceux qui ont déjà été constatés dans la petite enfance et aussi des disfonctionnements comme les phénomènes dépressifs, l'échec scolaire, les difficultés de l'apprentissage... sur lesquels les outils mis à notre disposition nous permettent d'agir.

La préadolescence et l'adolescence.

Il convient de distinguer les troubles qui apparaissent avant la préadolescence et qui font déjà l'objet d'un suivi, des pathologies qui surviennent à la préadolescence et à l'adolescence en première intention.

Pour le jeune, il y a des seuils à franchir correspondant assez régulièrement à des phases scolaires : les âges de la maternelle, du CP, de la sixième, de la seconde. Ce sont des étapes de séparation qui peuvent faire apparaître des manifestations réactionnelles, à savoir des troubles d'autonomisation avec des comportements régressifs. On constate des stress, de l'anxiété, de l'angoisse qui participent totalement des mouvements de phobie (phobie scolaire par exemple).

Entrent en jeu des phénomènes de deuil (au sens de séparation) avec la difficulté de tourner des pages, des phénomènes de violence éventuellement, d'abus de la part des adultes et parfois entre copains, des séparations, interviennent aussi les troubles des adultes autour d'eux.

Tout ceci n'entraîne pas de psychopathologies répertoriées mais peut mettre en œuvre des mécanismes où l'enfant peut se sentir débordé.

Le travail de prévention est de prendre en compte ces facteurs. Sans les dramatiser, il

ne faut pas les minimiser et devant une situation qui se détériore ne pas hésiter à prendre conseil auprès d'un professionnel. L'adolescent qui n'aurait pas trouvé le bon endroit pour poser son conflit du moment peut se tourner vers des fréquentations qui ne l'aident pas. A cet âge, la loyauté entre pairs est une valeur importante, mais certains n'arrivent pas à trouver en eux la bonne distance et s'embarquent dans des relations qu'ils ne maîtrisent pas.

Pour entrer plus avant dans les déclinaisons psychopathologiques, mentionnons :

- * Les phobies déjà évoquées.
- * Les tocs avec différentes méthodes ou réponses thérapeutiques (psychothérapiques, comportementales...).
- * Les tentatives de suicide, les très graves et les plus légères qui sont des appels au secours. Quelque soit la tentative de suicide, il faut prendre contact avec un soignant pour une évaluation.
- * Les difficultés de réponse à la frustration. La consultation peut dans, ce cas précis, apporter énormément en reprenant les histoires transgénérationnelles, la périnatalité, les faits actuels, en remettant ainsi du lien.
- * Les conduites addictives (alcool, drogues...). Quand elles sont ponctuelles, on peut juger qu'il s'agit d'un moindre mal. Par contre, quand on constate l'absence de distance par rapport à la consommation, la situation devient inquiétante.

Les psychoses qui démarrent à l'adolescence sont la préoccupation majeure pour tous.

La moins terrible est la bouffée délirante qui peut ne plus se reproduire.

L'entrée dans la schizophrénie demande une collaboration entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale.

En dehors du sanitaire, les accompagnements les plus difficiles à mettre en place concernent les pathologies lointaines et qui continuent, et les pathologies lourdes d'emblée à l'adolescence, (sur Dijon, un projet d'hôpital de jour pour adolescent est en cours).

Les modalités de réponses vis-à-vis des adolescents doivent être éclectiques. Les psychothérapies ne sont pas à éliminer mais les accompagnements familiaux sont très importants ainsi que les accompagnements psychothérapeutiques médiatisés (activités avec un support, car les adolescents acceptent mal la parole seule).

Les accompagnements médicamenteux sont pratiqués même si la pédopsychiatrie a beaucoup de difficultés à se situer par rapport à des médicaments préconisés pour des troubles importants.

Faire de la prévention dans des endroits qui ne sont pas sanitaires (l'Education Nationale notamment) n'est pas opportun. C'est le travail de réseau qui permet d'être tout à fait en cheville avec cette institution. La présence de la psychiatrie au sein du réseau est une présence d'information et non pas pour rendre service in situ, et ce parce que les dérives peuvent arriver très vite.

LES PSYCHOTHERAPIES CHEZ LES ADOLESCENTS

par le docteur Viret
Psychiatre libéral Dijon

Le sujet est discutable. Un grand psychanalyste, Mélanie Klein, pensait qu'il ne

pouvait pas y avoir de psychothérapie à l'adolescence. Alors comment accueillir ces jeunes qui expriment une souffrance ? Car c'est aussi un âge où les grandes pathologies se déclenchent.

