

- EDITORIAL.
COMMENT ALLONS-NOUS ?

- PSYCHOÉDUCATION DANS LE
TROUBLE BIPOLAIRE. EXPÉRIENCE
À VINCENT VAN GOGH

- LE PASSAGE DE RELAIS
DANS LES PSYCHOTHÉRAPIES
D'ENFANTS, UNE OPPORTUNITÉ
THÉRAPEUTIQUE ?

- PSYCHOTROPES ET GROSSESSE :
UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

- CARACTÉRISATION D'UNE
POPULATION DE PATIENTS
HOSPITALISÉS SOUS CONTRAINTE
JURIDIQUE À PARTIR DE L'UNITÉ
DE «PSYCHIATRIE D'URGENCE»
DU CHU SAINT-PIERRE PENDANT
UN AN

- EXPÉRIENCE D'UN DISPOSITIF
D'ACCUEIL SPÉCIFIQUE DANS UN
SERVICE DE SANTÉ MENTALE

- LES PRÉFÉRENCES DE LOGEMENT
CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES
DE SCHIZOPHRÉNIE



Comité de Direction :

Julien MENDLEWICZ
 Arlette SEGHERS
 Marc ANSSEAU
 Emmanuel BRASSEUR

Comité de Rédaction :

Rédacteur en chef : William PITCHOT
 Daniel SOUERY
 Michel FLORIS
 Eric CONSTANT
 Charles KORNREICH

Comité Scientifique :

Per BECH (Hillrod)
 Jean BERTRAND (Liège)
 Pierre BLIER (Gainesville)
 Louis BOTTE (Manage)
 Michel CAZENAVE (Paris)
 Paul COSYNS (Antwerp)
 Vincent DUBOIS (Bruxelles)
 Jean-Luc EVRARD (Charleroi)
 Benjamin FISCHLER (Leuven)
 Michel HANSENNE (Liège)
 Jean-Yves HAYEZ (Bruxelles)
 Pascal JANNE (Mt Godinne)
 Lewis JUDD (San Diego)
 Siegfried KASPER (Wien)
 Rachel KLEIN (New York)
 Olivier LE BON (Bruxelles)
 Paul LIEVENS (Bruxelles)
 Paul LINKOWSKI (Bruxelles)
 Juan LOPEZ-IBOR (Madrid)
 Isabelle MASSAT (Bruxelles)
 Jean-Paul MATOT (Bruxelles)
 Christian MORMONT (Liège)
 Patrick PAPART (Liège)
 Eugene PAYKEL (Cambridge)
 Isy PELC (Bruxelles)
 Pierre PHILIPPOT (Louvain la Neuve)
 Charles PULL (Luxembourg)
 Giorgio RACAGNI (Milano)
 Philippe ROBERT (Nice)
 Jean Paul ROUSSAUX (Bruxelles)
 Luc STANER (Rouffac)
 Willy SZAFRAN (Brussel)
 Herman VAN PRAAG (Maastricht)
 Myriam VAN MOFFAERT (Ghent)
 Guy VAN RENYNGHE DE VOXVRIE (Brugge)
 Paul VERBANCK (Bruxelles)
 Nadine VERMEYLEN (Bruxelles)
 Jean WILMOTTE (Charleroi)
 Nicolas ZDANOWICZ (Mont-Godinne)



PSYCHIATRICA BELGICA

Organe officiel de la Société Royale de Médecine Mentale de Belgique (SRMMB)

SOMMAIRE

EDITORIAL. COMMENT ALLONS-NOUS ? W. Pitchot	3
PSYCHOÉDUCATION DANS LE TROUBLE BIPOLAIRE : EXPÉRIENCE À VINCENT VAN GOGH L. Jeunieux, B. Cortello, K. Grosjean, S. Legrand, P. Vanderkelen, P. Fontaine	5
LE PASSAGE DE RELAIS DANS LES PSYCHOTHÉRAPIES D'ENFANTS, UNE OPPORTUNITÉ THÉRAPEUTIQUE? J. Bourguignon, P. Gustin	12
PSYCHOTROPES ET GROSSESSE : UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE J. Barbier, R. Standu, L. Gucciardo, C. Kornreich	20
CARACTÉRISATION D'UNE POPULATION DE PATIENTS HOSPITALISÉS SOUS CONTRAINTE JURIDIQUE À PARTIR DE L'UNITÉ DE «PSYCHIATRIE D'URGENCE» DU CHU SAINT-PIERRE PENDANT UN AN P. Caspar, H. Constant, R. Mimouna, F. Chalant, M. Lamote, S. Zombek, P. Mols, J. Snacken	35
EXPÉRIENCE D'UN DISPOSITIF D'ACCUEIL SPÉCIFIQUE DANS UN SERVICE DE SANTÉ MENTALE P.A. Bogaerts, J.P. Heymans, B. Dispaux	45
LES PRÉFÉRENCES DE LOGEMENT CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE SCHIZOPHRÉNIE K. Roos, B. Gillain, B. Van Tichelen, J. Coussement, V. Francart, I. Hussin	51

Les ACTA PSYCHIATRICA BELGICA paraissent trimestriellement
Abonnement annuel 2012 :
 Belgique : 90 € - Étranger : 90 €

Abonnement : A.M. Allard
 am.allard@beauvallon.be
 Tél. : 081 30 05 02
 Fax : 081 31 23 38

Régie Publicitaire : J.P. Felix
 jean.pierre.felix@skynet.be
 GSM : 0475 28 39 63

Edit. resp. : Dr E. BRASSEUR, Prés. SRMMB
 Siège social SRMMB : 205, rue de Bricgniot,
 B-5002 Saint-Servais/Namur
 ISSN : 0300-8967, dépôt légal dès parution

Le droit de copie de tous nos articles originaux est *strictement* réservé.
 Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Illustration de couverture : *Psyc Art*

EDITORIAL

COMMENT ALLONS-NOUS ?

En ce début d'année 2012, la mutualité Solidaris a décidé de réaliser une enquête sur le « bien-être psychologique » des belges francophones. Cette décision était fondée sur l'observation de la montée d'un profond malaise psychologique au sein de la population générale faisant appel aux services offerts par la mutualité.

Dans cette enquête, le pourcentage de personnes souffrant de dépression modérée à sévère est apparu fort élevé (16%). En fait, il s'agit de la proportion de la population souffrant actuellement d'une symptomatologie dépressive. Cette prévalence est mesurée avec le PHQ-9, un outil validé qui a l'avantage d'être facile d'utilisation et de se focaliser exclusivement sur les 9 critères diagnostiques du DSM-IV-TR. Le PHQ-9 permet de dépister et d'évaluer la sévérité de la *Dépression Majeure*. Un score égal ou supérieur à 15, signe en général la présence d'un épisode dépressif majeur. Un score inférieur à 10 permet d'exclure une dépression. Un score entre 10 et 14 correspond à une « zone grise » dans laquelle on retrouve une certaine proportion de sujets souffrant d'un véritable trouble dépressif.

Sur base du PHQ-9, on peut considérer que plus de 5% de la population souffre d'un épisode dépressif majeur modérément sévère à sévère au moment de l'évaluation. Ce chiffre est plutôt élevé si on le compare aux 4,6% de prévalence sur une période de 12 mois des troubles dépressifs rapportés par l'étude ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, volet belge réalisé en 2001) ou aux chiffres d'études équivalentes à l'enquête Solidaris et utilisant également le PHQ-9.

Un élément assez fiable et percutant qui confirme indirectement la haute prévalence de la dépression est le pourcentage de personnes ayant déjà tenté de se suicider. Dans l'enquête Solidaris, la prévalence sur la vie de la tentative de suicide est de 8%. En outre, 12% des personnes interrogées ont déjà pensé à se suicider. Dans l'étude ESEMeD, le chiffre de prévalence de la tentative de suicide était de 2,9%. En outre, 8% de la population avaient déjà pensé au suicide. Si on réalise une comparaison avec l'étude ESEMeD, on peut conclure que, sur une période de plus de 10 ans, les comportements suicidaires ont augmenté sensiblement. Ils reflètent de manière assez inquiétante la souffrance psychologique de la population et, indirectement, l'importance du désespoir.

Les facteurs socio-environnementaux sont visiblement une source importante d'inquiétude. La santé, les enfants et le travail représentent les principales préoccupations de la population. En particulier, la situation socio-économique et le risque de perdre son identité nationale à la suite d'une crise institutionnelle, deux sujets particulièrement insécurisants depuis environ 5 ans, semblent expliquer en partie la mauvaise santé psychologique de la population. Les résultats de l'enquête suggèrent une relation entre une aggravation de la situation socio-économique et la dépression. Ces données sont en accord avec la littérature et tendent à confirmer que la dépression touche les populations les plus défavorisées sur le plan socio-économique, comme les chômeurs et les familles mono-parentales.

La majorité des personnes exprimant une souffrance psychologique dit ressentir un besoin d'aide ou d'accompagnement. La famille, les amis, le conjoint restent les principales sources d'aide. Malheureusement, dans un monde de plus en plus individualiste, voire égoïste, caractérisé par une grande instabilité des structures familiales, ces sources d'aide sont vraisemblablement de moins en moins efficaces. De par leur faible visibilité et/ou leur mauvaise image, les aides professionnelles (psychiatres et psychologues) sont peu sollicitées. Au niveau des prestataires de

soins, le généraliste joue un rôle déterminant en tant qu'intervenant de première ligne, plus de 2 personnes sur trois étant prêtes à solliciter son aide. Cependant, seuls 52% des personnes souffrant de problèmes psychiques avouent avoir déjà réalisé cette démarche. Le médecin de famille intervient dans le diagnostic et le traitement des troubles psychiques, mais aussi dans la coordination des soins quand le patient est également pris en charge par un psychologue ou un psychiatre. Pourtant, les personnes prises en charge par un psychiatre ou un psychologue sont rarement orientées vers ces professionnels par leur médecin traitant. Le psychologue est plus souvent sollicité que le psychiatre. Ce dernier est pénalisé par la stigmatisation dont il est l'objet.

En Belgique, malgré une importante offre de soins pour les problèmes émotionnels et les troubles psychiques et un système de sécurité sociale très solide, les structures professionnelles sont peu utilisées et globalement assez mal différenciées. En outre, si le patient est pris en charge, le traitement est souvent peu optimal, les indications thérapeutiques étant généralement mal évaluées. D'abord, la population perçoit assez mal les différences et spécificités du psychologue, du psychiatre ou du psychothérapeute. L'aspect financier peut évidemment constituer un frein à la démarche de recherche d'aide. L'explosion des nouvelles approches psychothérapeutiques, véritables modes surfant sur la souffrance grandissante et sur le désarroi de la population, obscurcit encore un peu plus le paysage de l'offre de soins psychologiques et/ou psychiatriques.

Cette enquête met en évidence qu'une proportion importante de la population souffre de troubles psychologiques importants. On observe une tendance à l'aggravation de la situation. La santé mentale de la population est mauvaise. La grave et longue crise financière que nous traversons joue manifestement un rôle important dans la détérioration du sentiment de bien-être psychologique. En Belgique, le risque réel de perdre son identité nationale a vraisemblablement favorisé un sentiment d'insécurité et généré une forme de désespoir. Les conséquences sur le plan psychologique, voire psychiatrique, seront sans doute dramatiques. Nous devons nous préparer à assumer une augmentation des demandes de prise en charge des troubles psychiques. Au sein de la SRMMB, nous serons sans doute amenés à proposer aux autorités des pistes de solution. Mais, la première étape sera sans doute de lancer un débat avec tous les membres de notre société.

William PITCHOT

PSYCHOEDUCATION DANS LE TROUBLE BIPOLAIRE : EXPERIENCE À VINCENT VAN GOGH

OUR PSYCHO-EDUCATIONAL EXPERIENCE

**Laurence Junieaux (1), Béatrice Cortello (2), Karine Grosjean (2), Suzanne Legrand (2),
Pierre Vanderkelen (1), Philippe Fontaine (3)**

AFTER HAVING GONE THROUGH THE PSYCHO-EDUCATIONAL REASONS AND MECHANISMS IN BIPOLAR DISORDER AND THROUGH THE MOST EFFICIENT PRACTICAL METHODS, WE WILL DEAL WITH THE EXISTING PROGRAMS AND THEIR EFFICIENCY.

THEN, WE WILL SHARE OUR PSYCHO-EDUCATIONAL EXPERIENCE THROUGH DIFFERENT PROGRAMS THAT HAVE BEEN CREATED SINCE 1995 BEFORE TALKING ABOUT THE CURRENT PROGRAM « GIVE SUPPORT TO THE BIPOLAR DISORDER ». THIS IS A 24-SESSION PROGRAM INSPIRED BY THE COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY FOR BIPOLAR DISORDER MEANT FOR THE PATIENTS AND THEIR FAMILIES. THIS PROGRAM HAS BEEN EXPERIMENTED ON A FIVE-YEAR BASIS AND SEEMS TO BE QUITE SATISFACTORY TO THE PATIENTS. IN SOME ASPECTS, IT IS BETTER THAN THE 12-SESSION PROGRAM THAT EXISTED BEFORE AND ITS EFFICIENCY MUST NOW BE TESTED.

Key words : Psychoeducation - Bipolar disorder - Cognitive- Behavioural therapy

I. POURQUOI PSYCHOÉDUCER ?

Parce que l'incompréhension peut être considérée comme une maladie opportuniste qui aggrave le cours des maladies psychiatriques. Psychoéduquer ou traiter cette incompréhension va redonner la possibilité de se projeter dans l'avenir, améliorer le sentiment d'incompréhension, et permettre un meilleur bien-être et une meilleure qualité de vie.

L'objectif prioritaire reste la prophylaxie et le traitement de la maladie, même s'il existe peu d'études validées sur l'effet des traitements psychologiques sur ces paramètres. A côté de l'effet prophylactique, les groupes de psychoéducation de longue durée sont à l'origine d'une amélioration de la qualité de l'aide reçue, et d'une meilleure alliance thérapeutique. La psychoéducation favorise une bonne capacité à demander de l'aide, une participation plus active au traitement intégré, ainsi qu'une meilleure observance thérapeutique (Colom F et Vieta E, 2006 a).

II. MÉCANISMES D'ACTION DE LA PSYCHOÉDUCATION

Afin d'atteindre les objectifs de réduction du nombre et de l'intensité des épisodes ainsi que la diminution des hospitalisations, on est en droit de se demander quels ingrédients sont nécessaires et sur quels éléments il est indispensable de travailler.

On divise habituellement les mécanismes en 3 niveaux. En effet, on y distingue les mécanismes élémentaires ou de premier niveau qui correspondent au travail sur la conscience de la maladie, l'observance thérapeutique et la détection précoce des

symptômes précurseurs. L'efficacité est en relation avec le travail sur ces 3 éléments (les programmes n'abordant que un ou deux de ces points se montrant moins efficaces). On peut dire qu'il s'agit de la spécificité du programme.

Les mécanismes secondaires ou désirables, consistent à apporter des changements positifs en matière de gestion du stress, d'usage de toxiques, de régularité du style de vie, et de comportements suicidaires. Un effet sur ces différents points peut également améliorer le cours de la maladie, même si l'amélioration de ces conduites ne dépend pas exclusivement du programme.

Enfin, on distingue les objectifs d'excellence thérapeutique ou de troisième ordre, comme l'amélioration des connaissances et des capacités d'affrontement des conséquences psychosociales des épisodes passés et futurs, ainsi que l'amélioration des activités sociales et interpersonnelles entre les épisodes, l'affrontement des symptômes résiduels et subsyndromiques, et enfin l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie (Colom F et Vieta E, 2006 b).

III. INTÉGRATION DE LA PSYCHOÉDUCATION DANS LA PRATIQUE CLINIQUE

Entre les années 70 et 90, on retrouve surtout des études ouvertes et peu rigoureuses et ce n'est que dans les années 90 qu'apparaissent les premières études rigoureuses de Perry et Colom (Perry et al, 1999; Colom et al 2003 a, b). Ces études démontreront rapidement le lien entre les connaissances sur la maladie et son évolution, mais également qu'au-delà d'un

(1) Psychiatres, (2) Infirmières, (3) Psychiatre, Chef de service, Hôpital Vincent van Gogh, 55, rue de l'Hôpital, 6030 Marchienne-au-Pont
Email : laurence.junieaux@chu-charleroi.be

programme structuré multidisciplinaire, la psychoéducation implique une attitude particulière du médecin face au patient avec partage d'informations concernant la maladie et l'éducation au traitement.

La pratique en groupe va se révéler efficace, utile et plus économique qu'en individuel. En effet, en dehors des problèmes de confidentialité, cette formule comporte plus d'avantages via le modelage, la possibilité d'appui entre les patients, l'effet déstigmatisant et l'impact sur le réseau social.

Dans un second temps, il sera démontré que les programmes longs en groupe (+/- 21 séances), se montrent supérieurs en efficacité par rapport aux programmes courts (+/- 8 séances).

La formule longue comporte théoriquement un plus grand nombre d'abandons (25%), ce qui correspond toutefois au taux d'arrêt des autres formes de psychothérapie. Parmi les abandons, on retrouve particulièrement les patients qui présentent une comorbidité avec un trouble de la personnalité ou ayant des problèmes d'assuétude. Par ailleurs, les frais économiques associés sont plus importants.

Cependant, on y retrouve de nombreux avantages, comme la possibilité d'aborder un contenu significatif, de permettre une meilleure intégration, d'accroître le sentiment d'appartenance et de réduire l'isolement. Une durée plus longue permet aussi de développer une meilleure cohésion, favorisant la confiance et une participation active. Le contact fréquent avec d'autres patients va permettre d'apprendre des erreurs des autres ainsi que d'intégrer à son répertoire, les habitudes saines par un phénomène de modelage. Enfin, nous savons également qu'une formule s'étalant sur 6 mois, a plus de chance de "mettre sur les bons rails", selon le principe de l'effet protecteur de l'euthymie. En effet, les 6 mois de participation vont favoriser une meilleure observance thérapeutique, une réduction des toxiques, et une vie plus régulière. Un programme long va renforcer l'euthymie et mieux protéger contre les rechutes (Colom F et Vieta E, 2006 c).

QUAND ET AVEC QUI ?

La psychoéducation est envisagée dès que les patients sont euthymiques, et le plus tôt possible dans le décours de la maladie. La précocité de l'intervention est essentielle car il a été démontré que l'efficacité reste présente pour la prévention de n'importe quel épisode chez les patients ayant présenté moins de 7 épisodes de maladie; alors que l'efficacité est nettement compromise pour les patients ayant présenté plus de 14 épisodes (Colom F et al, 2010).

On conseille que les soignants gérant les groupes soient au nombre de trois et qu'ils représentent une équipe multidisciplinaire. Les programmes longs nécessitent habituellement des thérapeutes bien formés et expérimentés (Colom F et Vieta E, 2006 d).

INTÉGRATION DES PROCHES

La psychoéducation des proches réduit le niveau d'émotions exprimées, climat habituellement corrélé avec l'intensité des

symptômes maniaques et le risque de rechute. Il n'est plus à démontrer qu'il est plus efficace de psychoéduquer les patients avec leurs proches, que les patients seuls. La psychoéducation des proches seuls a un aussi un impact positif sur l'évolution des patients (Khazaal et al, 2004; Reinares M, 2002, 2004, 2008). Ici aussi, la précocité de l'intervention est un élément déterminant (Reinares m et al, 2010).

IV. TYPES DE PROGRAMMES

Un programme psychoéducatif doit donc associer une dimension pédagogique (informations) à une dimension psychologique (soutien émotionnel) et enfin une dimension comportementale (outils de gestion).

Parmi les versions longues, on retrouve les programmes cognitivo-comportementaux (TCC), les programmes familiaux (FFT) et enfin ceux qui s'axent sur les rythmes sociaux et les problèmes interpersonnels (IRST) (Bottai et al. 2006; Frank et al. 2000; Miklowitz, 2006)

Les programmes qui insistent sur l'adhérence et la reconnaissance des signes précurseurs sont plus efficaces sur la manie, alors que les programmes qui insistent et travaillent sur les stratégies de gestion interpersonnelles et cognitives sont plus performants sur la dépression et sa prévention.

Enfin, parmi les versions longues, les sessions du programme psychoéducatif des troubles bipolaires de l'équipe de Barcelone, s'échelonnant sur 6 mois, sont maintenant devenues une référence internationale. Il s'agit d'un programme en 21 séances, dont voici les intitulés :

1. Introduction ;
2. Qu'est-ce que la maladie bipolaire ? ;
3. Facteurs étiologiques et déclencheurs ;
4. Symptômes : Manie et hypomanie ;
5. Symptômes : Dépression et épisodes mixtes ;
6. Evolution et pronostic ;
7. Traitements (I) : Stabilisateurs ;
8. Traitements (II) : Antimaniques ;
9. Traitements (III) : Antidépresseurs ;
10. Niveaux plasmatiques : lithium, Valproate, Carbamazépine ;
11. Grossesse et conseil génétique ;
12. Psychopharmacothérapie versus thérapies alternatives ;
13. Risques associés à l'abandon du traitement ;
14. Substances psychoactives et risques pour la maladie bipolaire ;
15. Dépistage précoce des épisodes maniaques et hypomaniaques ;
16. Dépistage précoce des épisodes mixtes et dépressifs ;
17. Que faire lorsque l'on détecte un épisode ? ;
18. Régularité du style de vie ;
19. Techniques pour le contrôle du stress ;
20. Stratégies de résolution de problèmes ;
21. Session finale (Colom et Vieta, 2006 c).

V. EFFICACITÉ

L'efficacité de la psychoéducation n'est plus à démontrer. On retrouve une évolution positive concernant les informations et l'attitude envers le trouble bipolaire et son traitement; une meilleure observance du traitement; un effet préventif sur les rechutes dépressives et maniaques; un élargissement de l'intervalle libre; une réduction de la durée et du nombre d'hospitalisations; une amélioration du fonctionnement psychosocial et de la qualité de vie. Enfin les interventions auprès des familles et des proches ont démontré également son intérêt. On retrouve des résultats moins favorables sur la prévention suicidaire et en cas de comorbidité (Rouget et Aubry, 2007).

Il reste à signaler la qualité des études réalisées par l'équipe de Barcelone et notamment le fait que 120 patients ont été randomisés, dont 60 ont participé au programme thérapeutique et 60 à un groupe contrôle. Des évaluations ont pu être réalisées 5 années après leur participation, auprès de 99 patients. On retrouve une augmentation du temps avant la récurrence; une réduction de la récurrence pour chaque phase; une réduction du temps passé en phase aiguë; et une réduction du nombre moyen de journées d'hospitalisation dans le groupe thérapeutique de façon significativement supérieure au groupe contrôle (Colom et al, 2009)

L'effet sur les phases dépressives demande généralement un peu plus de temps à être mis en évidence, du fait qu'il repose essentiellement sur l'effet de stratégies plus psychologiques que pour la phase maniaque, pour laquelle nous disposons de plans d'action plus pharmacothérapeutiques.

VI. PROGRAMMES DE TCC DU TROUBLE BIPOLAIRE

D'une revue de littérature de 545 articles, l'efficacité des programmes de TCC du trouble bipolaire se montre supérieure au traitement seul, et aux programmes psychoéducatifs classiques (qui sont souvent des programmes plus brefs) (Gonzalez-Pinto et al, 2004; Zaretsky et al, 2008).

Les programmes de TCC se sont montrés supérieurs en efficacité concernant l'effet sur les symptômes résiduels dépressifs et aussi sur la prévention dépressive. On retrouve également une amélioration de l'estime de soi, et une réduction des cognitions négatives (restructuration ou distanciation). Les performances sont associées au type de locus de contrôle du patient (plus le patient a un locus de contrôle externe, moindre est l'efficacité) (Khazaal et al, 2006).

Tous ces effets mettent du temps à pouvoir être mesurés car ils dépendent de l'application des stratégies apprises.

Le programme standard de TCC qui est la référence internationale est celui de Lam (20 séances), actuellement testé en groupe par l'équipe de Mirabel Sarron et ses collaborateurs (Lam et al. 1999 ; Mirabel-Sarron, 2006). Les autres programmes reconnus

étant ceux de Newmann, moins bien codifié, et celui de Basco et Rush (Basco et Rush, 2006). Notons que par rapport à des programmes longs comme celui de l'équipe de Colom et Vieta, la spécificité du programme TCC est le travail cognitif. A la différence du modèle de Beck, on ne travaille pas sur les schémas et la modification de l'humeur est vue comme 1^{er} élément du cycle.

Il ressort par ailleurs l'intérêt d'utiliser plutôt une thérapie d'accord, ou thérapie motivationnelle, pour les patients anosognosiques et peu observants (Amador, 2007 ; Khazaal et al, 2009; Scott et al, 2002, 2005).

VII. NOTRE EXPÉRIENCE À L'HÔPITAL VINCENT VAN GOGH

Une équipe de 5 personnes dont 3 infirmières et 2 psychiatres anime le programme de l'institution. Nous travaillons tous depuis plusieurs années dans la même unité spécialisée dans la prise en charge des troubles de l'humeur et sommes depuis longtemps conscientisés aux problèmes de l'observance thérapeutique et de l'éducation à la maladie et au traitement.

De ce fait, entre 1995 et 1998, nous avons proposé à certains patients bipolaires passés par l'unité, de revenir, une fois stabilisés, participer à des journées d'information concernant le trouble et ses traitements, notamment dans la perspective d'une meilleure détection des signes précurseurs. Dix-sept patients ont ainsi participé.

En 2002, nous avons opté pour une nouvelle formule, sous forme de groupes pour patients bipolaires, durant 12 séances d'une heure et demie, et les proches étaient invités à 2 séances.

Entre 2003 et 2005, nous avons adopté, le programme « Pour mieux vivre avec le trouble bipolaire », programme de psychoéducation destiné aux personnes bipolaires et à leur entourage, à l'initiative du Dr Souery et de ses collaborateurs à Erasme, et diffusé à l'époque dans plusieurs centres belges (Souery D, 2003). Il s'agissait de 12 séances de 2 heures pour les patients et 12 séances de 2 heures pour leurs proches, ainsi que d'une séance commune. Au total, 32 patients et 31 proches ont été intégrés dans ce programme.

Les sujets abordés étaient : l'humeur normale; la description, les causes et l'évolution du trouble bipolaire; la dépression; la manie; les traitements médicamenteux; l'hygiène de vie; la gestion du stress; les attitudes relationnelles; les traitements relationnels; les contrats de prévention; et une séance de synthèse.

A partir de 2006, en fonction de notre expérience, du vécu des patients en demande d'outils plus concrets, mais aussi en relation avec de nouveaux résultats de la littérature, nous avons opté pour une nouvelle formule de groupe « Epaulons le trouble bipolaire ». Il s'agit d'un programme de 24 séances de 2

heures, s'échelonnant sur 6 mois, et s'adressant aux patients et à leurs proches, et se retrouvant réunis pour l'ensemble du programme (avec un maximum de 20 participants). Ce programme devenant de ce fait un format « long », inspiré du programme de TCC du trouble bipolaire de Basco et Rush. Nos sources d'inspiration furent le manuel « Le trouble bipolaire : exercices pour une meilleure qualité de vie » de Monica Ramirez Basco, sorti en anglais en 2006 et traduit en français en 2008 ; les livres de Cungi (Comment s'affirmer et savoir gérer son stress), et le manuel de Colom et Vieta, paru en 2006 (Basco, 2006 ; Cungi, 2005, 2006 ; Colom et Vieta, 2006 e)

Les participants bénéficient d'une présentation « power point » pour chaque séance, et reçoivent des fascicules et le livre de Basco en français.

Ils sont inclus, après entretien avec une infirmière, afin de réaliser la récolte des informations médicales, exclure une contre-indication, et veiller au désir d'une participation active et régulière. Comme il s'agit d'un groupe fermé, ils sont inscrits sur une liste d'attente, et sont recontactés, le mois précédent le début du programme.

Le contenu des séances est décrit dans le tableau I.

VIII. EVALUATION DE NOS PARTICIPANTS

Cinq groupes ont été développés selon le nouveau programme « Epaulons le trouble bipolaire » depuis 2006, les données sociodémographiques sont rassemblées dans le tableau II.

Tableau I

Les séances 1 à 7 sont consacrées à la première étape : VOIR VENIR

La séance 1 présente le programme, le livre, les participants, les règles de fonctionnement ainsi que le modèle cognitivo-comportemental du trouble bipolaire.
La séance 2 aborde les causes, les formes et l'évolution du trouble bipolaire.
La séance 3 décrit les symptômes généraux de la manie et de la dépression.
La séance 4 est consacrée à la reconstitution de la ligne de vie et de l'histoire de la maladie (mise en évidence des déclencheurs et des situations à risque)
La séance 5 aborde la construction d'un système de détection précoce des rechutes (symptômes personnels, signes précurseurs, et utilisation des graphes de l'humeur et des symptômes).
Les séances 6 et 7 consistent en l'application pratique des séances de 3 à 5 (travail individualisé)

Les séances 8 à 18 abordent la deuxième étape : PRENDRE DES PRECAUTIONS

Les séances 8 et 9 sont destinées à retirer le maximum de la médication.
La séance 10 revoit l'ensemble des traitements médicamenteux.
La séance 11 travaille sur le processus d'acceptation de la maladie
La séance 12 est une application pratique essentiellement via des jeux de rôle du contenu des séances de 8 à 11.
La séance 13 se consacre à l'hygiène de vie
La séance 14 aborde plus particulièrement les techniques comportementales utiles dans la prévention des phases
La séance 15 permet de travailler concrètement les techniques apprises dans les séances 13 et 14
Les séances 16 et 17 revoient la gestion du stress
La séance 18 est une séance pratique de techniques de gestion du stress

Les séances 19 à 22 constituent la 3ème étape : les techniques de REDUCTION DES SYMPTOMES

La séance 19 passe en revue l'ensemble des erreurs de pensées ou de distorsions cognitives survenant dans les phases hautes et basses
La séance 20 se consacre aux techniques de contrôle des pensées émotionnelles et aux idées suicidaires
La séance 21 revoit les techniques aidant à lutter contre les phénomènes de confusion mentale (résolution de problèmes, prise de décision, planning d'activités, programme d'objectifs prioritaires).
La séance 22 est consacrée au travail avec le groupe à ces différentes techniques.
Les séances 23 et 24, clôturent le programme par la réalisation de contrats de prévention pour chaque phase de l'humeur.

Enfin, une évaluation de satisfaction a été réalisée sur différents paramètres, et une comparaison des données relatives au programme de 24 séances et au précédent en 12 séances. Les données sont favorables dans les 2 groupes avec une supériorité significative pour deuxième groupe sur 6 paramètres (le support pédagogique utilisé, les informations théoriques, les exercices permettant l'intégration des données, le respect des objectifs, la maîtrise de la conduite du programme et la réponse aux attentes). Voir Tableaux III, IV, V, VI. Les chiffres entre parenthèses correspondent aux chiffres significativement différents, dans l'évaluation du programme en 12 séances.

Le taux d'abandons était un peu inférieur à celui décrit habituellement (25%), mais à expliquer par une plus grande souplesse que dans les groupes d'études où les participants sont exclus

Tableau II

Données sociodémographiques

Nombre de patients	56
Sexe	– 19 hommes – 37 femmes
Age	22 à 66 ans (moyenne de 44 ans)
Type de trouble	– Type I : 37 – Type II : 19
Status marital	– En couple : 24 – Célibataires : 14 – Divorcés : 17 – Veuf : 1
Status socioprofessionnel	– Activité professionnelle : 21 – Arrêt maladie: 22 – Chômage : 4 – Pension : 3 – Inactivité : 3 – Etudiants: 2
Abandons	11 (10%)
Accompagnement	– Sans proche : 26 – Avec proche : 30 ; – Conjoints : 16 – Parents : 13 – Frère : 1 – Fille : 1 – Amies : 2

dès qu'ils présentent une décompensation thymique. Ce qui peut expliquer, en contrepartie, que le contenu peut être rendu plus difficile par les troubles cognitifs modérés pouvant être dès lors rencontrés.

Une régularité d'assistance est demandée, mais nous tolérons 3 séances « ratées », avec possibilité de les récupérer individuellement.

Au terme de 5 années d'expérience de la conduite de ce nouveau programme, notre objectif est maintenant d'enregistrer des paramètres qui vont nous permettre d'évaluer l'efficacité dudit programme.

De façon tout à fait subjective, cette fois, nous espérons qu'une telle expérience se propage, tant cela reste une expérience enrichissante et satisfaisante pour les soignants.

Tableau III

	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Très mauvais
Conditions matérielles des séances	58%	30%	12%		
Durée des séances	50%	37%	13%		
Rythme des séances	50%	35%	15%		
Support pédagogique	70% (46 %)	25% (46%)	5%		
Informations théoriques	73% (58%)	27%			
Echanges d'avis et expériences	45%	38%	18%		
Exercices permettant l'intégration des connaissances	43% (23%)	45% (23%)	13% (50%)	(4%)	
Le respect des objectifs	60% (38%)	40% (62%)			
La maîtrise de la conduite du programme	65% (50%)	35% (46%)	(4%)		
Intérêt du programme	73%	27%			

Tableau IV

	Très abordable	Abordable	Difficile
Contenu de l'information	25%	60%	15%

Tableau V

	Adéquat	Trop	Trop peu
Nombre de séances	80%	2%	18%
Nombre de participants	93%		7%

Tableau VI

	Oui	Partiellement	Non
Réponse aux attentes	88%	12%	

RÉSUMÉ

Après avoir revu les raisons et les mécanismes de la psychoéducation du trouble bipolaire, les modalités de pratique qui se sont révélées les plus utiles, les types de programmes existants et leur efficacité sont développés.

Ensuite, nous partageons notre expérience de psychoéducation à travers différents programmes qui ont vu le jour successivement depuis 1995, pour arriver au programme actuel "Epaulons le trouble bipolaire". Ce programme consiste en 24 séances, et est inspiré du modèle cognitivo-comportemental du trouble bipolaire, destiné aux patients et à leurs proches. Avec un recul de 5 ans d'expérience, ce programme rencontre un bon niveau de satisfaction, supérieur en certains paramètres au programme en 12 séances qui existait auparavant.

SAMENVATTING

Na het overzicht van oorzaken en mechanismen van psycho-educatie van de bipolaire stoornis, en van de praktischemodaliteiten die de nuttigstewaren, zullenwevervolgens de verschillendebestaande types programma's en hun efficiëntie uiteenzetten.

We zullen dan onze ervaring van psycho-educatie vertellen, via de verschillende programma's die sinds 1995 tot stand zijn gekomen, tothet huidige programma « Epaulons le trouble bipolaire ». Het is een 24-delen programma, geïnspireerd door het cognitieve gedrags therapie van de bipolaire stoornis model, voor patiënten en hun familie. Dit programma werd gedurende vijf jaar beproefd en was, aldus patiënten, welbevredigend. Het is op verschillende vlakken beter dan de 12-delen programma dat daarvoor bestond en het moet nu qua efficiëntie geëvalueerd worden.

RÉFÉRENCES

- Amador X.** Comment faire accepter son traitement au malade ? Schizophrénie et trouble bipolaire. *Coll. Savoir faire psy*. Ed Retz, 2007.
- Basco R.M., Rush A.J.** : Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder. Guilford, 2006.
- Basco M.R.** : Le trouble bipolaire – Manuel d'exercices pour une meilleure qualité de vie. Ed. Socrate, 2008.
- Bauer Ms., Mc Bride C.** : Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder. The life goals program. New York, Springer publishing company, 1996.
- Bottai T., Bilo A., Tang M., Christophe S., Dupuy C., Jacquesy L., Kochman F., Meynard JA., Papeta D., Rakioui H., Adida M., Fakra E., Kaladjian A., Pringuey D., Azorin M.** : Interpersonal an social rhythm therapy (IPSRT); *Encéphale*. 2010 Dec; 36S6 : S 206-S 217.
- Colom F., Vieta E., Martinez-Aran A., Reinares M., Goikolea JM., Benabarre A., Torrent C., Comes M., Corbella B., Parramon G., Corominas J.** : A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2003 a, 60; 402-407.
- Colom F., Vieta E., Reinares M., Martinez-Aran A., Torrent C., Goikolea JM., Gasto C.** : Psychoeducation efficacy in bipolar disorder beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry*, 2003b, 64 : 1101-1105.
- Colom F., Vieta E.** : Manuel de psychoéducation pour les troubles bipolaires. Ed Solal, 2006. a)p.29-32; b)p.33-35; c)p.35-39; d) p.46; e) p. 139-159.
- Colom F., Vieta E., Sanchez Moreno J., Palomino-Otiniano R., Reinares M., Goikolea J., Benabarre A., Martinez Arain A.** : Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders : 5 year outcome of randomised trial; *The British Journal of Psychiatry* (2009) 194, 206-265
- Colom F., Reinares M., Pachiarotti I., Popovic D., Mazzarini L., Martinez-Aran A., Torrent C., Rosa A., Palomino-Otiniano R., Franco B., Bonnini C., Bonnini C.M., Vieta E.** : Has number of previous episodes any effect on response to group psychoeducation in bipolar patients ? A 5-year follow up post hoc analysis; *Acta Neuropsychiatrica*, 2010, 22 : 2 (50-53)
- Cungi C.** Savoir s'affirmer. Ed. Retz, 2005.
- Cungi C.** Savoir gérer son stress. Ed Retz, 2006.
- Frank E., Swartz H.A., Kupfer M.J.** : Interpersonal and social rhythm therapy : managing the chaos of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*, 2000; 48 : 592-601.
- Gonzalez-Pinto A., Gonzalez C., Enjuto S., Fernandez De Cones, Gutierrez M., Mosquera F., Perez De Heredia J.L.** : Psychoeducation and cognitive behavioral therapy in bipolar disorder : an update. *Acta Psychiatrica Scand*, 2004, 109, 83-90.
- Khazaal Y., Richard Cpreisig M., Zullino D.F.** : Psychoéducation des proches des patients bipolaires Impact sur les patients. Rationnel développements et perspectives; *Médecine et Hygiène, Revue Médicale Suisse*, 2004, Vol 62 # 2496, 1776-9.
- Khazaal Y., Preisig M., Zullino D.F.** : Psychoéducation et traitements cognitifs et comportementaux des troubles bipolaires; *Santé Mentale au Québec*, 2006, XXXI, 1, 125-143.
- Khazaal Y., Chatton A., Pasandin N., Zullino D., Preisig M.** : Advance directives based on cognitive therapy : a way to overcome coercion related problems; *Patient education and Counseling*, 74 (2009), 35-38.
- Lam D.H., Jones S.H., Hayward P., Bright J.A.** : Cognitive therapy for bipolar disorder. Willey, 1999.
- Miklowitz D.J., George E.L., Richards J.A., Simoneau J.L., Studdath E.** : A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatients management of bipolar disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2003; 60 (9) : 904-12.
- Miklowitz D.J.** : A review of evidence – based psychosocial interventions for bipolar disorders; *J. Clin. Psychiatry*, 2006; 67 suppl. 11 : 28-38.
- Mirabel-Sarron C., Siobud-Dorocant E., Ellouz M., Kadri N., Guelfi J.D.** : Apport de thérapies comportementales et cognitives dans les troubles bipolaires; *Annales Médico Psychologiques* 164(2006) 341-348.
- Perry A., Tarries N., Morris R., Mc Carthy E., Limb K.** : Randomized controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 1999, 318 : 149-153.
- Reinares M., Colom F., Martinez-Aran A., Benabarre A., Vieta E.** : Therapeutic intervention focused on the family of bipolar patients. *Psychother. Psychosom.*, 2002, 71 : 2-10.

Reinares M., Vieta E., Colom F., Martinez-Aran A., Torrent C., Comes M., Goikolea J.M., Benabarre A., Sanchez Moreno J. : Impact of psychoeducational interventions on caregivers of stabilized patients. *Psychother. Psychosom.* 2004, 73 : 312-315.

Reinares M., Colom F., Sanchez Moreno J., Torrent C., Martinez A., Comes M. : Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission ; A randomized controlled trial; *Bipolar Disorders* 2008 Jul : 10(5) : 657.

Reinares M., Colom F., Rosa A., Mar Bonnin, Franco C., Sole B., Kapczinski, Vieta E. : The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation; *Journal of Affective Disorders, Volume 123, Issues 1-3, June 2010, p.81-86.*

Rouget B.W., Aubry J.M. : Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar

disorders : A review of the literature; *Journal of Affective Disorders, Volume 98, Issues 1-2, February 2007, p. 11-27.*

Scott J., Tacchi M.J. : A pilot study of concordance therapy for individuals with bipolar disorders who are non adherent with lithium prophylaxis. *Bipol Disorder*, 2002; 4 : 386-392.

Scott J., Colom F. : Psychosocial treatments for bipolar disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2005, jun : 28 (2); 371-84.

Souery D. : Pour mieux vivre avec le trouble bipolaire, *C.O.P.E. Bipolar program*, 2003.

Zaretsky A., Lancee W., Miller C., Harris A., Parikh S.V. : Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder ? ; *Can J Psychiatry*. 2008 Jul; 53 (7) : 441-8.

Auteur correspondant :

Dr Laurence JEUNIAUX
Psychiatre
Hôpital Vincent van Gogh,
55, rue de l'Hôpital
6030 Marchienne-au-Pont

Email : laurence.jeuniaux@chu-charleroi.be

LE PASSAGE DE RELAIS DANS LES PSYCHOTHÉRAPIES D'ENFANTS, UNE OPPORTUNITÉ THÉRAPEUTIQUE ?

HANDOVER METHODOLOGY IN CHILD PSYCHOTHERAPY,
A SPECIFIC THERAPEUTIC OPPORTUNITY?

Juliette Bourguignon (*), Pascale Gustin (**)

THE AUTHORS REFER TO THEIR WORK CONCERNING HANDOVER METHODOLOGY WHEN TRANSFERRING YOUNG PATIENTS BETWEEN THERAPISTS IN MENTAL HEALTH SERVICE (SSM - SERVICE DE SANTÉ MENTALE). THE FIRST OF THE AUTHORS, A DOCTOR TRAINING IN CHILD PSYCHIATRY, IS ABOUT TO GO ON MATERNITY LEAVE AND CONSEQUENTLY NOT COMPLETE HER COURSE UNTIL LATER. THE SECOND AUTHOR, WORKING FOR THE SSM AS A PSYCHOLOGIST, SHOULD CARRY ON THE PROVISION OF PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT FOR THREE YOUNG PATIENTS DEALING WITH UNREST DUE TO BROKEN RELATIONS AND STRESSFUL RELATIONSHIPS WITH THEIR MOTHERS. THE AUTHORS DESCRIBE THEIR HANDOVER MEASURES, WHICH, THEY WILL SHOW, BY ADDRESSING JOINTLY THE SEPARATION REALITY FROM THE THERAPIST AND THE PREVIOUSLY EXPERIENCED BROKEN RELATIONSHIPS, SUPPORT EFFICIENTLY A THERAPEUTIC PROCESS AS A WHOLE. PATIENT HANDING OVER PROVIDES SPECIFIC TREATMENT OPPORTUNITIES THAT COULD BE PROVED TO BE PRODUCTIVE AND CREATIVE. READ ON TO DISCOVER MORE OF THE EXPERIENCE OF THESE THREE CHILDREN WHEN CHANGING OF PSYCHOTHERAPIST.

Mots-clés : Psychothérapie d'enfants - Transfert - Dispositif de relais.

1. QUAND UN DÉPART S'ANNONCE

Dans le cadre de ma spécialisation en pédopsychiatrie¹, je travaille dans un Service de Santé Mentale (SSM)² où je rencontre des enfants en consultation psychothérapeutique. Mais, alors que j'entame une seconde année de formation au sein de cette équipe, déjà je dois interrompre le travail psychothérapeutique engagé avec mes jeunes patients. En effet, je suis enceinte et je prévois de m'arrêter plusieurs mois pour accueillir mon bébé. Se pose dès lors la question de la suite à donner à ces psychothérapies d'enfants.

Pour trois d'entre eux, pour qui insiste la question du lien, je passerai le relais à une collègue, elle-même psychologue au sein de cette équipe. C'est de ce passage de relais dont nous aimerions témoigner l'une et l'autre. Celui-ci trouve son inscription au sein d'une tradition d'équipe qui invite à penser ensemble ce qui adviendra du travail engagé. Ce temps pour conclure, se quitter et poursuivre ailleurs, aura supposé une disponibilité singulière des thérapeutes au sein de cette équipe et nécessité la construction d'un cadre qui puisse accueillir la surprise.

Les stages se succédant au rythme des années académiques, il est souvent hasardeux de garantir une continuité dans le travail psychothérapeutique entamé avec les patients. Les changements de médecins en formation ne peuvent, en effet, coïncider avec ce qui détermine la décision de mettre fin à une psychothérapie. Cet aléa nous force à considérer la nécessité de poursuivre et à envisager, le cas échéant, de passer le relais.