Pour quelle raison l'adolescence est une époque où l'on ne fait pas de psychothérapie ? Il est en effet préférable de parler d'accompagnement dans ce moment particulier. Le passage à l'âge adulte est une période de changement. L'adolescent va s'écarter de l'autorité exercée précédemment par la famille pour prendre de l'autonomie. (Le service militaire constituait, au moins pour les garçons, une zone intermédiaire qui facilitait ce passage). Se pose la question de savoir comment se fait cette transition.

Vis-à-vis des acquisitions notamment scolaires, on assiste, soit à un désinvestissement, soit à une surévaluation de l'école, soit à une dévalorisation des enseignements.

Les rêveries présentes chez les garçons et les filles peuvent induire, pour des raisons de contingence face à la réalité, des moments de dépression, d'anxiété ou des idées de suicide.

C'est aussi un moment d'invention.

Par ailleurs, le rapport au corps évolue. Plus que le changement physique la rencontre entre les filles et les garçons produit une différence radicale au niveau de l'économie du corps (piercing, tatouage, alimentation...). Utilisée comme mode de satisfaction, la drogue est une façon de gérer ces phénomènes de corps et de remettre en cause l'autorité.

Sur le plan de l'invention, le bavardage et la communication (SMS, téléphone...) sont caractéristiques de cette période.

Comment parmi toutes ces manifestations identifier celles qui peuvent être révélatrices d'un trouble psychique ?
Comment rencontrer ces adolescents ?
Déjà, ils trouvent eux-mêmes des solutions (conversations, théâtre ...).
Pour les professionnels, la voie est actuellement celle du réseau. Les adolescents ont besoin de lieux. L'hôpital est celui qui dispense les soins. En amont, pour les plus petits une prévention, un dépistage doivent être mis en place. Pour les adolescents il est préférable d'ouvrir des lieux d'accueil. Ils y viennent par le bouche à oreille et n'auraient sûrement pas fait la démarche à l'initiative d'un psychiatre (dans le cadre scolaire). Il est important d'éviter, à l'adolescence, de symptomatiser. Les jeunes veulent s'en sortir seuls, sans l'aide de leur famille ou de leurs professeurs d'où la nécessité de réseaux.

LE POINT DE VUE DES MEDECINS DE TERRAIN

par le docteur Milleret

Chef de service CHS La Chartreuse Dijon

Comment amène t'on les personnes à se soigner, à prendre conscience de leurs difficultés ? Cette question est au cœur du travail de prévention. En matière de soins les professionnels savent faire, par contre, essayer de prévenir les soins est une tâche complexe, d'une autre dimension.

Pour illustrer le thème de notre propos, nous avons choisi de nous inspirer d'une enquête adressée à l'ensemble des médecins généralistes de la Côte-d'Or.

47% des praticiens ont répondu. Ce pourcentage élevé souligne l'importance des problèmes de santé mentale dans les

préoccupations et la pratique des généralistes.

La maladie mentale représente une part conséquente de leur activité.

2/3 pensent que les soins psychiatriques ne sont pas adaptés.

Pour plus de 50% d'entre eux, les lieux qui conviennent le mieux sont les services de psychiatrie ; on atteint 75% quand il est fait référence aux CMP.

La psychiatrie libérale a une image positive pour 2/3 des médecins.

3/4 d'entre eux pensent que les lieux de soins pour des pathologies spécifiques correspondent aux attentes.

Le regard qu'ils portent sur la psychiatrie n'est pas négatif.

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés par les généralistes sont la négation des troubles, la méconnaissance des systèmes de soins en place, la peur de la folie, la mauvaise image de l'hôpital psychiatrique et des psychiatres...

Les reproches que font ces médecins au système de soins portent essentiellement sur l'insuffisance de communication avec les services psychiatriques, la prise en charge et les délais trop longs, le manque de formation complémentaire...

L'enquête reflète les préoccupations des praticiens de terrain en matière de prévention et leur attente en ce qui concerne les soins et le dépistage.

Le point de vue du docteur Brogniant

Médecin généraliste

En médecine générale, la particularité de l'exercice est d'être confrontée à des pathologies diverses dont il faut s'occuper la plupart du temps seul, d'où l'intérêt que constitueraient la création et l'existence de

réseaux au sens strict du terme c.a.d. une organisation des soins qui tourne autour du patient et non autour des structures. Actuellement, dans le domaine psychiatrique ou des conduites addictives, les médecins peuvent se trouver en face de murs à vouloir prendre en charge les malades. La connaissance du système de soins en psychiatrie et le retour d'information font souvent défaut. Ils ne se sentent plus acteurs dans le suivi de leurs propres patients.

Dans l'activité du généraliste la prévention paraît évidente : beaucoup de motifs de consultations sont somatiques et obligent à s'intéresser au fonctionnement psychique.

Pour être efficace, les médecins de terrain devraient pouvoir acquérir une formation et intégrer des réseaux qui sont aujourd'hui l'élément manquant.