Néanmoins, pour l'avoir éprouvée à plusieurs reprises, je peux m'inscrire dans cette temporalité académique. Mais cette fois, la situation me paraît tout autre car celle-ci se trouve bouleversée par la grossesse qui vient interrompre les thérapies en cours. La grossesse est là, avec son volume, et sa temporalité propre qui ne cesse de me surprendre et de me dérouter. Ce vécu, à traverser pour ce qu'il me concerne intimement, il m'appartient de le garder à distance de mon implication au coeur du processus thérapeutique engagé avec ces enfants. Ces circonstances inhabituelles me permettent sans doute d'être plus attentive à maintenir, jusqu'au moment de mon départ, un cadre qui permette le travail psychique pour ces jeunes patients.

1. À la fin des études de médecine, l'étudiant peut entreprendre, après avoir réussi un concours d'entrée, une spécialisation en psychiatrie infanto-juvénile en effectuant 5 années de stage en structures résidentielles et ambulatoires pour enfants et/ou adolescents, sous la supervision de maîtres de stage, ainsi qu'en suivant les cours dispensés par l'université à laquelle il est rattaché.

2. En Belgique, le Service de Santé Mentale inscrit sa pratique dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie ambulatoire. En tant que service public, il a une mission d'accueil, de traitement et de prévention du trouble psychique. Son équipe pluridisciplinaire constituée de psychologues, de travailleurs sociaux et de psychiatres accueille des enfants, des adolescents, des adultes, des couples et des familles dans l'esprit d'une psychiatrie de secteur.

* Juliette Bourguignon, Médecin Assistant Candidat Clinicien Spécialiste en psychiatrie infanto-juvénile, Université Catholique de Louvain, Consultations APSY-UCL, Cliniques Universitaires Saint Luc, Avenue Hippocrate, n°10 – 1200 Bruxelles, Belgique. Mail : bourguignon_juliette@yahoo.ca.

** Pascale Gustin, psychologue, psychanalyste, Service de Santé Mentale Le Chien Vert, SSM-UCL-BXL, APSY UCL, Rue Eggericx, n°28 – 1150 Bruxelles, Belgique. Mail : pascale.gustin@apsyucl.be

Ce travail a fait l'objet d'un prix au concours pour les candidats spécialistes en psychiatrie de la Société Royale de Médecine Mentale de Belgique.

Rapidement donc, en m'appuyant sur l'équipe du SSM, je laisse émerger les préoccupations suivantes :

1. Ne pas laisser s'échapper le travail d'élaboration à l'œuvre. Comment faire, en effet, quand la fin échappe, pour qu'elle n'échappe pas au sujet ?
2. Rendre possible un ré-accrochage dans un travail psychothérapeutique avec un autre thérapeute, et ceci dans les meilleures conditions, celles qui permettront que se noue une alliance thérapeutique suffisante pour la poursuite du travail.
3. Créer les conditions qui m'aideront à conserver ma neutralité, et, plus encore, à trouver où prendre appui pour me décaler de ma position et porter au mieux la demande pour ces enfants.
4. Faire advenir de la synchronicité dans la séquentialité de ce temps de relais, opportunité spécifique de faire le lien entre des séparations passées et un potentiel de nouveau départ.

Ceci constitue dès lors mes objectifs pour ce temps de passage. Cela nécessite la construction d'un cadre spécifique. C'est ainsi qu'ensemble, ma collègue et moi-même, avec le soutien de l'équipe, nous avons pensé un dispositif qui puisse faire contenance pour que cette séparation se traverse, comme un travail qui 're'met en scène une répétition de séparations ou de ruptures qui ont fait traumatisme pour ces enfants dans le passé ; un travail qui garantisse un 'plus' d'exister, là où ils ont fait l'expérience d'abandon, d'anéantissement ou de destruction au travers de liens vitaux qui furent rompus dans la réalité.

2. LÀ JUSTEMENT OÙ LE LIEN QUESTIONNE

Je vous propose de nous suivre dans la traversée que nous avons vécue auprès de ces trois jeunes patients pour qui la question de la séparation et du lien à la mère n'est pas anodine.

Vous rencontrerez alternativement Johana (9 ans), Adam (8 ans) et Mathias (11 ans). Ces enfants ont connu de multiples ruptures qui n'ont pu être symbolisées. Celles-ci se caractérisent par des conditions de naissance traumatiques et des séparations précoces d'avec leurs mères et leurs langues maternelles. En outre, là où nous en sommes dans leurs parcours, nous ne pouvons pas rencontrer leurs mères. La maman de Johana est décédée tragiquement peu avant le début de la thérapie; celle d'Adam est déchue de ses droits et n'a aucun contact avec lui; celle de Mathias l'a abandonné en bas âge et les circonstances font qu'elle n'a plus guère de contact avec lui. Aussi tous trois ont changé à plusieurs reprises de lieux et de cadres de vie. Chacun d'eux fait l'objet d'un accompagnement institutionnel particulier (placement en institution sous mandat protectionnel pour Adam et Johana, accompagnement en milieu ouvert sous mandat protectionnel pour Mathias). Notons encore qu'Adam et Mathias avaient cheminé précédemment dans un travail psy-

chothérapeutique, pour chacun d'eux interrompu, déjà, par le départ du thérapeute. Ainsi, pour ces trois enfants, la question du lien dans la psychothérapie s'inscrit avec une acuité certaine.

Le cadre spécifique du relais vise à offrir à ces jeunes patients un contenant qui les autorise à vivre en sécurité les émotions et les fantasmes qui surgissent autour de ma grossesse et de mon départ, et à rattacher ceux-ci à leur histoire, dans un mouvement qui fait lien et non-rupture; un contenant qui permette de vivre de façon symbolisée, fertile, ce qui a été par ailleurs destructeur. L'intention n'est pas pour autant de venir réparer les dégâts causés par les ruptures antérieures; en ceci, comme l'évoque Jacques Lacan (1958), que « la régression ne montre rien d'autre que le retour au présent de signifiants usités dans des demandes pour lesquelles il y a prescription ». Néanmoins, il semble soutenable de proposer aux enfants une écoute telle qu'ils pourront, malgré que cette séparation leur soit imposée, ne pas la vivre dans la passivité comme ce fut le cas pour eux autrefois.

Ce qui apparaît également, à mesure que se traverse ce passage pour ces trois enfants, c'est la nécessité expresse de lutter contre l'effondrement, l'éparpillement, la destructivité et l'abandon. Avec eux, il nous faut doublement « tenir ».

Comme Didier Houzel (1997a) le rappelle : « Plus modestement, [la psychothérapie psychanalytique] nous permet d'aider un enfant ou un adolescent, pris dans les mécanismes répétitifs de son fonctionnement inconscient, à sortir du ou des cercles vicieux qui le piègent, pour retrouver le chemin de la croissance. Cela suppose qu'il trouve dans son entourage tous les apports dont il a besoin ». Et là où justement l'entourage n'a pas tenu, c'est le tiers social qui a pour devoir de tenir bon (le Tribunal de la Jeunesse, les institutions, certains membres de la famille). Dès lors que j'adresse à l'équipe une demande pour ces enfants, celle-ci doit également s'appuyer sur le tiers social impliqué auprès d'eux. Les choses étant balisées à ce niveau, nous revient alors d'assumer notre part de psychothérapeutes, avec les possibilités de continuité qu'offre particulièrement cet « entourage » professionnel caractéristique du SSM.

3. LA NÉCESSITÉ D'UN CADRE SPÉCIFIQUE

Considérons ce qu'en dit René Diatkine (2004) : « On entend par cadre analytique les dispositions psychiques du psychanalyste, sa capacité à rêver, à établir des liens, à être attentif et à se souvenir de ce que l'enfant a produit et de ce qu'il en a pensé lui-même autant que les conditions matérielles qui permettent le mieux au psychanalyste de tenir le cap et à l'enfant de ne pas désinvestir la situation. »

3.1. DES CONDITIONS MATÉRIELLES...

À l'occasion de cette transmission, nous nous désignons des temps et des lieux distincts qui constituent ces conditions matérielles dont parle René Diatkine.

Tout d'abord, il y a le lieu de la thérapie même, et celui de la supervision clinique.

Ensuite, avec la thérapeute qui prendra le relais (Pascale Gustin), nous dégageons des temps partagés pour parler de chaque enfant, avant d'envisager une rencontre commune avec l'enfant. Celle-ci se déroulera, dans le bureau de ma collègue, deux semaines avant mon départ.

Il est également prévu que soit transmise, d'un bureau à l'autre, la boîte qui contient les productions des enfants, témoin de la continuité de leur travail psychique.

Enfin, un quatrième « lieu » est celui de l'écriture, à laquelle nous convenons de nous livrer.

3.2. ... AUX DISPOSITIONS PSYCHIQUES...

Pour chacun des enfants, nous décidons en effet de consacrer un temps d'écriture ; « avant le passage » pour moi, « après le passage » pour ma collègue. Rapidement, ces notes s'avèrent bien différentes de celles prises en séances ou destinées à quelque vignette clinique. Il s'agit en effet d'un lieu d'écriture inédit, espace intermédiaire au service du processus de relais. En outre, l'opportunité d'élaboration libre qu'offre l'acte d'écrire constitue une aide précieuse pour lutter contre l'éparpillement en jeu au cœur du travail avec ces enfants. Sont ainsi produites des lignes aux contenus un peu inattendus, des bribes de séance, les mots des enfants et nos libres associations, les surprises de chacun.

Voici, pour exemple, quelques extraits de mes notes, concernant chacun des enfants, lors des dernières séances avant le passage de relais : *Par la fenêtre, interpeller une passante. Je drague les filles comme toi tu as dragué ton homme... Thèmes voyeuristes et exhibitionnistes, « des caméras de surveillance »...* Autre extrait, concernant un autre enfant : *Une feuille, tu entames un dessin : « Si j'ai pas fini, je continue l'année prochaine ». La semaine prochaine, tout sera tellement nouveau, différent, comme une prochaine année qui commencera.* Un dernier extrait : *La question de l'internat reviendra jusqu'au jour de se dire au revoir. Je ne sais pas, moi, je me suis même dit parfois « en voilà une bonne idée ». S'arrêter encore sur les représentations de chacun, mes hypothèses (...).*

3.3. ... EN PASSANT PAR LE TIERS

Un temps est également consacré aux adultes responsables, initialement porteurs de la demande de psychothérapie pour ces enfants : le père et la belle-mère de Mathias et un adulte référent, porteur de la demande au nom des institutions hébergeant Adam et Johana. Ces derniers sont parties prenantes du jeu de la demande et du transfert. Ils sont avertis de mon départ prochain et de mon intention de faire appel à une collègue pour assurer la suite de la prise en charge. Je nomme ma collègue et leur annonce qu'elle les recevra après mon départ. Ils sont informés de l'importance accordée aux dernières séances et invités à ce que celles-ci puissent avoir lieu. Malgré ces précautions, des problèmes d'organisation font manquer deux séances consécutives à Johana.

Enfin, ce cadre particulier du relais implique de revisiter avec eux la demande pour l'enfant, de la reconsidérer afin de mieux l'entendre, la soutenir et l'adresser à mon tour à ma collègue. En effet, comme le souligne Didier Houzel (1997b), « en général c'est un tiers qui fait la demande pour l'enfant. Il faut être attentif à ne pas lui imputer [à l'enfant] et à ne pas lui faire endosser une demande qui n'est pas la sienne. » En l'occurrence, je me fais la partenaire des parents, de l'institution ou du Juge de la Jeunesse pour énoncer, auprès de ma collègue et de toute l'équipe du SSM, une demande pour l'enfant.

4. RÉCIT DU PASSAGE

Voilà que s'inaugure le temps du passage.

Certains enfants vont changer radicalement leur façon d'aborder la séance, abandonner des jeux s'étant répétés jusqu'alors... Les échos sont nombreux avec les débuts, ce temps inaugural où j'avais accueilli la demande et posé le cadre. Aussi, certains thèmes exposés alors refont surface. Moi-même, en mon for intérieur, j'associe plus librement que jamais. Je vis comme un élargissement d'horizon, un peu brutal, fortuit, mais bien là.

Le projet mutuel de produire de petits écrits vifs s'avère une occasion précieuse d'élaborer ce matériel truffé de surprises. Nous vous donnerons ici à lire, au gré d'extraits de ces 'écrits', des indices de ce qui a été mobilisé autour de ce changement de psychothérapeute, tant chez les enfants, dans le transfert, que pour chacune de nous.

4.1. UNE PARENTHÈSE S'OUVRE

À six semaines environ du début de mon congé de maternité, j'annonce aux enfants mon départ prochain et ses circonstances.

A la suite de l'annonce de ma grossesse et de mon départ prochain, Adam s'exprimera, utilisant une palette très variée, allant de l'attendrissement joyeux à l'agressivité franche.

« Oh ! Il fallait me le dire, j'aurais fait un cadeau !

Tu vas l'appeler comment ? C'est un garçon ?

Tu as un amoureux alors (enfin une réponse à cette cruciale question) ! Tu as fait l'amour !

Tu vas avoir mal ! (!!) Sauf si on te fait une piqûre. (...) »

Johana accuse réception en silence, et passe à tout autre chose : À l'annonce de mon départ prochain en congé de maternité, peu de réactions. Peut-être un air contrarié, mais pas de commentaire. (...) La semaine suivante, un texte évoquant la réunion familiale accompagne un dessin de Noël. Johana y joint ses souhaits de bon Noël pour moi également (et ma famille ?). Ce jour-là est calme. Comme une parenthèse qui s'ouvre au milieu de ses jeux, de son travail hebdomadaire.

Trêve de Noël ? Non. La parenthèse, c'est moi qui l'ai ouverte. Les jeux ne reviendront plus d'ici mon départ. (...) Il y a ce départ proche, le Docteur B. bientôt maman, quelque chose à travailler qui mérite qu'on s'y arrête.

De son côté, Mathias prépare un tour du monde : Le dessin du bateau pirate. L'emblème, avec le bouclier « pour la défense », et les béquilles « ça aide à avancer ». Fier, le bateau ! « Il fait le tour du monde pour aider les gens ». . . Moi j'ai envie de souffler dans ses grandes voiles.

Subitement, et notamment au détour de son dessin de bateau pirate, je vois Mathias quitter les jeux répétitifs et se mettre à parler de lui d'une toute nouvelle façon.

Ainsi, plusieurs semaines sont dégagées pour que les enfants puissent accéder à une représentation de ce qui s'est joué pour eux dans la psychothérapie, ceci afin qu'ils puissent se l'approprier, s'en emparer et l'emmener avec eux pour la suite.

Quant à moi, ce temps me permet de saisir ce qui apparaîtra comme ayant fait fil rouge pour chacun des enfants, préalable nécessaire pour que je puisse formuler auprès de ma collègue, et en présence de chacun d'eux, une demande les concernant.

4.2. LA RENCONTRE AVEC LA NOUVELLE THÉRAPEUTE ET L'ADRESSE DE LA DEMANDE

Deux semaines avant mon départ, un rendez-vous est pris pour chacun des enfants afin de rencontrer ensemble la thérapeute à qui j'ai demandé de prendre le relais.

Au moment habituel de la séance, nous montons dans mon bureau, juste 'cinq minutes', le temps d'y déposer... son manteau, quelque chose de son excitation, ses craintes, sa curiosité... ou, pour Johana, pour qui les deux rendez-vous précédents ont été manqués, sa détermination à n'y rien dire. Alors je te dis ce que moi j'ai trouvé important de transmettre à ma collègue. Mais aujourd'hui nous ne dirons rien. L'heure est là, nous allons ensemble jusqu'au bureau de Madame G³. Nous voilà dans le bureau de Madame G. Tu es... ouvertement fermée ! Pas un geste, pas un regard. Je décide de respecter ta demande : je ne dirai donc rien, ou quasiment. Ma collègue et moi échangeons un peu. J'ai déjà pu lui transmettre un peu du travail avec Johana. La difficulté d'affronter tel départ, tel changement est évoquée. Tu ne bronches pas. Ma collègue me semble perplexe. Je sens en moi de la tristesse ; celle des rendez-vous manqués, avec un peu de ma culpabilité à partir. C'est ta tristesse aussi, quelque chose d'adieux qui seraient bâclés, toi qui as vu ta mère partir sans avoir pu lui dire au revoir. Après-coup, je réaliserai qu'il y avait là aussi de la loyauté envers moi, et surtout ton courage de laisser s'exprimer si ouvertement ton refus d'accepter mon départ, comme si de rien n'était, en montrant par exemple de la curiosité à rencontrer Madame G., ou le désir de lui donner à voir ou à entendre quoique ce soit de ton travail ici.

Comme il l'a fait ces dernières semaines, Mathias évoque chez Madame G. les changements qu'il a connus dans sa vie : Les instituteurs se succédant, quittant pour des raisons diverses, jusqu'au départ très récent, et brutal, de l'instituteur qu'il aimait, un homme. « J'ai l'habitude des changements ». Oui, il y a bien sûr le divorce de

ses parents, les changements de mode de garde. Avoir l'habitude n'empêche pas de ressentir toutes sortes d'émotions lors de ces changements... Et ici, chez Madame G., Mathias a beaucoup à dire. Je le trouve si sérieux, appliqué...

Adam, quant à lui, comme il l'a fait depuis le début, interroge le cadre : Nous allons chez Madame G. Impatience à la rencontrer. Depuis quelques semaines déjà, des questions : « elle est vieille ? » Se pencher très fort pour regarder sous la porte de son bureau. Nous y voici. Oh, le grand bureau ! Et le théâtre de marionnettes : il y a une ficelle ! N'avais-tu pas pleuré lors des tout débuts pour pouvoir ramener chez toi un bout de ficelle avec lequel tu travaillais à lier, ligoter, laisser des traces de liens sur les poignets ?

La ficelle du théâtre sert à la faire monter et redescendre, être petit, être grand... Comment réagira-t-elle, Madame G. ? Tu joues avec la ficelle, montes très haut le théâtre, jusqu'au plafond... « Elle est fragile, cette ficelle ? Y a-t-il des grands qui viennent ici aussi ? Pourrai-je grandir ici ? Retrouverai-je le théâtre comme cela quand je reviendrai ? »

4.3. LA DERNIÈRE SÉANCE

Avec Johana.

Nous voilà donc déjà à l'heure du dernier rendez-vous. Je veux saluer ton courage de la semaine passée. Je veux que tu entendes que je peux supporter ça, ton mécontentement, ta colère. Je pars, oui, mais ce n'est pas pour la mort, c'est pour m'occuper de mon enfant. Tu me parles d'une institutrice enceinte : « Mais elle, elle reviendra ». Je ne disparaîtrai pas, tu connais mon nom, tu pourras me revoir plus tard si tu le souhaites.

C'est un montage, des pages, tu découpes, tu me demandes de l'aide. Tu colles, je te tends des morceaux de papier adhésif. Quand tu les prends, les arraches, qui collent sur mon index, tu t'excuses, tu as peur de me faire mal. Décoller, se séparer, ça fait mal : à toi. Et tu voudrais sans doute me faire mal pour le mal que je te fais. Je t'en dis quelque chose du « Je vais bien (je ne me suicide pas), tu peux m'agresser ».

En coloriant, on voit les traces du papier adhésif, tu commentes : « Regarde, la trace, ça fait beau ». Oui. La trace.

Avec Adam.

Enfin, nous jouons. Se lancer une balle bricolée en tissu. De mains en mains, et bang, viser le gros ventre ! Avec les paniers en osier, rattraper la balle, viser dans le panier... « On s'amuse bien, hein, pour notre dernière fois !!! »

On s'amuse, oui. C'est assez paisible, comme échanges de projectile, plus proche d'un jeu socialisé que tout ce que nous avons traversé jusqu'ici.

Avec Mathias.

C'est aujourd'hui que nous nous dirons au revoir. Une fois encore, je décide d'inviter quelques minutes la belle-mère qui amène en salle d'attente l'impossible quotidien et la possibilité de l'internat. C'est à contrecœur que je l'invite. La question insiste et je sens que

3 Afin d'alléger le texte, nous utilisons pour la suite : Madame G. pour Pascale Gustin et le Docteur B. pour Juliette Bourguignon.

je ne peux laisser ces paroles résonner dans le couloir, sans, pour Mathias, tenter encore une fois de leur donner un contenant.

Dernier échange autour de l'insupportable de la vie ensemble. Mathias reste silencieux. Je clôture en donnant mon avis (suggérant que le Juge de la Jeunesse soit consulté à sa place de tiers), soucieuse de dégonfler la question tout en la gardant ouverte. Je veux aussi que Mathias entende que j'ai confiance en sa capacité de s'exprimer pour lui-même si un cadre lui en donne la possibilité.

Revoilà précisément la ligne éthique qui a motivé le balisage de ce temps de relais : garantir un cadre qui permette au sujet de s'énoncer.

4.4. LA SEMAINE PROCHAINE...

La semaine suivant mon départ, les enfants se rendront dans le 'grand' bureau de Madame G. Ils savent qu'ils y retrouveront la boîte qui contient, depuis le début de leur psychothérapie, les modelages et autres productions réalisées lors des séances.

Pour Mathias, cette boîte contient aussi une permission de jouer. Le mouvement des corps toujours se répète : s'asseoir un peu, laisser passer l'injonction de parler - de ci ou de ça - adressée en salle d'attente, en dire un mot parfois ; enfin, en silence, traverser la pièce, prendre la boîte, la poser sur la table et l'ouvrir - un temps - l'idée du jeu peut finalement émerger, (...).

Voyons le tri de Johana : Il est temps maintenant de clôturer, de fermer la boîte. Tu fais le tri. Ce que tu emportes est soigneusement rangé dans la boîte... « Ça, ça reste ici » des morceaux de pâte à modeler éparpillés, dépareillés. Un peu du chaos restera dans ce petit bureau où nous avons travaillé ces dix derniers mois. Tu décides de continuer ta route avec ce que tu as pu élaborer. Au passage, tu raccommodes une fleur en pâte à modeler. Et la monnaie de papier qui servait à payer le Docteur Johana quand le bébé était malade, tu me la donnes ! C'est pour moi. Je suis touchée, je range la monnaie de papier dans mon porte-monnaie, celui dans lequel je range l'argent des consultations. Tu peux ainsi partir sans dette envers moi.

Le destin de la boîte d'Adam... ou ce qu'il advient d'un corps morcelé, déchiqueté : Dernière rencontre. Une fois encore, la boîte est rouée de coups, puis raccommodée, emballée dans le papier collant. Nous n'irons pas à l'intérieur de la boîte aujourd'hui. C'est l'extérieur qui est attaqué. Le cadre l'aura tant et tant été. Me reviennent des souvenirs de bonhommes modelés : ton plaisir devant celui-ci fièrement debout, la crainte de voir celui-là s'effondrer.

Et la boîte aujourd'hui, dedans, le bonhomme, je me le demande, est-il encore entier après ce malmenage ? Remue-ménage, Adam qui déménage, encore.

À présent, je vous propose de nous transporter dans le temps, dans l'après-coup de ce travail de relais et de découvrir ce qui est advenu du travail psychothérapeutique d'Adam, Mathias et Johana. Voici donc le temps de céder la plume à ma collègue, Madame G.

5. LE DESTIN DES BOÎTES, OU QUELQUES NOTES DE « MADAME G. »

5.1. ENTRE ÉCRITURE ET BOÎTE : LE PASSAGE DE RELAIS

À mon tour, donc, de livrer quelques traces de mon travail d'écriture. En ce qui me concerne, j'ai choisi d'articuler des fragments notés à propos de l'usage fait par ces trois enfants de leur boîte de modelage. Lorsque l'enfant s'engage dans un processus thérapeutique, nous lui proposons, en effet, de disposer d'une boîte en carton dans laquelle il peut ranger ses productions personnelles. Cette boîte lui est personnelle et accessible à chaque séance. Elle reste dans une armoire où aucun autre enfant n'a le droit d'accéder. Chacun a ainsi la garantie que sa boîte sera respectée, dans ce lieu partagé avec d'autres. L'expérience nous apprend que cette boîte va être bien diversement investie par chaque enfant : comme contenant, mise en dépôt, expérimentation de la séparation, d'un lâcher prise ou comme lieu d'inscription identitaire. Parfois investie par certains enfants comme objet précieux, elle n'aura pour d'autres quasi aucune existence.

Ici, c'est bien le passage de cette boîte du bureau du Docteur B. vers mon bureau qui signe « matériellement » le passage d'un thérapeute à l'autre : le relais m'est alors transmis...

Adam.

J'aime cette phrase de ma collègue ; « Remue-ménage, Adam qui déménage, encore... » Lorsque nous déménageons, nous nous livrons effectivement tous à certains tris. Nous retrouvons des choses oubliées, nous décidons d'en conserver, d'en jeter, d'en emporter, d'en donner, de nous en défaire... Cette manipulation des objets est occasion de retour sur le passé mais également de projection vers l'avenir. Lorsque je rencontre Adam, l'avenir semble pour lui tout tracé. « Des psys, il y en a eu, il y en aura un, et encore un et encore et encore, toute ma vie », me dit-il d'un air provocateur. Alors pour lui, pas de boîte à conserver ! Il n'en veut pas ! Et que je te casse celle-ci, déjà bien abîmée, rafistolée à coup de ruban complet de Tape... Et puis tout va à la poubelle en morceaux déchiquetés et piétinés. Il pourrait en aller de même pour les objets de mon grand bureau, et peut-être aussi pour moi-même ! Nous semblons prêts à subir le même sort que ladite boîte... « Tout est de la saloperie ici dans ce bureau ! Ne regarde pas ! Tais toi ! », me dit-il.

Mon bureau est bien trop grand pour cet enfant, me dis-je d'emblée ! Comment résister à ces attaques ? Comment tenir à deux le temps d'une séance quand il n'y a plus, comme dans le bureau de ma collègue, la médiation du spectacle offert par la rue qu'Adam se plaisait à lorgner par la fenêtre durant sa séance ?

Pendant les quelques semaines précédant notre première rencontre et après avoir entendu parler de son travail thérapeutique, j'entendais bien que cela « déménageait » chez le Docteur B. Soudain, les cris stridents provenant de son bureau au second étage me faisaient comprendre ce que devait être la séance d'Adam. J'entendais

le remue ménage, et je me faisais, peu à peu, à cette présence. J'entendais les pas de l'enfant lorsque, descendant de sa séance avec ma collègue, il passait en face de mon bureau. J'avais même l'impression qu'il s'y arrêtait !

Peut-être en lien avec cet envahissement sonore et moteur, j'avais déjà fait place dans mon armoire pour la boîte d'Adam. Curieusement, j'avais prévu une grande place, pour une grande boîte ! « Grand », un signifiant déjà bien présent, envahissant, débordant.... A la fin de la première séance, Adam n'a finalement en guise de boîte qu'un bout de carton à déposer dans mon armoire : un bout de carton que je lui ai résolument proposé de conserver au terme d'une âpre lutte entre lui, la poubelle et moi. Ce bout de carton, trace ou vestige de cette boîte qu'il destinait à une destruction totale, je le transmettrai plus tard à Adam et à un thérapeute suivant avec qui l'enfant devra poursuivre sa route suite à un énième changement de placement. Accompagnant ce « morceau », je leur remettrai aussi deux « beaux » dessins faits par Adam, au travers desquels il a parlé de lui-même autrement que comme un déchet. Entre attachement et destruction des liens, entre regard liant et agissements déliants, Adam, au premier échange, m'apparut semblable à ces bébés en proie à des angoisses majeures lorsqu'ils en viennent à perdre leur contenant. Ainsi, Adam semblait éprouver le besoin de se trouver toujours lié. « Il faut que tu m'arrêtes avant, sinon cela va déborder », me dit-il après quelques temps d'expériences partagées ensemble dans ce grand bureau, aux contours trop larges pour lui...

Johana.

Elle souffle, soupire, jette ses jambes sous le fauteuil, met ses cheveux devant son visage. Johana ne veut pas de ce départ, pas de ce changement que ma collègue lui fait subir. Pouvons-nous imposer cela à cette enfant, me demandais-je avec insistance à la première rencontre ? Elle souffre et elle me le fait bien payer par son refus d'entrer en contact avec moi, par sa colère. Tout est nul dans le nouveau bureau, rien n'est bon à lui permettre de se dire, de me dire.

Heureusement, il y a sa boîte. Une boîte qui, comme un vase canope, contient les vestiges de l'amour maternel, de son amour pour la mère morte. Johana explore cette boîte. Elle m'en autorise l'accès et m'en fait la gardienne. Johana s'empare des outils d'écriture qu'elle y enferme. Un crayon, des marqueurs : comme si elle risquait d'en être privée par les enfants qui fréquentent le bureau. Je lui donne pour sa boîte des outils d'écriture qu'elle peut y conserver, tout en continuant d'emprunter ceux qui sont disponibles pour chacun dans mon bureau. Elle trie le contenu de sa boîte, évalue ses propres productions qu'elle juge souvent ratées... Jamais la boîte ne se remplit car son tri est méthodique.

Au terme de notre travail, je ne sais plus très bien ce qui appartient « au temps du Docteur B. » ou à celui de « Madame G. ». Johana, elle, le sait bien ! Et l'enfant poursuit son travail autour du raté de l'écriture, du raté de la langue qui n'est pas sa langue maternelle, du raté de sa vie « sans vie ». Elle questionne ce qu'elle vient faire ici, qu'elle ne comprend pas mais qui lui fait du bien. « Avec toi, je viens ici, j'arrive, et je classe, je ne comprends pas pourquoi », dit-elle l'oeil brillant, en se livrant à de savants calculs.

Mathias.

Mathias, c'est comme un adulte avant l'âge, à qui je trouve des allures de détenu en sursis. Sa liberté de pensée et de parole semble limitée. Il me paraît d'emblée très déprimé. Notre rencontre se scelle sur la première poignée de main qu'il me tend et le regard qu'il me porte, tandis que, dès la première séance, je dois résister à l'envahissement de toute la famille présente en salle d'attente et débordant dans le couloir du centre. Ma collègue m'avait parlé d'un enfant qui faisait des bricolages avec beaucoup d'application mais dont elle assistait avec émotion à l'effondrement récurrent. Mathias ne parlait guère. Il tentait de construire et rien ne tenait vraiment...

Mais voici qu'à l'occasion de ce passage, Mathias s'installe en face à face et se met à parler, s'énonçant très subjectivement sur le vécu des multiples séparations rencontrées, des pertes douloureuses connues au fil de sa vie, du peu de place qu'il a dans une famille débordante. Il a une telle présence et énonciation que j'hésite à le vouvoyer, malgré son jeune âge. Je manque cependant l'occasion de le faire. La première fois, Mathias arrive avec sa boîte, une énorme boîte débordant de toute part. Il veut la regarder et m'en explique le contenu, pièce par pièce. Il déploie les origamis, et le schéma d'un corps dont il a représenté la structure. Il parle des écarts entre sa langue maternelle et la langue paternelle qui est différente, des écarts qui créent des distorsions. Je l'invite à faire usage dans ses séances des deux langues, comme bon lui semble. Dans laquelle, rêve-t-il ? Il replie tout. Dans la salle d'attente, tout le monde attend, dans l'espoir d'en dire quelque chose, d'en savoir plus, d'être entendu à son tour.

Par la suite, Mathias n'ouvrira plus jamais sa boîte. Il s'assied. Il parle ou fait silence. A chaque début et à chaque fin de séance, il me serre la main avec une telle présence que j'y entends son désir de poursuivre contre vents et marées. Je veille à lui conserver un espace thérapeutique personnel qui résiste à l'envahissement de sa famille et lui ouvre la possibilité d'un espace psychique, où il puisse faire cohabiter les deux langues, père et mère.

A le relire, notre travail d'écriture m'apparaît finalement à l'image de ces boîtes. Car tandis que nous écrivions l'une pour l'autre, la trace de nos notes se faisait support matériel de ce qui avait à passer de l'espace d'un investissement transférentiel à un autre. Comme si en « convoyant » cette boîte et ces notes d'un bureau à l'autre, nous soutenions que se relaie, entre nous, une « disposition » thérapeutique singulière à l'égard de chaque enfant : une disposition qui ne fasse pas l'impasse sur le travail alors en cours pour l'enfant mais qui l'invite à poursuivre, avec cette autre thérapeute, le travail engagé avec la première.

A plusieurs reprises, me sont également venues des rêveries à propos des boîtes : je ne pouvais m'empêcher de les percevoir comme un contenant, apparenté au ventre maternel. De quoi ce contenant devait-il se faire protecteur ? N'y a-t-il pas là des choses qui se disaient du lien à la mère, de ce qui s'était vécu aux temps originaires ? Nous savons que des accidents néonataux et des séparations précoces semblent avoir été néfastes pour le narcissisme de chacun de ces trois enfants. Alors, com-

ment Mathias, Johana et Adam ont-ils pu vivre le départ de ma collègue pour la maternité, elle qui avait décidé d'interrompre son travail pour aller justement s'occuper de son propre bébé ? Cette boîte pouvait-elle représenter l'intérieur du ventre maternel et les premiers échanges vitalisants ? En cela aussi, il nous tenait à coeur d'y accorder toute notre attention.

5.1. TENIR LE CAP TRANSFÉRENTIEL, UNE DISPOSITION PARTAGÉE.

Ainsi, nous avons pris soin, ensemble, de ce passage, au travers de l'attention mutuellement apportée à ces objets bien réels que sont le travail de l'écriture et le maniement de la boîte, objets se faisant tous deux supports d'une trace possible. Notez que leur maniement au sein de ce passage ne relève pas d'un simple dispositif technique - de même que nos rencontres préalables n'étaient pas une simple transmission de données d'anamnèse. Notre expérience révèle plutôt que ces supports techniques nous ont soutenues à préserver le cadre, ce terme étant à entendre au sens qu'en donne René Diatkine⁴.

Quand Adam descendait de ses dernières séances chez le Docteur B., je sentais sa présence derrière ma porte, mais j'étais à mille lieues de penser qu'il s'y arrêta vraiment, cherchant à percevoir ma présence. C'est le partage ultérieur de nos notes qui m'a permis de réaliser qu'était, alors, déjà à l'oeuvre un certain « transfert du transfert ». Ce partage nous a aussi permis de mesurer comment le centre de gravité, qui commençait à se dégager pour chacun de ces trois enfants dans le travail psychique entamé, a glissé d'une thérapeute vers l'autre, Madame G., tout en produisant des effets inattendus.

Retour maintenant vers la thérapeute qui s'en va et laisse le champ à l'autre... C'est au Docteur B. qu'appartient le temps de conclure !

6. POUR CONCLURE, UNE EXPÉRIENCE DE SÉPARATION SYMBOLISÉE

Assurée du soutien de ma collègue et de l'équipe du SSM, j'ai pu laisser libre mon écoute et mettre à profit les dernières semaines de travail auprès de mes jeunes patients. Une opportunité thérapeutique spécifique qui, dans le transfert, s'est révélée productive, créative. En effet, de m'en aller pour investir, dans la réalité, un bébé m'a amenée à considérer ce que cela est susceptible de mobiliser dans le transfert.

Ce cadre s'est également avéré un précieux levier pour m'extraire de ma place dans le transfert et libérer l'espace nécessaire au nouage d'une nouvelle alliance thérapeutique. Aussi, d'emblée, alors que j'adresse à l'équipe, et à certains de mes collègues en particulier, la demande qu'un relais puisse s'envisager pour mes patients, je suis forcée d'adopter une position nouvelle. Il ne s'agit déjà plus de 'mon' patient, mais de celui ou celle qui poursuivra sa route auprès de l'un ou l'autre de mes collègues. Ce premier mouvement, discret, et pourtant majeur, s'est révélé essentiel pour la suite. D'un pas de côté, je dégage tout l'espace nécessaire au sujet. Ainsi, tout au long de ce processus exigeant, j'ai travaillé à me décaler de la place que j'occupais jusqu'alors. Les échanges successifs avec ma collègue, Madame G., et le lieu insolite de notre écriture m'y ont considérablement soutenue.

Enfin, j'ai pu m'appuyer sur ce cadre pour assumer ma part transférentielle sur le thérapeute suivant. Et c'est précisément mon transfert sur ma collègue, ainsi que sur le lieu et l'équipe du Service de Santé Mentale, qui aura fait office de matrice au ré-accrochage – ce « transfert du transfert » dont parle ma collègue.

Ce double mouvement, qui consiste à continuer d'investir la thérapie, tout en se dégageant suffisamment pour être en position d'adresser une demande à un autre thérapeute, aura nécessité que nous prenions le temps de partager, dans les différents lieux de transmission, une certaine « disposition psychique ». Celle-ci nous a permis, à nous thérapeutes, de tenir le cap, et à l'enfant, de ne pas désinvestir le travail psychique que nous l'invitions à poursuivre.

Auteur correspondant :

Juliette Bourguignon

Psychiatrie infanto-juvénile
Consultations APSY-UCL,

Cliniques Universitaires Saint Luc,

Avenue Hippocrate, n°10 – 1200 Bruxelles, Belgique

mail : bourguignon_juliette@yahoo.ca

4 Pour rappel : René Diatkine (2004) : « On entend par cadre analytique les dispositions psychiques du psychanalyste, sa capacité à rêver; à établir des liens, à être attentif et à se souvenir de ce que l'enfant a produit et de ce qu'il en a pensé lui-même autant que les conditions matérielles qui permettent le mieux au psychanalyste de tenir le cap et à l'enfant de ne pas désinvestir la situation. »

RÉSUMÉ

Les auteurs témoignent de leur travail de passage de relais dans le cadre de psychothérapies d'enfants en Service de Santé Mentale (SSM). La première, médecin en formation en pédopsychiatrie, s'apprête à interrompre prématurément son stage du fait de sa grossesse. La seconde, psychologue au sein du SSM, poursuivra le travail psychothérapeutique engagé avec trois jeunes patients pour qui la question de la séparation et du lien à la mère n'est pas anodine. Les auteurs décrivent leur dispositif de relais, dont elles font le pari qu'il puisse faire contenance pour que cette séparation se traverse, comme un travail qui 're'met en scène une répétition de séparations ou de ruptures ayant fait traumatisme pour ces enfants dans le passé. Une opportunité thérapeutique spécifique qui, dans le transfert, s'est révélée productive, créative. Le lecteur découvrira des bribes du travail réalisé par ces trois enfants à l'occasion de ce changement de psychothérapeute.

SAMENVATTING

De auteurs getuigen van een bijzondere overdracht setting betreffende 3 kinderpsychotherapieën bij het vertrek van een kindertherapeute binnen een GGZ kontekst. De eerste auteur is een derdejaars assistente in de kinderpsychiatrie. Zij is zwanger en moet daarom vroegtijdig de dienst verlaten. De tweede auteur, kinderspsychologe en vast staf lid binnen het CGGZ zal drie patiëntjes overnemen voor wie zowel de band met de moeder als scheidings situaties kritische ervaringen oproepen. De auteurs zullen elkaar niet zomaar aflossen maar een setting konstrueren waarbinnen de overdracht zal plaats vinden. Zij creëren een transitionele ruimte die zal dienst doen als therapeutische opportuniteit: namelijk de drie kinderen binnen de transfert de mogelijkheid bieden een proces door te maken waarbij de opgelegde scheiding van de intens geïnvesteerde therapeutische relatie gebruikt wordt om vroeger doorgemaakte traumatische scheidings-ervaringen psychisch te verwerken.

RÉFÉRENCES

Diatkine R. (2004), L'application de la psychanalyse aux enfants in Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, sldd Lebovici S., Diatkine R. et Soulé M., Paris, PUF, 2004, Tome IV, p.2964.

Houzel D. (1997a), Quand engager une psychothérapie ? Communication faite dans le cadre de la Journée scientifique organisée par l'AREPPE (Association pour la recherche et l'enseignement en psychiatrie et psychanalyse de l'enfant) et le GAPP (Groupe aquitain de psychothérapie psychanalytique) en hommage au

Pr Pierre Geissmann et consacrée au thème : « Les psychothérapies d'enfants aujourd'hui ». Université Victor Segalen-Bordeaux 2, 21 juin 1997 in L'enfant, ses parents et le psychanalyste, sldd Geissmann Cl. et Houzel D., Paris, Bayard, 2003, p.930.

Houzel D. (1997b), op. cit., p.925.

Lacan J. (1958), La direction de la cure et les principes de son pouvoir in Écrits, Paris, Seuil, 1966, p.618.

PSYCHOTROPES ET GROSSESSE : UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

PSYCHOTROPIC DRUGS AND PREGNANCY: A REVIEW OF THE LITTERATURE

Julie Barbier ⁽¹⁾, Razvana Stanciu ⁽²⁾, Leonardo Gucciardo ⁽³⁾, Charles Kornreich ⁽⁴⁾

CHILD-BEARING IS ASSOCIATED WITH A SIGNIFICANT RISK OF MENTAL DISORDERS. HOWEVER THE DECISION TO USE PSYCHOTROPIC DRUGS DURING PREGNANCY IS A DIFFICULT ONE, DUE TO POSSIBLE TERATOGENICITY AND LONG TERM HARMFUL CONSEQUENCES FOR THE CHILDREN. ABSTAINING FROM TREATMENT IS ALSO RISKY AS THE MENTAL HEALTH OF THE MOTHER MAY BE COMPROMISED. THE QUALITY OF THE MOTHER-CHILD RELATIONSHIP MAY BE DAMAGED, DUE TO THE MOTHER'S MENTAL PROBLEMS WITH POTENTIAL LONG-TERM HARM FOR THE CHILD'S DEVELOPMENT. OUR PAPER REVIEWS THE LITERATURE OF THE LAST TEN YEARS ABOUT THE USE OF PSYCHOTROPIC DRUGS DURING PREGNANCY AND BREAST FEEDING. THE SAFETY OF USE OF MANY DRUGS IS NOT YET WELL ESTABLISHED AND FUTURE SYSTEMATIZED STUDIES ARE WARRANTED ABOUT THIS IMPORTANT TOPIC.

Mots-clés : Grossesse - Antidépresseurs - Antipsychotiques - Stabilisateur d'humeur - Benzodiazépines.

INTRODUCTION

La prescription médicamenteuse durant la grossesse est toujours une affaire délicate. En particulier, les médicaments psychotropes présentent un risque potentiel de tératogénicité et de complications péri- et postnatales : en effet toutes les molécules étudiées jusqu'à ce jour passent dans une certaine mesure la barrière placentaire (Doering & Stewart 1978; Newport et al. 2007), se retrouvant donc dans le liquide amniotique (Hostetter et al. 2000) et dans le lait maternel (Newport et al. 2002).

Nombre de maladies psychiatriques se développent chez des femmes en âge de procréer. D'autre part, la grossesse et le post-partum sont souvent des périodes à risque pour ces pathologies (Hendrick 2006).

En décidant de ne pas traiter ces maladies, on ne fait qu'échanger le risque de l'exposition au médicament contre celui de l'exposition à la maladie mentale non traitée. Cette dernière a ses propres conséquences sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du développement de l'enfant (Tableau I).

Les risques potentiels de l'administration d'une substance pendant la grossesse sont de plusieurs types.

Tableau I

A. Pendant la grossesse
Avortements spontanés et malformations Effets sur la croissance Complications métaboliques
B. A la naissance
Naissance avant terme Anomalies du poids de naissance Complications comportementales
C. Après la naissance
Allaitement Développement

Selon le type de molécule, on dispose de plus ou moins de données sur chacune de ces catégories de risque.

MÉTHODES

Notre revue a été réalisée à partir de Medline en utilisant les mots-clés *antidepressant*, *mood stabilizer*, *antipsychotic*, *benzodiazepine*, en combinaison avec les termes *pregnancy*, *breast-*

⁽¹⁾ Docteur BARBIER Julie, CHU Brugmann Service de Psychiatrie, 4 place Van Gehuchten 1020-Laeken.

⁽²⁾ Docteur STANCIU Razvana, CHU Brugmann Service de Psychiatrie, 4 place Van Gehuchten 1020-Laeken.

⁽³⁾ Docteur GUCCIARDO Leonardo, CHU Brugmann Service de Gynécologie – Obstétrique, 4 place Van Gehuchten 1020-Laeken.

⁽⁴⁾ Professeur KORNREICH Charles, CHU Brugmann Service de Psychiatrie, 4 place Van Gehuchten 1020-Laeken.

feeding/lactation, neurodevelopmental outcomes, neurobehavioral development. Nous avons retenu les résultats publiés à partir de l'an 2000 (dernière mise à jour de la recherche en mai 2011) en anglais ou en français, comprenant des revues de littérature et des études cliniques. Occasionnellement, nous nous référons à des publications plus anciennes lorsque aucune étude plus récente ne reprend des données avec la même pertinence.

ANTIDÉPRESSEURS ET GROSSESSE

La problématique des troubles dépressifs pendant la grossesse est d'une ampleur pour le moins non négligeable, mais trop souvent ignorée. Voici quelques chiffres qui illustrent ce fait :

- Près d'une femme enceinte sur dix en moyenne (entre 8 et 14%) va présenter un trouble dépressif, toutes catégories confondues, durant la grossesse. En ce qui concerne l'épisode dépressif majeur, entre 3,1% et 4,9% des femmes enceintes vont l'expérimenter à n'importe quel moment de leur grossesse et entre 1% et 5,9% durant la première année de post-partum. Il faut cependant souligner que ces estimations ne sont pas significativement différentes chez les femmes du même âge non gestantes (Gaynes et al. 2005).
- En 2003, environ 13% des femmes enceintes ont pris des antidépresseurs à un moment de leur grossesse, une proportion qui a doublé depuis 1999 (Cooper et al. 2007).

Selon une étude récente portant sur 114 999 femmes enceintes, entre 1992 et 2006, malgré une augmentation du nombre de prescriptions d'antidépresseurs chez les femmes enceintes (multiplié par 4), la grossesse reste un déterminant majeur dans la décision d'arrêter ce type de thérapeutique. Cette observation peut être expliquée par l'inquiétude des praticiens quant à des effets néfastes sur le fœtus et à l'existence de nombreuses études contradictoires sur le sujet (Petersen et al. 2011).

Les SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) sont les antidépresseurs les plus prescrits durant la grossesse (80%), les cliniciens n'utilisant que très peu les tricycliques et les IMAO (inhibiteurs de monoamine oxydase) (Yonkers et al. 2009). Pour ce qu'il en est des SNRI (Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors), nous n'avons pas trouvé de chiffres précis. Ces molécules sont classées en catégorie C (Tableau II). Dans ces conditions, le médicament ne devrait être administré que si le bénéfice anticipé justifie le risque potentiel pour le fœtus. Cette classification des SNRI en classe C est la conséquence d'effets secondaires (dyspnée nécessitant un support ventilatoire, alimentation parentérale, risque majoré d'une hypertension artérielle pulmonaire persistante) rapportés chez les nouveau-nés de mères ayant pris des SNRI au troisième trimestre de la grossesse.

Une méta-analyse réalisée en 2010 montre que la dépression non traitée durant la grossesse est associée avec un risque modeste mais statistiquement significatif de naissances prématurées

et de petits poids à la naissance. Par contre, il n'y a pas de preuve de retard de croissance intra-utérin (RCIU) (Grote et al. 2010) (Tableau III).

PROBLÈMES APPARAISSANT PENDANT LA GROSSESSE

Risque d'avortement spontané

De nombreuses études ont tenté d'évaluer le risque de fausses couches chez les femmes enceintes exposées aux antidépresseurs avec des résultats contradictoires. Ces contradictions s'illustrent dans les commentaires suscités par les résultats de la méta-analyse réalisée par Nakhai-Pour et al. (2010) concluant à un risque majoré de fausses couches. En effet, nombreux sont ceux qui remettent en question la significativité statistique de ces observations en affirmant que si un risque d'avortement spontané existe, il est relativement faible.

Malformations structurales

- *TCA (Tricyclic antidepressants)* : la majorité des études n'a pas montré d'association entre l'usage des TCA durant la grossesse et des malformations structurales (Simon et al. 2002; Altshuler et al. 1996).
- *SSRI* : si la majorité des études a démontré qu'il n'y a pas de lien clairement défini entre la prise de SSRI et un risque majoré de malformations cardiaques (Källén & Olausson 2008; Malm et al. 2005; Louik et al. 2007; Alwan et al. 2007; Einarson et al. 2008), l'exposition à la paroxétine au cours du premier trimestre de gestation a été associée à une augmentation significative du risque de malformations cardiaques (Källén & Olausson 2008; Källén & Otterblad Olausson 2006). En résumé, les données actuelles sur les SSRI ne montrent pas d'information consistante pour admettre des risques spécifiques de tératogénicité iatrogène : en effet, une hygiène de vie délétère (tabagisme, éthyliisme chronique) ou l'usage d'autres médicaments sont de multiples biais rendant difficile l'évaluation du caractère tératogène des SSRI.
- *Autres antidépresseurs (AD)* : les autres AD incluent le bupropion, la venlafaxine, la duloxétine, la néfazodone et la mirtazapine. Les taux de malformations congénitales observés chez les femmes enceintes traitées avec ces molécules ne sont pas statistiquement différents de ceux observés chez les patientes traitées par d'autres agents reconnus comme étant non tératogènes (Cole et al. 2007). Une étude de registres suédois a également comparé 732 femmes traitées tôt dans leur grossesse par SSRI ou SNRI avec un groupe contrôle, et n'a pas observé d'augmentation de risque de mortalité à la naissance, ni de malformations congénitales (Lennestål & Källén 2007).

Effets sur la croissance

La réduction du poids à la naissance et une durée de gestation plus courte sont souvent associées avec la prise de SSRI durant la grossesse (Yonkers et al. 2009; Oberlander et al. 2006; Simon et al. 2002; Wen et al. 2006).

Tableau II

Données par molécules (d'après Payne et al. 2009)

Médication	Posologie	Effets secondaires potentiels durant la grossesse	Effets secondaires potentiels durant la lactation	Catégorie FDA
SSRI				
Sertraline	25-200mg	Pas d'anomalie mise en évidence si l'exposition a eu lieu pendant le 1er trimestre. Risque de syndrome de sevrage aux SSRI si l'exposition a eu lieu pendant le 3è trimestre.	Détection minimale dans le sérum du nouveau-né	C
Paroxétine	10-50mg	Augmentation du risque de malformation cardiaque si l'exposition a eu lieu pendant le 1er trimestre (2 pour 1000). Risque de syndrome de sevrage aux SSRI si l'exposition a eu lieu pendant le 3è trimestre.	Détection minimale dans le sérum du nouveau-né	D
Citalopram	10-60mg	Pas d'anomalie mise en évidence à la naissance si l'exposition a eu lieu pendant le 1er trimestre. Risque de syndrome de sevrage aux SSRI si l'exposition a eu lieu pendant le 3è trimestre.	Grande concentration lait/plasma à hautes doses	C
Tricycliques				
Désimipramine	25-200mg	Pas d'anomalie mise en évidence à la naissance si l'exposition a eu lieu pendant le 1er trimestre. Risque de syndrome de sevrage aux SSRI si l'exposition a eu lieu pendant le 3è trimestre.	Détection minimale dans le sérum du nouveau-né	C
Imipramine	25-200mg	Pas d'anomalie mise en évidence à la naissance si l'exposition a eu lieu pendant le 1er trimestre. Risque de syndrome de sevrage aux SSRI si l'exposition a eu lieu pendant le 3è trimestre.	Détection minimale dans le sérum du nouveau-né	D
Nortriptyline	25-150mg	Pas d'anomalie mise en évidence à la naissance si l'exposition a eu lieu pendant le 1er trimestre. Risque de syndrome de sevrage aux SSRI si l'exposition a eu lieu pendant le 3è trimestre.	Détection minimale dans le sérum du nouveau-né	D
Autres antidépresseurs				
Mirtazapine	7,5-45mg	Données disponibles limitées. Pas d'anomalie mise en évidence à la naissance si l'exposition a eu lieu pendant le 1er trimestre	Données limitées disponibles. Bien toléré dans de petites études. Être attentif à tout changement au niveau du sommeil ou au comportement alimentaire.	C
Bupropion	75-300mg	Données disponibles limitées. Pas d'anomalie mise en évidence à la naissance si l'exposition a eu lieu pendant le 1er trimestre	Données disponibles limitées. Petite augmentation du risque de convulsion chez l'enfant.	B
Venlafaxine	37,5-225mg	Données disponibles limitées. Pas d'anomalie mise en évidence à la naissance si l'exposition a eu lieu pendant le 1er trimestre	Données insuffisantes.	C
Duloxétine	20-90mg	Données non concluantes	Données insuffisantes.	C

L'analyse du registre des naissances suédois publiée par Källén (2004) a mis en évidence une association entre la prise de SSRI et de TCA et une augmentation du risque de petit poids de naissance (Odds ratio : 1.98) et d'accouchement prématuré (Odds ratio : 1.96) (Källén 2004). Les travaux publiés étudiant l'effet potentiellement délétère pour le fœtus de la maladie maternelle sont nombreux. La plupart de ces études ont inclus des femmes avec un trouble dépressif traitées ou pas par des SSRI. Les résultats observés sont en faveur d'une association entre un faible poids à la naissance et la prise de SSRI pendant la grossesse.

Il est à noter que la durée du traitement durant la grossesse est un facteur additionnel qu'il est difficile d'investiguer mais qui a néanmoins un rôle non négligeable (Oberlander et al. 2006).

En conclusion, le niveau d'évidence observé dans la revue de la littérature effectuée sur l'éventuelle association entre prise d'antidépresseurs et faible poids de naissance ne permet pas de conclure à un lien clair. Par contre, l'âge gestationnel à l'accouchement inférieur à la normale observé chez les patientes traitées constitue un facteur confondant influençant le poids de naissance.

Tableau III

Impact des troubles psychiatriques sur l'issue de la grossesse (d'après Anon 2008b; Matevosyan 2011)

Pathologie	Effets tératogènes	Conséquences obstétriques	Conséquences néonatales
Trouble dépressif majeur	N/A	Incidence élevée de petits poids de naissance, de complications postnatales	Cortisolémie élevée et taux élevés de catécholamines chez le nouveau-né, pleurs, taux d'admissions en unité néonatale plus importants
Trouble bipolaire	N/A	Cfr trouble dépressif majeur	Cfr trouble dépressif majeur
Schizophrénie	Malformations congénitales, en particulier du système cardiovasculaire. Risque plus élevé d'avortement spontané.	Incidence élevée d'accouchement pré-terme, de faible poids de naissance, de retard de croissance intra-utérin, d'anomalies placentaires, d'hémorragies anténatales	Score d'Apgar en moyenne plus faible, taux de décès post-natals plus élevés que la norme.

PROBLÈMES APPARAISSANT À LA NAISSANCE

Effets sur l'âge gestationnel à la naissance (AG)

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le taux de naissances prématurées (AG inférieur à 37 semaines de gestation) est plus élevé chez les femmes prenant des antidépresseurs tels que les SSRI et les TCA (Simon et al. 2002; Djulus et al. 2006; Källén 2004; Costei et al. 2002).

D'autres publications ont par contre conclu à une absence d'association entre la prise d'antidépresseurs pendant la grossesse et le taux d'accouchements avant terme (Sivojelezova et al. 2005; Malm et al. 2005).

La différence d'âge gestationnel à l'accouchement entre les femmes traitées par antidépresseur pendant leur grossesse et les patientes non traitées reste cependant limitée (jusqu'à une semaine de différence) (Simon et al. 2002).

Des études plus approfondies ont montré que l'effet des SSRI sur l'âge gestationnel dépend de la durée de l'exposition *in utero*, les expositions plus longues étant les plus susceptibles de diminuer l'âge gestationnel à l'accouchement (Oberlander et al. 2008).

Il semblerait donc qu'un âge gestationnel à la naissance inférieur à la moyenne se retrouve plus fréquemment chez les femmes exposées aux antidépresseurs.

Autres complications périnatales

D'autres types de complications périnatales surviennent plus fréquemment chez les femmes ayant débuté un traitement par SSRI après 20 semaines d'âge gestationnel (Källén & Otterblad Olausson 2006). Une augmentation du risque d'hypertension portale persistante a été observée chez les nouveau-nés dont la mère avait reçu des SSRI, ce risque étant encore majoré en cas d'exposition tardive. En outre, ce risque de pathologie pulmonaire néonatale est corrélé à la durée de traitement des patientes enceintes traitées par SSRI. Ce risque reste cependant

relatif. En effet, le risque absolu après une exposition aux SSRI augmente de 1 à 2 pour 1000 à 3 à 12 pour 1000 (Chambers et al. 2006; Källén & Olausson 2008).

Dans cette étude, chez les enfants exposés à d'autres antidépresseurs, on n'a pas observé d'augmentation du risque de développer une hypertension portale persistante. Cependant, l'utilisation d'antidépresseurs non-SSRI durant la grossesse étant peu fréquente, les données disponibles restent limitées (Chambers et al. 1996).

PROBLÈMES APPARAISSANT APRÈS LA NAISSANCE

Antidépresseurs et allaitement

Malgré les recommandations concernant ses effets bénéfiques, l'allaitement est moins fréquent chez les femmes dépressives en post-partum (Field 2008). Les causes sont probablement multiples. Le refus d'allaiter son enfant peut être secondaire à une inquiétude de la patiente traitée par antidépresseurs concernant le passage des molécules dans le lait maternel. Les concentrations en sertraline et en paroxétine ne sont pas détectables dans le sang de l'enfant, par contre, la fluoxétine et le citalopram peuvent atteindre des niveaux détectables. Malheureusement, ces observations sont issues de travaux effectués sur de très petits échantillons, dans des études non contrôlées et ne permettent donc pas d'en déduire une attitude consensuelle claire. On considère en général que la dépression et les antidépresseurs sont tous les deux néfastes pour l'enfant.

Selon Davanzo et al. (2011), la majorité des antidépresseurs ne sont pas contre-indiqués pendant l'allaitement :

- les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et la nortryptiline ont un meilleur profil de sécurité pendant la lactation,
- la fluoxétine doit être utilisée avec précaution,
- la doxépine et la néfazodone atypiques devraient être évitées.

Conséquences neuro-comportementales néonatales

- TCA : l'exposition *in utero* aux TCA est associée à une augmentation des complications périnatales incluant une augmentation de l'agitation et de l'irritabilité néonatale (Källén 2004; Altshuler et al. 1996).
- SSRI : un cluster de symptômes appelé « adaptation néonatale pauvre » (Chambers et al. 2006) a été rapporté durant les jours ayant suivi la naissance chez les bébés exposés aux SSRI. Ces symptômes incluent de la tachypnée, de l'hypoglycémie, une instabilité de la température, de l'irritabilité, un manque ou une absence de pleurs et des convulsions. Ces symptômes sont retrouvés chez 15-30% des femmes qui ont pris des SSRI tard dans la grossesse. Les symptômes chez les nourrissons sont transitoires et typiquement résolus durant les 2 semaines après la naissance (Chambers et al. 1996; Oberlander et al. 2008; Costei et al. 2002).
- Etant donné que les symptômes d'irritabilité et de difficultés d'adaptation sont plus fréquents chez les bébés exposés *in utero* aux antidépresseurs, le monitoring hémodynamique du nouveau-né est, pour cette raison, réalisé systématiquement à la naissance.

Conséquences neuro-développementales chez les enfants exposés aux AD *in utero*

Nulman et ses collaborateurs ont réalisé une comparaison entre 3 groupes d'enfants: un premier groupe d'enfants nés de femmes traitées durant leur grossesse par un antidépresseur de type tricyclique, un deuxième groupe constitué d'enfants dont la mère avait été traitée par la fluoxétine, et un groupe contrôle dans lequel aucun enfant n'avait été exposé (Nulman et al. 1997). Le but de cette étude était d'évaluer le quotient intellectuel ainsi que le développement du langage chez les enfants âgés de 16 à 86 mois. Aucune différence significative de QI moyen n'a pu être mise en évidence entre les 3 groupes d'enfants de même qu'aucune différence concernant le tempérament des enfants, les scores au

niveau de l'humeur, l'excitabilité, le niveau d'activité, ou la distractibilité. L'incidence des problèmes de comportement était également similaire dans les 3 groupes (Nulman et al. 2002).

Selon l'étude de Galbally et al (2011), aucune association statistiquement significative n'a été trouvée entre un traitement *in utero* et le développement neurologique de l'enfant.

L'étude de Suri et al (2011) conclut que l'exposition aux antidépresseurs *in utero* ne semble pas avoir d'effet majeur sur le développement neurocomportemental chez le nourrisson durant les 2 premiers mois.

DISCUSSION

Au vu des données actuelles, nous pouvons conclure que les antidépresseurs tricycliques et les SSRI (à l'exception de la Paroxétine, catégorie D selon la FDA) (tableau IV) sont les antidépresseurs qui ont été le plus étudiés pendant la grossesse. Cette classe d'antidépresseurs constitue actuellement un traitement à privilégier en cas d'indication pendant la grossesse. Les études sur les SNRI et les NaSSa (Noradrenergic and Specific Serotonergic antidepressant) ne nous permettent pas de conclure à leur innocuité durant la grossesse car elles sont réalisées sur des échantillons peu nombreux.

CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS

D'un point de vue pratique, la décision de prescrire un antidépresseur chez une femme avec un désir de grossesse se pose dans les situations suivantes :

- Une patiente suivie et traitée pour un trouble dépressif chronique ou un trouble anxieux se présente avec un désir de grossesse: la décision de maintenir ou d'arrêter un tel traitement doit être réfléchi de manière multidisciplinaire (psychiatre et gynécologue) et conjointement avec la patiente, l'idéal étant d'y réfléchir avant même que la conception n'ait eu lieu (le praticien aura au préalable averti sa patiente des

Tableau IV

Catégories FDA

Catégorie A : Adequate and well-controlled human studies have failed to demonstrate a risk to the fetus in the first trimester of pregnancy (and there is no evidence of risk in later trimesters).
Catégorie B : Animal reproduction studies have failed to demonstrate a risk to the fetus and there are no adequate and well-controlled studies in pregnant women OR Animal studies have shown an adverse effect, but adequate and well-controlled studies in pregnant women have failed to demonstrate a risk to the fetus in any trimester.
Catégorie C : Animal reproduction studies have shown an adverse effect on the fetus and there are no adequate and well-controlled studies in humans, but potential benefits may warrant use of the drug in pregnant women despite potential risks.
Catégorie D : There is positive evidence of human fetal risk based on adverse reaction data from investigational or marketing experience or studies in humans, but potential benefits may warrant use of the drug in pregnant women despite potential risks.
Catégorie X : Studies in animals or humans have demonstrated fetal abnormalities and/or there is positive evidence of human fetal risk based on adverse reaction data from investigational or marketing experience, and the risks involved in use of the drug in pregnant women clearly outweigh potential benefits.

risques d'une grossesse sous antidépresseur et des risques d'un arrêt du traitement pour le décours de la maladie).

- Une grossesse détectée chez une femme suivie et traitée par antidépresseur.
- Une patiente enceinte, sans traitement antidépresseur présentant un trouble dépressif majeur ou un trouble anxieux sévère.

Bien que les données accumulées durant les 30 dernières années suggèrent que certains antidépresseurs ont une innocuité plus marquée que d'autres lors d'un usage durant la grossesse, les informations concernant les risques foetaux d'une exposition intra-utérine sont encore trop incomplètes. Si le clinicien envisage la prescription d'un antidépresseur pendant la grossesse, il doit considérer plusieurs points :

- les données actuelles sur les différents antidépresseurs, informations discutées plus haut dans le texte.
- l'histoire de l'affection psychiatrique en considérant la sévérité de la pathologie psychiatrique et en pesant les avantages et les inconvénients d'un traitement chez la femme enceinte. Chez les patientes présentant un trouble dépressif léger à modéré, une interruption du traitement avec une substitution par thérapies non médicamenteuses peut toujours être envisagée.

Chez les patientes enceintes traitées par antidépresseur qui ont essayé d'autres molécules sans succès, la logique veut que l'on poursuive ce même traitement tout au long de la grossesse et avec le même dosage (si les symptômes s'aggravent, une augmentation de la posologie est indiquée).

Chez les femmes enceintes sans antécédent d'épisode dépressif et présentant une indication de traitement antidépresseur, l'usage des antidépresseurs de type SSRI ou tricycliques doit être privilégié, avec une posologie de départ réduite au minimum efficace. Une simplification maximale du traitement est en outre indiquée, dans la mesure du possible : par exemple, la prescription d'un antidépresseur sédatif chez une femme enceinte présentant un trouble dépressif avec un trouble du sommeil sera privilégiée plutôt qu'un SSRI avec une benzodiazépine.

ANTIPSYCHOTIQUES ET GROSSESSE

Malgré l'expérience accumulée concernant l'usage des antipsychotiques, y compris ceux de la nouvelle génération, la question de leur utilisation pendant la grossesse reste épineuse. Si l'on s'accorde actuellement pour dire que leur prescription s'avère indispensable en cas de maladie mentale sévère chronique, telle la schizophrénie, ou en cas de décompensation psychotique durant la grossesse (qui constitue une urgence médicale et obstétricale), aucun consensus clair n'est disponible pour les indications thérapeutiques ainsi que pour le choix de la molécule (Gentile 2010a).

Cette situation est d'autant plus inconfortable que le nombre de grossesses chez les patientes schizophrènes est en augmentation depuis l'introduction des antipsychotiques atypiques (induisant moins d'hyperprolactinémie que les antipsychotiques de première génération) et depuis le phénomène de désinstitutionalisation de ces patientes (McKenna et al. 2004). Ainsi, une majorité de femmes atteintes d'un trouble psychotique (63%) auront des enfants (Howard et al. 2001). Par ailleurs, les grossesses non planifiées/non désirées surviennent plus souvent chez des femmes atteintes d'une maladie psychiatrique sévère. De plus, ces grossesses accidentelles sont souvent associées à une compliance de la patiente souvent insuffisante ainsi qu'à une instabilité plus fréquente observée chez le partenaire (Matevosyan 2011).

Les femmes souffrant de schizophrénie présentent un risque augmenté de décompensation pendant et surtout après la grossesse (Matevosyan 2011). En outre ces patientes particulières ont un risque plus important de présenter certaines complications péri-natales (cfr tableau I). La qualité de l'attachement mère-enfant a également été évaluée chez ces patientes et est globalement inférieure à la normale (Matevosyan 2011). Ces risques sont probablement d'origine multifactorielle : influence des anomalies physiologiques dues à la maladie elle-même (H.-C. Lin et al. 2010), effets des symptômes de la maladie (notamment des symptômes négatifs, comme l'émoussement affectif, l'anhédonie, l'aboulie et l'alogie), observation plus fréquente de comportements à risque chez ces patientes (tabagisme et autres consommations de toxiques) (Matevosyan 2011), et enfin, effets secondaires associés à la prise de médicaments. De nombreux travaux de recherche en cours visent à préciser le risque attribuable à chacun de ces facteurs.

La représentativité et la puissance statistique des études sur la prescription d'antipsychotiques durant la grossesse sont fortement limitées : les études concernant des femmes enceintes sont bien évidemment le sujet de nombreuses limitations éthiques. Ces limitations expliquent l'absence d'étude randomisée contrôlée, et le peu d'études cliniques disponibles, en particulier sur la prescription pendant la grossesse, d'antipsychotiques de nouvelle génération. L'usage d'antipsychotiques de première génération comme anti-émétiques a, par contre, été l'objet de plus d'investigations. L'intérêt de ces données est limité par le type de molécule utilisé, la courte durée d'exposition et le faible dosage en comparaison avec celui utilisé dans les affections psychiatriques.

RISQUES PENDANT LA GROSSESSE (TABLEAU V)

Malformations

Les données disponibles concernant la prévalence des malformations fœtales observées en cas d'utilisation pendant la grossesse restent limitées. Dès lors, les associations spécifiques entre certains types de malformations et des classes définies de molécules sont difficiles à documenter. Étudiés globalement, les antipsychotiques sont associés à un risque plus élevé de malformations, sans différences notables entre les classes ou les

Tableau V

Données par molécule

Antipsychotique	Etudes sur animaux	Données chez l'homme	Catégorie FDA	Passage transplacentaire
Haloperidol (Gentile 2010; Newport et al. 2007; Diav-Citrin et al. 2005)	Rares malformations	<ul style="list-style-type: none"> - Etudié depuis 1966. - Risque malformatif : prédominance de défauts de formation des membres (incidence globale pas démontrée supérieure à celle de la population générale) - Rares cas rapportés de complications périnatales type sevrage ou hypothermie. A noter : une étude récente multicentrique prospective rapportant des données rassurantes. 	C	65.5% (95%CI = 40.3% -90.7%)
Flupenthixol (Gentile 2010; Reis & Källén 2008)	-	Quelques cas d'exposition rapportés : rares cas identifiés de malformations et de complications métaboliques.	-	-
Zuclophenthixol (Gentile 2010; Reis & Källén 2008)	-	Quelques cas d'exposition rapportés : rares cas identifiés de malformations et de complications métaboliques.	C	-
Levomépromazine (Gentile 2010; Reis & Källén 2008)	Effets tératogènes montrés chez la souris et le rat.	Quelques cas d'exposition rapportés : rares cas identifiés de malformations et de complications métaboliques.	C	-
Amisulpride (Gentile 2010)	Aucune tératogénicité démontrée, même à hautes doses.	Pas de données disponibles.	-	-
Aripiprazole (Gentile 2010)	Tératogénicité démontrée, ainsi que faible poids de naissance, mais à partir de doses 3 à 10 fois supérieures au maximum recommandé chez l'humain.	Quelques case reports, 1 cas de tachycardie néonatale.	C	-
Clozapine (Gentile 2010; Iqbal et al. 2003)	Pas d'effet sur le fœtus.	<ul style="list-style-type: none"> - Peu d'études, peu de case reports. - Cas isolés de malformations diverses, morts fœtales in utero - Complications maternelles : avortements spontanés, diabète gestationnel, - Complications périnatales : hypoxémie, convulsions néonatales, « floppy infant syndrome ». - Petites séries de cas ne présentant aucune complication. - A noter : si surdosage, risque documenté de mort fœtale. 	B	-
Olanzapine (Gentile 2010; Babu et al. 2010; Newport et al. 2007; Goldstein et al. 2000)	Pas d'effets délétères sur le fœtus.	<ul style="list-style-type: none"> - Cas isolés de malformations, d'avortements spontanés et de complications périnatales. - Plusieurs cas de diabète gestationnel ont été rapportés. - Poids de naissance significativement plus grand comparativement à d'autres antipsychotiques (1 étude) 	C	72.1% (95% CI = 46.8% -97.5%)
Quetiapine (Gentile 2010; Newport et al. 2007; McKenna et al. 2005)	Pas de tératogénicité démontrée.	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacocinétique et taux sériques ne sont pas modifiés par la grossesse. - Plusieurs case reports d'enfants exposés sains. - Quelques cas rapportés de malformations, sans pattern spécifique, d'avortement spontané, de difficultés d'adaptation néonatale. - Une cohorte de 36 patientes ne montrant pas d'effet délétère sur la santé de la mère ou du nouveau-né. 	C	24.1% (95%CI = 18.7% -29.5%)
Risperidone (Gentile 2010; Coppola et al. 2007; McKenna et al. 2005; Newport et al. 2007)	Pas de tératogénicité démontrée.	<ul style="list-style-type: none"> - Une étude prospective rassurante. - Cas sporadiques de malformations et de complications gestationnelles. 	C	49.2% (95%CI = 13.6% -84.8%)

molécules (Gentile 2010a; Reis & Källén 2008; A. Einarson & Boskovic 2009). Cependant, la question des facteurs confondants mentionnés ci-dessus (facteurs inhérents à la maladie elle-même ou aux comportements liés à celle-ci) reste entière.

Effets sur le métabolisme maternel

Les données sont encore, à l'heure actuelle, contradictoires et disponibles en quantité limitée : notion d'augmentation des complications métaboliques (type diabète gestationnel) avec certains antipsychotiques atypiques (Gentile 2010a). Voir discussion ci-dessous concernant le poids de naissance.

RISQUES À LA NAISSANCE

Effet sur l'âge gestationnel et le poids à la naissance

Une étude prospective publiée en 2008 a comparé le poids et l'âge gestationnel à la naissance d'enfants nés de mère traitées par antipsychotiques typiques et atypiques avec un groupe témoin non exposé (Newham et al. 2008). Les résultats révèlent une incidence de macrosomie fœtale significativement plus importante dans le groupe recevant des antipsychotiques atypiques. Par contre, le poids de naissance moyen observé dans le groupe des patientes traitées par antipsychotiques typiques est inférieur au poids de naissance moyen des enfants exposés aux atypiques et également significativement inférieur lorsque ce poids est comparé avec celui des enfants du groupe témoin. De même, le nombre d'accouchements avant terme est significativement plus élevé dans le groupe des patientes traitées par antipsychotiques typiques. Les limitations suivantes sont cependant à considérer: la petite taille des échantillons ($n = 45$ pour les antipsychotiques typiques, $n = 25$ pour les atypiques et $n = 38$ pour le groupe de référence), ainsi que l'utilisation de plusieurs antipsychotiques différents au sein du même groupe. En effet l'olanzapine et la clozapine étaient les molécules les plus administrées dans le groupe des antipsychotiques atypiques, et ces molécules en particulier sont suspectées d'influer sur le poids de naissance (Babu et al. 2010).

En 2010, une étude menée à Taiwan sur un échantillon plus large a comparé un groupe de sujets sains ($n = 3480$) avec 3 groupes de patientes schizoéphrènes enceintes : un groupe non traité ($n = 454$), un groupe traité par antipsychotiques atypiques ($n = 48$) et un groupe traité par antipsychotiques typiques ($n = 194$) (Lin et al. 2010). Contrairement aux observations précédentes, les résultats ne montrent aucune différence de l'incidence des enfants macrosomes lorsque l'on compare les patientes traitées par antipsychotiques atypiques et les patientes traitées par antipsychotiques typiques. Une explication possible est à rechercher au niveau du nombre beaucoup plus faible de patientes recevant de l'olanzapine ou de la clozapine comparé à l'étude précédente (respectivement pour ces deux molécules 28% et 10%). Un nombre significativement plus élevé d'enfants nés avec un retard de croissance a également été observé chez les patientes schizoéphrènes non traitées. Le taux de naissances avant terme est, quant à lui, légèrement supérieur dans le groupe traité par antipsychotiques typiques.

En conclusion, il est probable que certains antipsychotiques atypiques (olanzapine et clozapine) sont à l'origine d'une augmentation de la proportion d'enfants macrosomes. Ceci s'explique par le fait que ces molécules augmentent vraisemblablement l'incidence d'une prise de poids excessive durant la grossesse, le risque d'obésité chez la mère ainsi que le risque de développer un diabète gestationnel, éléments qui sont précisément les facteurs prédisposant à la macrosomie.

Les données sont également en faveur d'une augmentation du nombre de naissances non prématurées avant terme (> 37 semaines de gestation) lors de l'administration d'antipsychotiques de première génération, ce qui a également un impact sur le poids de naissance (en moyenne plus faible, mais normal pour l'âge). Cette dernière constatation, contrairement à la macrosomie, n'est pas d'une grande importance clinique étant donné l'absence de risques majeurs liés à ces particularités.

Autres complications périnatales

Quelques cas de syndromes de sevrage, d'hypothermies, de tachycardie néonatale ou d'hypothermie ont été rapportés (Gentile 2010b).

RISQUES POST-NATALS

Allaitement

Les études menées sur les antipsychotiques d'ancienne génération (la chlorpromazine et l'halopéridol) sont peu nombreuses et basées sur des observations relativement limitées. Une étude sur 5 enfants exposés à la chlorpromazine durant l'allaitement n'a montré aucune association avec un déficit mental ou un retard de développement significatif à 16 mois et à 5 ans (Kris and Carmichael 1957; Buist et al. 1990). Une autre étude sur des enfants exposés à la fois à la chlorpromazine et à l'halopéridol n'a pas mis en évidence de risque majoré de retard de développement apparaissant chez ces enfants entre l'évaluation à 12 mois et celle effectuée à 18 mois (Yoshida et al. 1998). Ces données restent cependant d'un intérêt limité vu, d'une part, qu'elles portent sur la chlorpromazine, qui n'est actuellement plus utilisée dans nos pays, et d'autre part, vu le faible échantillon observé (5 enfants pour la première étude, 12 pour la seconde).

Développement

Aucune récolte systématisée des données sur le développement des enfants exposés *in utero* aux antipsychotiques atypiques n'est actuellement disponible.

Deux études portant sur le devenir à long terme d'enfants exposés *in utero* à des antipsychotiques de première génération (chlorpromazine) ont permis d'objectiver des données rassurantes : l'une des études s'est intéressée au développement social, émotionnel et cognitif, l'autre a évalué les compétences et le comportement en milieu scolaire des enfants exposés à ces molécules par rapport à des observations faites dans un groupe contrôle. Aucune différence significative n'a été rapportée (Kris 1965; Stika et al. 1990).

Les travaux disponibles investiguant le passage transplacentaire de différents antipsychotiques sont en nombre relativement limités (Newport et al. 2007). La quétiapine présente le plus faible taux de passage transplacentaire. L'halopéridol et l'olanzapine présentent un taux de passage transplacentaire non négligeable, comparable entre eux. Le risperdal a été étudié sur un échantillon de plus petite taille. Il semble être associé à un taux de passage intermédiaire entre la quétiapine et l'haldol.

DISCUSSION

La polymédication très fréquente empêche souvent de tirer des conclusions claires quant à l'utilisation de toutes ces molécules pendant la grossesse.

ANTIPSYCHOTIQUES TYPIQUES

Dans les molécules disponibles en Belgique, l'halopéridol est la mieux connue et la plus sûre. Malgré un type de malformations spécifiques plus fréquent chez les enfants exposés (malformations des membres), la prévalence globale n'est pas supérieure à celle retrouvée dans la population générale.

La classe des phénothiazines a été beaucoup étudiée par le passé, principalement comme traitement antiémétique. Mais les molécules encore utilisées à ce jour ne sont pas celles à partir desquelles ont été récoltées la plupart des données.

ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES

Les données concernant l'utilisation de l'amisulpiride et de l'aripiprazole pendant la grossesse sont quasiment absentes de la littérature.

L'utilisation de la clozapine pendant la grossesse a fait l'objet de plusieurs travaux : 200 expositions publiées, dont 15 cas avec des complications (malformations ou problème périnatal), mais avec, souvent, prescriptions concomitantes d'autres médicaments. La notion de risque accru d'agranulocytose chez le nourrisson est intéressante à relever, ce risque majoré imposant un monitoring hebdomadaire du taux de leucocytes chez le nourrisson pendant les 6 premiers mois de vie (Gentile 2010a).

L'utilisation de l'olanzapine est celle qui a été la plus documentée (environ 400 cas rapportés). Le risque de complications métaboliques n'est pas négligeable, (incidence accrue de l'obésité maternelle, du diabète gestationnel et de la macrosomie fœtale) et les conséquences périnatales potentielles sont essentielles à garder à l'esprit (lésions obstétricales graves, risque accru de souffrance foetale, difficultés d'adaptation néonatale, labilité thermique, hypoglycémies néonatales). Ces complications doivent cependant être mises en balance avec les risques entraînés par un éventuel changement de traitement, ce point particulier sera discuté ultérieurement.

Les données actuelles ne permettent pas de tirer de conclusion claire concernant la quétiapine ou la rispéridone, mais aucun élément inquiétant n'a été rapporté.

CONCLUSION ET PROPOSITIONS

Globalement, la question d'un traitement antipsychotique lors d'une grossesse se pose dans l'une des situations suivantes :

- une patiente suivie et traitée pour un trouble bipolaire ou une schizophrénie se présentant avec un désir de grossesse;
- une grossesse est détectée chez une patiente sous traitement pour un trouble bipolaire ou une schizophrénie;
- une patiente enceinte sans traitement et sans antécédents connus se présente avec des symptômes psychotiques ou maniaques.

Malgré le manque de données méthodologiquement satisfaisantes concernant l'inocuité de ces molécules prescrites pendant la grossesse, la poursuite du traitement chez une patiente présentant des symptômes psychotiques est prioritaire. Le choix de la molécule doit se baser sur une réflexion prenant en compte :

- les données actuelles sur les différentes molécules, discutées plus haut;
- l'avancement de la grossesse et le fait que le fœtus ait ou non déjà été exposé à une molécule (un changement de traitement l'exposerait à une deuxième molécule, donc à un risque surajouté);
- l'histoire de l'affection psychiatrique avec l'évaluation du risque de rechute en cas de diminution des doses ou de changement de traitement.

Quand une grossesse se produit pendant un traitement antipsychotique, ce traitement prescrit avant le diagnostic de grossesse sera poursuivi sous réserve de son efficacité (la grossesse étant un moment à risque, l'expérimentation d'un nouveau traitement pendant cette période particulière reste à proscrire).

Chez une patiente sans traitement, la molécule la plus connue et la plus sûre possible sera toujours considérée comme le premier choix thérapeutique. La chlorpromazine est la recommandation la plus fréquemment retrouvée, mais elle n'est plus prescrite dans nos pays. L'halopéridol vient en seconde place en raison du nombre de données disponibles. Avec l'accumulation de nouvelles données, cette recommandation pourrait être remise en question à l'avenir, mais pour le moment, cette molécule reste la plus étudiée parmi celles prescrites en pratique clinique, et la seule pour laquelle nous ayons des données rassurantes en quantité suffisante pour permettre une recommandation (Diav-Citrin et al. 2005).

L'usage d'une molécule unique, même si cela nécessite une majoration de dose, est à privilégier par rapport à l'usage de médicaments multiples (Anon 2008a).

Si la patiente se présente en période pré-conceptionnelle, une discussion peut avoir lieu autour d'éventuelles modifications de traitement en prévision d'une grossesse, tenant compte des différents points mentionnés plus haut. En raison de risques physiques liés à la maladie psychiatrique elle-même (risque de malnutrition et de mauvaise hygiène de vie) certaines sources

recommandent un screening sanguin général incluant examen hématologique, fonction rénale et électrolytes, fonction hépatique, fonction thyroïdienne, taux de vitamine B12, folate, fer, vitamine D. Pour les femmes traitées par antipsychotiques atypiques, une évaluation récente de la tolérance glucidique est conseillée (Galbally et al. 2010).

Dans le suivi de grossesse, une attention particulière doit être portée à l'échographie morphologique : toutes les médications prises par la patiente doivent être signalées. Pour les patientes sous antipsychotiques atypiques, un test de tolérance au glucose effectué vers 14-16 semaines d'âge gestationnel, ainsi qu'un contrôle à 28 semaines sont indiqués (Galbally et al. 2010).

STABILISATEURS D'HUMEUR

Le trouble bipolaire est une maladie psychiatrique qui affecte 0,5% à 1,5% des individus aux Etats-Unis. La prévalence est similaire entre les hommes et les femmes, bien que les femmes soient plus à même d'avoir une forme à cycles rapides et de présenter des caractéristiques dépressives (Leibenluft 1996).

En outre, les femmes présentant cette pathologie sont à haut risque de présenter une exacerbation des symptômes durant la période du post-partum immédiat (sept fois plus d'admissions pour un premier épisode et deux fois plus d'admissions pour un épisode récurrent) (Terp and Mortensen 1998).

PENDANT LA GROSSESSE

Malformations structurelles

L'analyse d'un registre de bébés exposés *in utero* au lithium (Schou et al. 1973) a permis de mettre en évidence que ces enfants ont 400 fois plus de risques de développer une malformation cardio-vasculaire connue sous le nom d'anomalie d'Ebstein, que la population générale. Mais le risque absolu reste faible.

Le valproate est considéré comme un agent tératogène, utilisé durant le premier trimestre de grossesse, il est associé avec une mauvaise fermeture du tube neural dans 5 à 9% des cas (Omtzigt et al. 1992; Kennedy and Koren 1998).

La carbamazépine est aussi considérée comme un agent tératogène (Yonkers et al. 2004).

L'utilisation de la lamotrigine ne présente pas plus de risque de malformations structurelles que dans la population générale (Yonkers et al. 2004). Cependant, des travaux plus récents (Galbally et al. 2010), ont abouti à une classification comme agent tératogène tout comme les autres stabilisateurs d'humeur.

Retard de croissance in utero

Aucune corrélation entre la prise de lithium (Jacobson et al. 1992) ou de valproate (Briggs 2002) *in utero* et l'incidence du retard de croissance intra-utérin (RCIU) n'a été mise en évidence.

La carbamazépine, par contre, est associée à une incidence ac-

crue de RCIU et de microcéphalie à la naissance (Hiilesmaa et al. 1981; Scolnik et al. 1994).

Nous n'avons pas d'informations concernant la croissance fœtale et l'utilisation de la lamotrigine pendant la grossesse.

À LA NAISSANCE

Chez les femmes traitées par du lithium, la conséquence néonatale la plus fréquente est le « floppy infant syndrome » caractérisé par de l'hypothermie, de la léthargie, une faiblesse des efforts respiratoires et des difficultés d'alimentation (Schou 1976; Ananth 1978). Des cas d'hypothyroïdie et de diabète néphrogénique ont aussi été décrits. Un monitoring des niveaux de lithium chez une mère durant le travail est devenu un acte de routine (Mizrahi et al. 1979; Nars and Girard 1977).

Les complications néonatales en rapport avec l'utilisation du valproate pendant la grossesse sont multiples: décélérations cardiaques, symptômes d'irritabilité, de l'agitation, des difficultés à se nourrir, une toxicité hépatique, une hypoglycémie et une réduction des taux plasmatiques de fibrinogène (Kennedy and Koren 1998; Jäger-Roman et al. 1986; Felding and Rane 1984; Thisted and Ebbesen 1993; Majer and Green 1987).

Concernant la carbamazépine, dans 2 rapports de cas, cette utilisation était associée à une altération transitoire des tests hépatiques chez les nourrissons. Cette dysfonction hépatique a été résolue après l'arrêt de l'allaitement dans les deux cas (Merlob et al. 1992; Mackay et al. 1997).

Concernant la lamotrigine, aucune complication n'a été rapportée. Cependant, les cliniciens doivent être conscients de l'hépatotoxicité et du risque de rash qui peut se produire aussi chez le fœtus. Une autre préoccupation est que la lamotrigine est métabolisée exclusivement par glucuronidation, un processus métabolique qui est très immature chez le fœtus et le nouveau-né. La mesure de la clairance de la lamotrigine chez les nouveaux nés au cours des 72 premières heures de la vie a démontré une baisse de 25% par rapport aux concentrations de sang du cordon ombilical (Ohman et al. 2000).

APRÈS LA NAISSANCE

Allaitement

En ce qui concerne le lithium, l'académie américaine de pédiatrie conseille de monitorer la concentration sérique du lithium chez l'enfant (Section on Breastfeeding 2005) car ses niveaux sériques peuvent atteindre la moitié du dosage sérique maternel (Schou et al. 1973).

En ce qui concerne le Valproate, aucun effet néfaste n'a été constaté chez les enfants allaités (Wisner and Perel 1998).

Selon Gentile et al, la carbamazépine utilisée pendant la période d'allaitement ne provoquerait aucun dommage chez le nourrisson (Gentile 2006).

En ce qui concerne la lamotrigine, les effets observés chez le nourrisson sont rares (Newport et al. 2008) mais l'apparition

d'un éventuel rash cutané chez le bébé nécessite une surveillance particulière (Ohman et al. 2000). Une surveillance régulière des taux sériques maternels est également indiquée car des variations importantes sont observées durant l'allaitement.

Développement neurocomportemental

Concernant le lithium, 2 études ne montrent pas de différences entre les enfants exposés *in utero* et les enfants non exposés (Schou 1976; Jacobson et al. 1992).

Par contre, l'utilisation du valproate peut être associée à un « valproate fetal syndrome » caractérisé par un retard mental (Diav-Citrin et al. 2001).

L'utilisation de la carbamazépine n'est pas associée à une dysfonction cognitive retrouvée dans des études contrôlées (Frey et al. 1990).

Un follow-up réalisé sur 23 enfants exposés *in utero* à la lamotrigine n'a pas démontré d'altération du développement à l'âge d'un an (Jones et al. 1989).

EN CONCLUSION

- Chez les patientes enceintes traitées par lithium, le monitoring sérologique doit être plus fréquent, en effet, plus la grossesse avance, plus l'élimination rénale de lithium est importante, ce qui nécessite parfois d'augmenter les doses (Schou et al. 1973). Certains experts recommandent de diminuer la posologie près de l'accouchement pour éviter une toxicité secondaire à la réduction rapide du volume vasculaire au moment de la délivrance (Johnson 1980).
- Chez les patientes traitées par valproate, tous les experts s'accordent pour dire que le stabilisateur de l'humeur prescrit doit être adapté avant d'envisager une grossesse (Anon 1998). Si la poursuite du traitement est nécessaire, un monitoring sérologique doit se réaliser fréquemment et une supplémentation en acide folique (5mg/j) doit être prescrite pour réduire le risque d'un défaut de fermeture du tube neural (Crawford et al. 1999; Anon 1998; Lumley et al. 2011). Les dosages de vitamine B12 doivent au préalable être réalisés avant la supplémentation au folate afin de rechercher une anémie pernicieuse qui pourrait être masquée par le traitement au folate (Yonkers et al. 2004).
- Chez les patientes traitées par carbamazépine, la plupart des experts recommandent de ne pas poursuivre ce traitement durant une grossesse sauf si aucune autre option n'est envisageable (Nau et al. 1982). La carbamazépine peut causer une carence foetale en vitamine K, raison pour laquelle la plupart des experts recommandent, durant le dernier mois de grossesse chez les femmes traitées par carbamazépine, la prise quotidienne de 20 mg de vitamine K *per os*. Les pédiatres devraient aussi administrer de la vitamine K chez les nouveau-nés exposés (Delgado-Escueta & Janz 1992; Anon 1998).
- Chez les patientes traitées par lamotrigine, la clearance de la lamotrigine durant la grossesse peut augmenter. Deux études ont mis en évidence une augmentation significative de la clea-

rance durant la grossesse (Tran et al. 2002). Après la délivrance, les taux se normalisent, rendant nécessaire un dosage précautionneux dans la période du post-partum.

BENZODIAZÉPINES ET GROSSESSE

RISQUES PENDANT LA GROSSESSE

Dans certaines études datant des années 70 (Saxén 1974; Aarskog 1975; Saxén 1975), une augmentation du risque de fentes labio-palatines lors de l'utilisation de diazépam avait été observée. Cependant, une méta-analyse ultérieure avait conclu que l'augmentation du risque par rapport à la population générale était de 1 pour 10 000 (soit un risque de 7 pour 10 000 au lieu de 6 pour 10 000 dans la population non exposée) (Altshuler et al. 1996). Par ailleurs, certaines études récentes basées sur l'utilisation d'autres benzodiazépines ne retrouvent pas d'augmentation de risque. Une étude rétrospective cas-témoins évaluant l'utilisation de 5 molécules différentes dans une large population n'a pas mis en évidence d'association entre la prise des benzodiazépines étudiées et l'occurrence de malformations (Eros et al. 2002); de même, une autre étude rétrospective concernant la prise de clonazépam n'a pas observé d'augmentation du risque; cependant, la puissance limitée de cette dernière étude ne permet pas de tirer des conclusions définitives (Lin et al. 2004).

L'usage de benzodiazépines au premier trimestre n'apparaît donc pas associé à un risque significatif de tératogenèse. Aussi, lorsqu'un arrêt de traitement est envisagé, la diminution de la posologie doit être effectuée de manière progressive, car un syndrome de sevrage est clairement associé à un risque majoré de développer des complications (Hendrick 2006).

COMPLICATIONS À LA NAISSANCE

Les risques accrus lors d'un usage de benzodiazépines par la mère peu avant la naissance, de présenter à la naissance, un syndrome de sevrage néonatal et d'autres anomalies « comportementales », comme le « floppy infant syndrome », sont par contre bien documentés (Haram 1977; McAuley et al. 1982; Whitelaw et al. 1981). Le syndrome de sevrage chez le nouveau-né est caractérisé par de l'agitation, une hypertonie et une hyperréflexie, des trémulations, des apnées, de la diarrhée et des vomissements. Il a été décrit pour plusieurs molécules et durant une période pouvant aller jusqu'à 3 mois après la naissance (Miller 1991; Barry & St Clair 1987; Athinarayanan et al. 1976).

Une surveillance attentive des nouveaux-nés est donc indiquée lorsque la prise de benzodiazépines a lieu dans les derniers jours précédant la naissance.

COMPLICATIONS APRÈS LA NAISSANCE

Allaitement

Les benzodiazépines passent plus faiblement dans le lait maternel que d'autres psychotropes (Summerfield & Nielsen 1985; Wretling

1987). Certains concluent donc que leur usage à faible dose n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel (Buist et al. 1990). Cependant, certains enfants avec de moindres capacités de métabolisation peuvent présenter de la sédation et donc, des difficultés alimentaires, même avec de faibles doses (Wesson et al. 1985).

Développement

L'impact neuro-comportemental à long terme n'est pas élucidé, aucune étude récente sur le sujet n'est disponible. De plus, une controverse est née autour de l'occurrence d'un syndrome lié à l'exposition anténatale aux benzodiazépines, syndrome caractérisé par un retard de croissance, un retard psychomoteur, et un dysmorphisme (Anon 1987; Laegreid et al. 1987). Une grande étude de follow-up réalisée sur le développement psychomoteur et le quotient intellectuel (QI) mesuré jusqu'à l'âge de 4 ans (1870 enfants exposés, versus 48 412 témoins) ne montre pas d'anomalies par rapport à la population générale (Hartz et al. 1975). Par contre, un retard de développement psychomoteur a été observé dans une autre étude prospective, comparant le suivi de 17 enfants exposés *in utero* de manière prolongée aux benzodiazépines, à celui de 29 enfants non exposés. Le suivi de ces enfants a cependant été poursuivi de manière limitée dans le temps (jusqu'à l'âge de 18 mois) (Viggedal et al. 1993). Un éventuel impact à long terme sur le développement neuro-comportemental reste donc controversé; les études sur ce sujet sont rares et datent déjà de nombreuses années.

DISCUSSION

Le seul risque clairement documenté et incontestable concerne l'administration en fin de grossesse, avec la possibilité d'un syndrome de sevrage chez le nouveau-né.

La discussion d'un éventuel arrêt de traitement doit tenir compte des données actuelles sur l'impact négatif des troubles

anxieux et, plus largement, du stress maternel durant la grossesse (Loomans et al. 2011). En ce qui concerne l'allaitement, bien qu'il ne pose pas de problème majeur dans la plupart des cas lors de l'administration de faibles doses, l'éventuelle apparition d'une sédation entraînant des difficultés alimentaires chez ces nourrissons doit rester présente à l'esprit des pédiatres s'occupant de ces nouveau-nés. Les études sur le développement à long terme ne permettent pas, à ce jour, de se prononcer sur l'impact des benzodiazépines.

CONCLUSION

Malgré les nombreuses études et revues concernant le sujet, nous ne pouvons conclure à l'innocuité des molécules psychotropes durant la grossesse et durant l'allaitement pour le bébé. Pour cela, des études standardisées plus larges devront être réalisées, notamment pour évaluer les effets à long terme chez les enfants.

Nous retiendrons que les antidépresseurs tels que les SSRI (sauf la paroxétine) et les antidépresseurs tricycliques sont à privilégier durant la grossesse et l'allaitement. L'halopéridol est l'anti-psychotique le plus étudié et semblerait être le plus inoffensif. En ce qui concerne les thymorégulateurs, la carbamazépine est à proscrire et les autres traitements doivent être précautionneusement monitorés. Pour les benzodiazépines, si aucune molécule ne semble être favorisée, une attention particulière devra être réalisée en fin de grossesse pour éviter le syndrome de sevrage du nourrisson et pendant l'allaitement pour éviter l'effet sédatif sur le nouveau-né. Il faut, en outre, éviter dans la mesure du possible une polymédication.

Nous en concluons que la poursuite d'un traitement doit être évaluée au cas par cas et que ce traitement ne doit pas forcément être arrêté lorsqu'une femme désire une grossesse, en particulier quand son état mental le justifie.

Auteur correspondant :

Dr Julie BARBIER

Hôpital Brugmann, Service de Psychiatrie,
4 place Van Gehuchten
1020 Bruxelles Laeken
Email : Julie.BARBIER@chu-brugmann.be

RÉSUMÉ

Les femmes en âge de procréer sont autant, voire plus à risque, de développer des pathologies mentales durant leur grossesse et la période du post-partum que les femmes de la population générale. Cependant, pour le spécialiste, la décision de traiter une femme enceinte n'est pas facile en raison du passage transplacentaire des molécules psychotropes et, par conséquent, d'une possible tératogénicité ainsi que de séquelles à long terme pour l'enfant. Les risques de non-traitement peuvent toutefois être plus élevés que ceux du traitement, pour la santé mentale de la mère, mais aussi si l'on tient compte des difficultés potentielles de la mise en place d'un lien mère-bébé de qualité dans un contexte de pathologie mentale et de ses répercussions à long terme.

Notre article passe en revue la littérature des dix dernières années concernant les différentes classes de psychotropes en utilisation pendant la grossesse et l'allaitement.

La question de la sécurité des psychotropes et en particulier de leur utilisation chez les femmes enceintes et allaitantes reste encore ouverte sans réponse et attend davantage d'études systématisées.

RÉFÉRENCES

- Aarskog, D.**, 1975. Letter: Association between maternal intake of diazepam and oral clefts. *Lancet*, 2(7941), p.921.
- Altshuler, L L et al.**, 1996. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: dilemmas and guidelines. *The American Journal of Psychiatry*, 153(5), p.592-606.
- Alwan, S. et al.**, 2007. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. *The New England Journal of Medicine*, 356(26), p.2684-2692.
- Ananth, J.**, 1978. Side effects in the neonate from psychotropic agents excreted through breast-feeding. *The American Journal of Psychiatry*, 135(7), p.801-805.
- Anon**, 2008a. ACOG Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 92, April 2008 (replaces practice bulletin number 87, November 2007). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstetrics and Gynecology*, 111(4), p.1001-1020.
- Anon**, 1987. In-utero exposure to benzodiazepines. *Lancet*, 1(8533), p.627-628.
- Anon**, 1998. Practice parameter: management issues for women with epilepsy (summary statement). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 51(4), p.944-948.
- Athinarayanan, P. et al.**, 1976. Chloriazepoxide withdrawal in the neonate. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 124(2), p.212-213.
- Babu, G.N. et al.**, 2010. Birth weight and use of olanzapine in pregnancy: a prospective comparative study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30(3), p.331-332.
- Barry, W.S. & St Clair, S.M.**, 1987. Exposure to benzodiazepines in utero. *Lancet*, 1(8547), p.1436-1437.
- Briggs, G.**, 2002. Drugs in pregnancy and lactation : a reference guide to fetal and neonatal risk 6^e éd., Philadelphia Pa. ; London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Buist, A, Norman, T.R. & Dennerstein, L.**, 1990. Breastfeeding and the use of psychotropic medication: a review. *Journal of Affective Disorders*, 19(3), p.197-206.
- Chambers, C D et al.**, 1996. Birth outcomes in pregnant women taking fluoxetine. *The New England Journal of Medicine*, 335(14), p.1010-1015.
- Chambers, Christina D et al.**, 2006. Selective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *The New England Journal of Medicine*, 354(6), p.579-587.
- Cole, J.A. et al.**, 2007. Bupropion in pregnancy and the prevalence of congenital malformations. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 16(5), p.474-484.
- Cooper, W.O. et al.**, 2007. Increasing use of antidepressants in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 196(6), p.544.e1-5.
- Costei, A.M. et al.**, 2002. Perinatal outcome following third trimester exposure to paroxetine. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(11), p.1129-1132.
- Crawford, P. et al.**, 1999. Best practice guidelines for the management of women with epilepsy. The Women with Epilepsy Guidelines Development Group. *Seizure: The Journal of the British Epilepsy Association*, 8(4), p.201-217.
- Davanzo, R. et al.**, 2011. Antidepressant drugs and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 6, p.89-98.
- Delgado-Escueta, A.V. & Janz, D.**, 1992. Consensus guidelines: preconception counseling, management, and care of the pregnant woman with epilepsy. *Neurology*, 42(4 Suppl 5), p.149-160.
- Diav-Citrin, O. et al.**, 2001. Is carbamazepine teratogenic? A prospective controlled study of 210 pregnancies. *Neurology*, 57(2), p.321-324.
- Diav-Citrin, O. et al.**, 2005. Safety of haloperidol and penfluridol in pregnancy: a multicenter, prospective, controlled study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(3), p.317-322.
- Djulus, J. et al.**, 2006. Exposure to mirtazapine during pregnancy: a prospective, comparative study of birth outcomes. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), p.1280-1284.
- Doering, P.L. & Stewart, R.B.**, 1978. The extent and character of drug consumption during pregnancy. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 239(9), p.843-846.
- Einarson, A. & Boskovic, R.**, 2009. Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(3), p.183-192.
- Einarson, A. et al.**, 2008. Evaluation of the risk of congenital cardiovascular defects associated with use of paroxetine during pregnancy. *The American Journal of Psychiatry*, 165(6), p.749-752.
- Eros, E. et al.**, 2002. A population-based case-control teratologic study of nitrazepam, medazepam, tofisopam, alprazolam and clonazepam treatment during pregnancy. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 101(2), p.147-154.
- Felding, I. & Rane, A.**, 1984. Congenital liver damage after treatment of mother with valproic acid and phenytoin? *Acta Paediatrica Scandinavica*, 73(4), p.565-568.
- Field, T.**, 2008. Breastfeeding and antidepressants. *Infant Behavior & Development*, 31(3), p.481-487.

- Frey, B., Schubiger, G. & Musy, J.P.**, 1990. Transient cholestatic hepatitis in a neonate associated with carbamazepine exposure during pregnancy and breastfeeding. *European Journal of Pediatrics*, 150(2), p.136-138.
- Galbally, M., Lewis, A.J. & Buist, Anne**, 2011. Developmental outcomes of children exposed to antidepressants in pregnancy. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(5), p.393-399.
- Galbally, M., Roberts, M. & Buist, Anne**, 2010. Mood stabilizers in pregnancy: a systematic review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(11), p.967-977.
- Galbally, M., Snellen, M., et al.**, 2010. Management of antipsychotic and mood stabilizer medication in pregnancy: recommendations for antenatal care. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), p.99-108.
- Gaynes, B.N. et al.**, 2005. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report/Technology Assessment (Summary)*, (119), p.1-8.
- Gentile, S.**, 2010a. Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 36(3), p.518-544.
- Gentile, S.**, 2006. Prophylactic treatment of bipolar disorder in pregnancy and breastfeeding: focus on emerging mood stabilizers. *Bipolar Disorders*, 8(3), p.207-220.
- Grote, N.K. et al.**, 2010. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), p.1012-1024.
- Haram, K.**, 1977. « Floppy infant syndrome » and maternal diazepam. *Lancet*, 2(8038), p.612-613.
- Hartz, S.C. et al.**, 1975. Antenatal exposure to meprobamate and chlorthalidopoxide in relation to malformations, mental development, and childhood mortality. *The New England Journal of Medicine*, 292(14), p.726-728.
- Hendrick, V.C.**, 2006. *Psychiatric Disorders In Pregnancy And The Postpartum: Principles And Treatment*, Humana Press Inc.
- Hiilesmaa, V.K. et al.**, 1981. Fetal head growth retardation associated with maternal antiepileptic drugs. *Lancet*, 2(8239), p.165-167.
- Hostetter, A, Ritchie, J C & Stowe, Z N**, 2000. Amniotic fluid and umbilical cord blood concentrations of antidepressants in three women. *Biological Psychiatry*, 48(10), p.1032-1034.
- Howard, L.M., Kumar, R. & Thornicroft, G.**, 2001. Psychosocial characteristics and needs of mothers with psychotic disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 178, p.427-432.
- Jacobson, S.J. et al.**, 1992. Prospective multicentre study of pregnancy outcome after lithium exposure during first trimester. *Lancet*, 339(8792), p.530-533.
- Jäger-Roman, E. et al.**, 1986. Fetal growth, major malformations, and minor anomalies in infants born to women receiving valproic acid. *The Journal of Pediatrics*, 108(6), p.997-1004.
- Johnson, F.N.**, 1980. *Handbook of Lithium Therapy*, Univ Park Pr.
- Jones, K L et al.**, 1989. Pattern of malformations in the children of women treated with carbamazepine during pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 320(25), p.1661-1666.
- Källén, B.**, 2004. Neonate characteristics after maternal use of antidepressants in late pregnancy. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(4), p.312-316.
- Källén, B. & Olausson, P.O.**, 2008. Maternal use of selective serotonin re-uptake inhibitors and persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 17(8), p.801-806.
- Källén, B. & Otterblad Olausson, P.**, 2006. Antidepressant drugs during pregnancy and infant congenital heart defect. *Reproductive Toxicology (Elmsford, N.Y.)*, 21(3), p.221-222.
- Kennedy, D & Koren, G**, 1998. Valproic acid use in psychiatry: issues in treating women of reproductive age. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, 23(4), p.223-228.
- Kris, E.B.**, 1965. Children of mothers maintained on pharmacotherapy during pregnancy and postpartum. *Current Therapeutic Research, Clinical and Experimental*, 7(12), p.785-789.
- Kris, E.B. & Carmichael, D.M.**, 1957. Chlorpromazine maintenance therapy during pregnancy and confinement. *The Psychiatric Quarterly*, 31(4), p.690-695.
- Laegreid, L. et al.**, 1987. Abnormalities in children exposed to benzodiazepines in utero. *Lancet*, 1(8524), p.108-109.
- Leibenluft, E**, 1996. Women with bipolar illness: clinical and research issues. *The American Journal of Psychiatry*, 153(2), p.163-173.
- Lennestål, R. & Källén, B.**, 2007. Delivery outcome in relation to maternal use of some recently introduced antidepressants. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27(6), p.607-613.
- Lin, A.E. et al.**, 2004. Clonazepam use in pregnancy and the risk of malformations. *Birth Defects Research. Part A, Clinical and Molecular Teratology*, 70(8), p.534-536.
- Lin, H.-C. et al.**, 2010. Maternal schizophrenia and pregnancy outcome: does the use of antipsychotics make a difference? *Schizophrenia Research*, 116(1), p.55-60.
- Loomans, E.M. et al.**, 2011. Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. *Early Human Development*, 87(8), p.565-570.
- Louik, C. et al.**, 2007. First-trimester use of selective serotonin-reuptake inhibitors and the risk of birth defects. *The New England Journal of Medicine*, 356(26), p.2675-2683.
- Lumley, J. et al.**, 2011. WITHDRAWN: Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (4), p.CD001056.
- Mackay, F.J. et al.**, 1997. Safety of long-term lamotrigine in epilepsy. *Epilepsia*, 38(8), p.881-886.
- Majer, R.V. & Green, P.J.**, 1987. Neonatal afibrinogenaemia due to sodium valproate. *Lancet*, 2(8561), p.740-741.
- Malm, H., Klaukka, T. & Neuvonen, P.J.**, 2005. Risks associated with selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 106(6), p.1289-1296.
- Matevosyan, N.R.**, 2011. Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia: a meta-study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283(2), p.141-147.
- McAuley, D.M. et al.**, 1982. Lorazepam premedication for labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 89(2), p.149-154.
- McKenna, K. et al.**, 2004. Significant changes in antipsychotic drug use during pregnancy. *Veterinary and Human Toxicology*, 46(1), p.44-46.
- Merlob, P., Mor, N. & Litwin, A.**, 1992. Transient hepatic dysfunction in an infant of an epileptic mother treated with carbamazepine during pregnancy and breastfeeding. *The Annals of Pharmacotherapy*, 26(12), p.1563-1565.
- Miller, L.J.**, 1991. Clinical strategies for the use of psychotropic drugs during pregnancy. *Psychiatric Medicine*, 9(2), p.275-298.
- Mizrahi, E.M., Hobbs, J.F. & Goldsmith, D.I.**, 1979. Nephrogenic diabetes insipidus in transplacental lithium intoxication. *The Journal of Pediatrics*, 94(3), p.493-495.
- Nakhai-Pour, H.R., Broy, P. & Béard, A.**, 2010. Use of antidepressants during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De l'Association Médicale Canadienne*, 182(10), p.1031-1037.

- Nars, P.W. & Girard, J.**, 1977. Lithium carbonate intake during pregnancy leading to large goiter in a premature infant. *American Journal of Diseases of Children* (1960), 131(8), p.924-925.
- Nau, H. et al.**, 1982. Anticonvulsants during pregnancy and lactation. Transplacental, maternal and neonatal pharmacokinetics. *Clinical Pharmacokinetics*, 7(6), p.508-543.
- Newham, J.J. et al.**, 2008. Birth weight of infants after maternal exposure to typical and atypical antipsychotics: prospective comparison study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 192(5), p.333-337.
- Newport, D.J. et al.**, 2007. Atypical antipsychotic administration during late pregnancy: placental passage and obstetrical outcomes. *The American Journal of Psychiatry*, 164(8), p.1214-1220.
- Newport, D.J. et al.**, 2002. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63 Suppl 7, p.31-44.
- Newport, D.J. et al.**, 2008. Lamotrigine in breast milk and nursing infants: determination of exposure. *Pediatrics*, 122(1), p.e223-231.
- Nulman, I et al.**, 1997. Neurodevelopment of children exposed in utero to antidepressant drugs. *The New England Journal of Medicine*, 336(4), p.258-262.
- Nulman, Irena et al.**, 2002. Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: a prospective, controlled study. *The American Journal of Psychiatry*, 159(11), p.1889-1895.
- Oberlander, T.F. et al.**, 2008. Effects of timing and duration of gestational exposure to serotonin reuptake inhibitor antidepressants: population-based study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 192(5), p.338-343.
- Oberlander, T.F. et al.**, 2006. Neonatal outcomes after prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and maternal depression using population-based linked health data. *Archives of General Psychiatry*, 63(8), p.898-906.
- Ohman, I., Vitols, S. & Tomson, T.**, 2000. Lamotrigine in pregnancy: pharmacokinetics during delivery, in the neonate, and during lactation. *Epilepsia*, 41(6), p.709-713.
- Omtzigt, J.G. et al.**, 1992. Prenatal diagnosis of spina bifida aperta after first-trimester valproate exposure. *Prenatal Diagnosis*, 12(11), p.893-897.
- Petersen, I. et al.**, 2011. Pregnancy as a major determinant for discontinuation of antidepressants: an analysis of data from The Health Improvement Network. *The Journal of Clinical Psychiatry*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21457681> [Consulté juin 19, 2011].
- Reis, M. & Källén, B.**, 2008. Maternal use of antipsychotics in early pregnancy and delivery outcome. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 28(3), p.279-288.
- Saxén, I.**, 1975. Associations between oral clefts and drugs taken during pregnancy. *International Journal of Epidemiology*, 4(1), p.37-44.
- Saxén, I.**, 1974. Letter: Cleft palate and maternal diphenhydramine intake. *Lancet*, 1(7854), p.407-408.
- Schou, M.**, 1976. What happened later to the lithium babies? A follow-up study of children born without malformations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 54(3), p.193-197.
- Schou, M. et al.**, 1973. Lithium and pregnancy. I. Report from the Register of Lithium Babies. *British Medical Journal*, 2(5859), p.135-136.
- Scolnik, D. et al.**, 1994. Neurodevelopment of children exposed in utero to phenytoin and carbamazepine monotherapy. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 271(10), p.767-770.
- Section on Breastfeeding, 2005. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *PE-DIATRICALS*, 115(2), p.496-506.
- Simon, G.E., Cunningham, M.L. & Davis, R.L.**, 2002. Outcomes of prenatal antidepressant exposure. *The American Journal of Psychiatry*, 159(12), p.2055-2061.
- Sivojelezova, A. et al.**, 2005. Citalopram use in pregnancy: prospective comparative evaluation of pregnancy and fetal outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(6), p.2004-2009.
- Stika, L. et al.**, 1990. Effects of drug administration in pregnancy on children's school behaviour. *Pharmaceutisch Weekblad. Scientific Edition*, 12(6), p.252-255.
- Summerfield, R.J. & Nielsen, M.S.**, 1985. Excretion of lorazepam into breast milk. *British Journal of Anaesthesia*, 57(10), p.1042-1043.
- Suri, R. et al.**, 2011. A prospective, naturalistic, blinded study of early neurobehavioral outcomes for infants following prenatal antidepressant exposure. *The Journal of Clinical Psychiatry*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21672498> [Consulté juin 25, 2011].
- Terp, I.M. & Mortensen, P.B.**, 1998. Post-partum psychoses. Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 172, p.521-526.
- Thisted, E. & Ebbesen, F.**, 1993. Malformations, withdrawal manifestations, and hypoglycaemia after exposure to valproate in utero. *Archives of Disease in Childhood*, 69(3 Spec No), p.288-291.
- Tran, T.A. et al.**, 2002. Lamotrigine clearance during pregnancy. *Neurology*, 59(2), p.251-255.
- Viggedal, G. et al.**, 1993. Mental development in late infancy after prenatal exposure to benzodiazepines--a prospective study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 34(3), p.295-305.
- Wen, S.W. et al.**, 2006. Selective serotonin reuptake inhibitors and adverse pregnancy outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(4), p.961-966.
- Wesson, D.R. et al.**, 1985. Diazepam and desmethyldiazepam in breast milk. *Journal of Psychoactive Drugs*, 17(1), p.55-56.
- Whitelaw, A.G., Cummings, A.J. & McFadyen, I.R.**, 1981. Effect of maternal lorazepam on the neonate. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 282(6270), p.1106-1108.
- Wisner, K L & Perel, J.M.**, 1998. Serum levels of valproate and carbamazepine in breastfeeding mother-infant pairs. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18(2), p.167-169.
- Wretling, M.**, 1987. Excretion of oxazepam in breast milk. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 33(2), p.209-210.
- Yonkers, K.A. et al.**, 2009. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *General Hospital Psychiatry*, 31(5), p.403-413.
- Yonkers, K.A. et al.**, 2004. Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *The American Journal of Psychiatry*, 161(4), p.608-620.
- Yoshida, K. et al.**, 1998. Neuroleptic drugs in breast-milk: a study of pharmacokinetics and of possible adverse effects in breast-fed infants. *Psychological Medicine*, 28(1), p.81-91.

CARACTÉRISATION D'UNE POPULATION DE PATIENTS HOSPITALISÉS SOUS CONTRAINTE JURIDIQUE À PARTIR DE L'UNITÉ DE «PSYCHIATRIE D'URGENCE» DU CHU SAINT PIERRE PENDANT UN AN

CARACTERIZATION OF A ONE-YEAR POPULATION OF PATIENTS HOSPITALIZED AGAINST THEIR WILL FROM THE UNIT "EMERGENCY PSYCHIATRY" OF THE CHU SINT-PIETER (BRUSSELS)

Philippe Caspar (1), Hugues Constant (2), Rym Mimouna, Frédérique Chalant, Marc Lamote (1), Serge Zombek (3), Pierre Mols (2), Jan Snacken (3)

THE COMPULSORY PSYCHIATRIC ADMISSION: A COMPULSORY PSYCHIATRIC ADMISSION IS AN EXCEPTIONAL LEGAL ACTION TAKEN IN BELGIUM FOR SERIOUS MEDICAL REASONS (MENTAL ILLNESS, DANGEROUSNESS TO HIMSELF OR OTHERS, DENIAL OF CARE, LACK OF ALTERNATIVE). THE ACT OF JUNE 26, 1990 DEFINES A NON-EMERGENCY PROCEDURE, WHICH IS SUPPOSED TO BE THE RULE, AND URGENT PROCEEDINGS, EXPECTED TO REMAIN AN EXCEPTIONAL APPLICATION. HOWEVER, FIRSTLY THE USE OF COMPULSORY PSYCHIATRIC ADMISSION IS INCREASINGLY COMMON, AND SECONDLY THE EMERGENCY PATH HAS BECOME PREPONDERANT. BETWEEN SEPTEMBER 1, 2007 AND AUGUST 31, 2008, THE UNIT OF PSYCHIATRY EMERGENCY OF THE CHU SAINT-PIERRE (BRUSSELS) HAS PROPOSED TO THE PUBLIC PROSECUTOR (PR) 273 COMPULSORY PSYCHIATRIC ADMISSION. THIS ARTICLE OFFERS AN ASSESSMENT OF THE URGENT IH/ NON URGENT IH IN THE JUDICIAL DISTRICT OF BRUSSELS-HALLE-VILVOORDE (BHV) AND AN ANALYSIS BASED ON THE CLINICAL EXPERIENCE OF THE THREE CUMULATIVE CRITERIA REQUIRED BY THE ACT.

Keywords: Law of 26 June 1990 - Hospitalization against the will - Dangerousness - Absence of alternative

INTRODUCTION

L'hospitalisation sous contrainte juridique d'un patient psychiatrique se situe à la jonction de deux logiques (Lachapelle, P, 2000). Une logique juridique, tout d'abord, soucieuse de respecter les droits fondamentaux du malade (droit à la liberté, droit à un procès équitable, droit à la vie privée, droit à la liberté de pensée et de religion, interdiction de torture et de traitement dégradant ou inhumain) (Bernardet, Ph and al, 2002). Ensuite, une logique médicale, confrontée directement à la détresse psychique – toujours imprévisible –, à l'anosognosie du malade, aux pressions (parfois aux manipulations) de l'entourage, à l'exigence de la continuité de soins adaptés, ...

En Belgique, la mise en observation (MEO) est régie par la Loi du 26 juin 1990 (*Loi de protection de la personne des malades mentaux*). *Sensu stricto*, la Loi exige la présence de trois critères : l'existence d'une maladie mentale, une dangerosité pour soi-même et/ou pour autrui, l'absence d'alternative. Ce dernier critère fut en pratique interprété dans le sens d'un refus de toute prise en charge thérapeutique (le refus de soins) et/ou d'une absence de conscience morbide (anosognosie). Sur le fond, le législateur a veillé à sa conformité avec la jurisprudence

de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (Gillardin, J., 1985). Il entendait faire de cette privation de liberté une mesure d'exception et l'encadrer par des garde-fous juridiques stricts (ce qui est le cas de la procédure non urgente, qui constitue la pointe de la réforme organisée par la Loi (De Clercq, M, 1994). Cependant, dès les premières années de sa mise en application, la loi fut appliquée par les acteurs de terrain dans un tout autre sens : le nombre de MEO a augmenté régulièrement d'année en année, et la procédure urgente est très rapidement devenue la norme (De Clercq, M, 1994 ; De Clercq, M, and al, 1997 ; Denys, W-J, 1997 ; Dewez. N., and al, 2001). Ce détournement de la lettre et de l'esprit de la Loi est en soi une question à part entière. Comme si, dès sa formulation, la Loi avait déjà (partiellement) manqué son objectif.

L'Unité de Psychiatrie d'urgence du CHU Saint-Pierre a étudié la prise en charge de 273 MEO entre le 01/09/2007 et le 31/08/2008. Le but de cet article est double : a) Fournir des éléments d'évaluation du rapport MEO urgentes/MEO non urgentes dans l'Arrondissement judiciaire de Bruxelles-Halle-Vilvorde (AJBHV); b) Analyser quantitativement les items cliniques des trois critères requis par la Loi.

Abréviations

AJBHV : Arrondissement judiciaire Bruxelles-Halle-Vilvorde, DEM : Demande d'Expertise Mentale, MEO : Mise en Observation
PR : Procureur du Roi, MC : Rapport Médical Circonstancié.

1) Unité de Psychiatrie d'urgence, CHU Saint-Pierre, Rue Haute, 322, 1000 Bruxelles

2) Service des Urgences et du SMUR, CHU Saint-Pierre, Rue Haute, 322, 1000 Bruxelles

3) Service de Psychiatrie, CHU Saint-Pierre, Rue Haute, 322, 1000 Bruxelles

MÉTHODOLOGIE

- 1. L'Unité de Psychiatrie d'urgence** : Une Unité de Psychiatrie d'urgence existe au sein du service des Urgences et du SMUR du CHU Saint-Pierre depuis 1980, permettant à une équipe pluridisciplinaire d'évaluer et de prendre en charge des patients psychiatriques en crise.
- 2. Taille de la population** : Entre le 1er septembre 2007 et le 31 août 2008, l'Unité Psychiatrie d'urgence a accueilli 2.565 patients pour un total de 3.717 contacts. Chaque prise en charge au sein des Urgences du CHU Saint-Pierre est enregistrée dans un dossier médical intégré individuel comprenant le cas échéant le RMC. L'Unité a proposé 273 MEO : 142 suite à une demande d'expertise mentale (DEM) émanant du Parquet et 131 d'une autre source. Le CHU Saint-Pierre (Bruxelles) accueille une patientèle qui déborde largement son emplacement géographique, au cœur du quartier des Marolles. Les patients proviennent majoritairement des 19 communes de l'AJBHV et de la périphérie bruxelloise au sens large.
- 3. Procédure de répartition des expertises mentales dans l'arrondissement de Bruxelles-Halle-Vilvorde (AJBHV) (surnommée « Ligne Nixon »)** : Le Procureur du Roi active une procédure spécifique au seul arrondissement judiciaire Bruxelles-Halle-Vilvorde dès qu'il donne suite à une interpellation pour une situation de détresse psychique urgente. Cette procédure établit une ventilation pondérée entre les cinq services d'urgence psychiatrique (fonctionnant 7 jours sur 7, 24 heures sur 24) habilités (Saint-Pierre, Saint-Luc, Brugmann, Erasme, UZBrussel) via un numéro d'appel central. La ventilation entre ces cinq services est déterminée par le nombre de chambres d'isolement dont ils disposent. Cette procédure favorise un examen rapide du patient par un médecin spécialisé en psychiatrie. Elle permet également de répartir équitablement les demandes de RMC entre les différents services d'urgence concernés.
- 4. Enquête auprès des Juges de Paix de l'arrondissement judiciaire de Bruxelles-Halle-Vilvorde (AJBHV)** : Afin d'évaluer le nombre de MEO non urgentes décidées dans l'AJBHV entre le 01/09/2007 et le 31/08/2008, nous avons interrogé par voie d'enquête les 22 Cantons de l'arrondissement. Les questionnaires bilingues ont été envoyés à deux reprises et un contact téléphonique a été établi avec chaque Canton.
- 5. Analyse mathématique des données** : Les données ont été enregistrées dans un tableau dénommé « EXCELL/MEO/I/TYPO (24/06/2010) ». Elles ont été codées et analysées avec le support du logiciel IBM SPSS Statistics 17.0. Les résultats sont présentés en occurrence et pourcentage sous forme de tableaux croisés. Les p-values sont calculées par un test t non-pairé de Student pour les données continues et par un Chi² de Pearsons pour les données discrètes.

RÉSULTATS

Estimation du rapport MEO urgentes requises par le Procureur du Roi (PR)/MEO non urgentes ordonnées par les Juges de Paix dans l'arrondissement judiciaire de Bruxelles-Halle-Vilvorde (AJBHV).

L'Arrondissement judiciaire de Bruxelles-Halle-Vilvorde (AJBHV) est constitué des 19 communes de l'Arrondissement de Bruxelles-capitale et des 35 communes de l'Arrondissement administratif de Halle-Vilvorde. Sur le plan judiciaire, il est divisé en 22 cantons de Justice de Paix. Durant la période du 01/09/2007 au 31/08/2008, les 22 Juges de Paix ont procédé à 93 MEO non urgentes, soit 7,8/mois.

Pendant la même période, le nombre total de demandes d'expertises mentales émanant du Parquet (DEM) dans l'AJBHV est de 1384. Il importe de noter que les patients qui arrivent dans les services d'urgence via cette procédure de répartition sont randomisés. Quatre cent et treize de ces DEM sont adressées à l'Unité « Psychiatrie d'urgence » du CHU Saint-Pierre. Parmi ces 413 DEM, l'Unité a proposé 142 MEO (soit 34 %). Une autre donnée est disponible. Dans un rapport publié en 2007, l'Unité de crise de l'UCL admettait un pourcentage de 44 % MEO sur les DEM qui leur étaient adressées. Par conséquent, en restant prudents et en retenant le % le plus faible du rapport MEO/DEM (34 %), le nombre annuel de MEO urgentes ordonnées dans l'AJBHV suite aux DEM pourrait être estimé à 470 ($142/413 = x/1384$).

Par conséquent, le rapport MEO urgentes ordonnées par le PR/MEO non urgentes décidées par les Juges de paix pourrait être évalué à :

$$470/93 = 5,05$$

TYPOLOGIE GÉNÉRALE DE LA POPULATION DES PATIENTS MEO (TABLEAU 1)

Le Tableau 1 reprend les principales caractéristiques de la population des 273 MEO de notre série (142 provenant des DEM, et 131 d'une autre source).

Les hommes sont plus nombreux que les femmes et les décades les plus représentées sont la trentaine et la quarantaine. Les deux principaux motifs de consultation sont les décompensations psychiques et les troubles du comportement. Huit patients (tous des hommes) ont moins de dix-neuf ans (parmi eux, on compte trois mineurs). Plus de la moitié se présente sur réquisition du Parquet. Dans les autres cas, les patients sont le plus souvent amenés par leur famille ou la police, ou encore se présentent seuls.

En résumé, le profil le plus fréquemment rencontré est celui d'un homme âgé entre 20 et 39 ans, en décompensation psychique et/ou présentant des troubles du comportement.

Tableau 1
Critères de dangerosité

CRITÈRES DE DANGÉROSITÉ	
A. Pour soi-même	
I.	Voyage pathologique/errance : Le patient part en voyage, dans l'inconnu, sans bagage, parfois dans un pays étranger, voire un autre continent
II.	Tentative de suicide : Idéations suicidaires actives Risque suicidaire en phase maniaque Passages à l'acte
III.	Comportement à risque : Prodigalité, abus de drogue, éveil d'une agressivité chez autrui, automutilation sévère, agitation extrême, se promène au milieu de la circulation, marche sur les toits, fugue, ...
IV.	Obscurcissement du jugement : le patient ne dispose plus de tout son jugement, ce qui le conduit à des comportements inadéquats ou à une négligence extrême, potentiellement dangereux
V.	Laisser-aller : Incurie dans la vie quotidienne, laisser-aller alimentaire, hygiène déplorable, abandon des soins somatiques, dégâts locatifs majeurs, ...
VI.	Antécédents de dangerosité : TS à répétition, antécédents de MEO(s),
B. Pour autrui	
I.	Comportement violent Coups portés à autrui, menace (verbale et physique), tentative de meurtre, maltraitance envers un enfant, désinhibition comportementale, harcèlement, jet de meubles par la fenêtre, risque avéré de passage à l'acte, ...
II.	Crise clastique
III.	Désinhibition sexuelle

LES TROIS CRITÈRES (TABLEAU 2)

La Loi du 26 juin 1990 exige la présence de trois critères cumulatifs : la maladie mentale, la dangerosité pour soi-même et/ou pour autrui et l'absence d'alternative (interprétée en pratique dans le sens d'un refus de soins et/ou d'une anosognosie). Dans notre étude, les trois critères ont été précisés à partir de l'analyse des 273 Rapports Médicaux Circonstanciés (RMC – rapport rédigé par un médecin à l'intention d'un magistrat, décrivant la maladie mentale, ses symptômes, la dangerosité et le manque d'alternative)

Premier critère : l'existence d'une maladie mentale

Par ordre décroissant, les patients souffrent d'un trouble psychotique (148/273), d'une phase maniaque (66/273) ou d'un trouble dépressif majeur (18/273). Dans 36 cas, le diagnostic est différé sur l'Axe I. Dans 5 cas, le patient souffrait d'un trouble de la personnalité.

Tableau 2
Critères de refus de soins

CRITÈRES DE REFUS DE SOINS :
• Anosognosie
• Arrêt du traitement médicamenteux
• Arrêt du suivi thérapeutique
• Ambivalence quant au traitement médicamenteux proposé à la garde
• Ambivalence quant au suivi thérapeutique proposé à la garde
• Refus d'hospitalisation
• Refus de traitement médicamenteux
• Refus de suivi psychothérapeutique
• Refus de soins somatiques vitaux
• Refus de collaborer pour l'anamnèse
• Attitude mutique
• Prise de médicaments sous contrainte aux urgences (injection)
• Mise en échec systématique

Deuxième critère : la dangerosité pour soi-même et/ou pour autrui (Tableau 2)

La Loi de 1990 distingue deux types de dangerosité : pour soi-même et pour autrui. 119/273 patients présentent une dangerosité à la fois pour eux-mêmes et pour autrui. Dans 105/273 cas, la dangerosité pour soi existe seule. La dangerosité pour autrui isolée (sans dangerosité pour lui-même) est plus rare (48/273). D'autre part, la dangerosité pour soi-même est rarement décrite par un seul critère. 109/273 patients présentent au moins deux critères de dangerosité pour soi-même. Dans un cas, aucun critère de dangerosité n'a pu être dégagé du RMC.

Les formes de dangerosité pour soi-même les plus courantes sont le comportement à risque (139/273), le laisser-aller (ou l'incurie) (72/273), les idéations suicidaires actives (51/273) et les voyages pathologiques (39/273). Dans 66/273 cas, on note la présence d'antécédents de dangerosité.

Les formes de dangerosité pour autrui les plus courantes sont la violence (verbale ou physique) (149/273), et la désinhibition sexuelle (25/273). Une crise clastique a été répertoriée à 16 reprises.

Troisième critère : le défaut d'alternative (Tableau 2)

L'analyse des RMC permet de dégager treize items caractérisant le refus de soins. Les formes les plus courantes de refus de soin sont : l'arrêt ou le refus de traitement médicamenteux (212/273), l'anosognosie (95/273) et le refus d'hospitalisation (86/273). Le refus de soins est le plus souvent complexe. La plupart des patients (204/273) présentent en effet deux critères de refus de soins.

DISCUSSION

a) **La prépondérance de la procédure urgente** : Dès les premières années de la mise en application de la loi, la littérature a décrit une augmentation paradoxale des hospi-

talisation sous contrainte (Lecompte, D., 1995). D'une part, le nombre de MEO augmentait d'année en année et d'autre part, la procédure urgente était très rapidement devenue prépondérante. Le présent article apporte plusieurs éléments permettant d'apprécier l'importance de ces deux phénomènes aujourd'hui. Le nombre annuel de MEO urgentes dans l'AJBHV provenant d'une demande d'expertise mentale (DEM) (en provenance du Parquet) est évalué à 470, c'est-à-dire davantage que le nombre de MEO sur l'ensemble du territoire belge en 1990.

Dès lors, nous avons pu évaluer le rapport MEO urgentes suite à une DEM/MEO non urgentes. Ce dernier est égal à 5,05.

En réalité, ce rapport est sous-évalué car les mises en observation pratiquées dans notre service proviennent aussi d'autres sources. Par conséquent, en considérant le point de départ de la MEO, deux populations peuvent être distinguées.

Il y a tout d'abord les MEO consécutives à une DEM par le Parquet de Bruxelles. Pendant la période de notre étude, l'Unité a été requise à 413 reprises (413 DEM) et ces 413 DEM ont donné lieu à seulement 142 MEO (soit 34 %). En 2007, l'Unité de crise de l'UCL avançait un pourcentage de 44 %.

Ensuite, 131 MEO (sur les 273 de notre série) proposées au Parquet proviennent d'autres sources que les DEM. Il s'agit de patients se présentant spontanément ou amenés par la police (sans réquisitoire) ou par leurs proches, ou encore hospitalisés dans un service « somatique » (médecine, chirurgie, soins intensifs, pédiatrie, ...) de l'hôpital.

Les autres services d'urgence de l'AJBHV, habilités eux aussi à proposer une MEO au PR, ont probablement, tout comme nous, une double population de patients MEO. Si la proportion entre les deux groupes avoisine celle de notre service, le rapport MEO urgentes/MEO non urgentes est dans l'AJBHV plus élevé que 5,05 (et probablement proche du double) (soit 10). Ce chiffre de 10 est par ailleurs proche du rapport calculé en son temps par Michel De Clercq. Entre le 01/01/1992 et le 31/05/1992, le rapport MEO urgentes/MEO non urgentes dans l'AJBHV était de $150/14 = 10,7$ (DE CLERCQ, M., and al, 1997). Notre travail confirme donc une tendance lourde dans l'AJBHV, qui s'est manifestée dès la mise en application de la Loi du 26 juin 1990.

L'importance de ce rapport pose évidemment question. Le recul aidant, il s'avère que la Loi du 26 juin 1990 opère un double chiasme par rapport à la pratique héritée du XIX^{ème} siècle. Tout d'abord, elle complexifie le cadre juridique contraignant, en le rendant conforme aux exigences de la *Convention Européenne de Sauvegarde des Droits et des Libertés fondamentales*, ce qui le rend plus contraignant que la Loi sur la collocation de 1850. Ensuite, sur le plan des pratiques, elle privilégie la procédure non urgente, la seule qui permette une négociation raisonnée – sous l'autorité d'un

Juge de Paix - entre le patient et son réseau. Dans cette perspective, le Juge de Paix est chargé de temporaliser le rapport entre le droit et la nécessaire hospitalisation à des fins thérapeutiques. Sa médiation introduit du temps et du tiers par rapport au réseau du patient (famille, médecin traitant, professionnels de la santé, ...).

L'enseignement de la pratique actuelle dans l'AJBHV est tout autre. L'exception est bel et bien devenue la règle. C'est la notion de crise aiguë, nécessitant des mesures urgentes, qui, dans les faits, médiatise le rapport entre les droits fondamentaux et l'hospitalisation psychiatrique sous contrainte. Les perspectives du terrain et de la Loi de 1990 sont donc radicalement différentes. Comme si, à force de développer les garde-fous juridiques, la législation avait quelque peu perdu de vue la réalité de la maladie psychiatrique, dans ce qu'elle a d'imprévisible, d'insaisissable, voire d'incontrôlable. V. Lorient and al ont pointé les carences en solutions alternatives pour rendre compte de l'augmentation paradoxale des MEO urgentes. Les causes de ce phénomène sont probablement plus complexes. Le développement encore insuffisant des dispositifs de prévention primaire et secondaire (Centres de Santé mentale, formation des médecins généralistes, ...), les carences en dispositifs d'accompagnement des patients psychiatriques en ambulatoire sont d'autres facteurs explicatifs. Telles sont les principales interrogations soulevées par la pratique de l'hospitalisation sous contrainte dans l'AJBHV.

Nous ne disposons pas d'éléments pour évaluer la situation dans les 26 autres Arrondissements Judiciaires du Royaume. Dès lors, une question demeure. La pratique de l'hospitalisation sous contrainte dans l'AJBHV est-elle le reflet de la pratique dans l'ensemble du pays, ou, plus spécifiquement, s'explique-t-elle par les particularités de la population résidant dans cet arrondissement ? La dimension internationale de Bruxelles – qui abrite de nombreuses institutions européennes –, sa situation géographique de plaque tournante entre l'Europe du Sud-Ouest et l'Europe du Nord-Ouest attire en effet une population cosmopolite, parfois très défavorisée, souvent peu suivie par le réseau de la médecine générale, et qui recourt en première intention aux services d'urgence.

L'hypothèse d'une divergence entre les différentes régions a déjà été soulevée (Stillemans, E., and al, 2004). Cependant, elle n'a jamais été testée *in extenso*. La littérature des années 1990 fournit des éléments très fragmentaires de réponse pour la partie francophone du pays. C'est ainsi que Michel De Clercq a étudié tous les dossiers ouverts au parquet de l'AJBHV entre le 01/01/1992 et le 31/05/1992 (164 dossiers) (De Clercq, M., and al, 1997). En 2001, Nicolas Dewez et son équipe publient le profil socioéconomique d'une série de 35 femmes MEO à l'hôpital du Beau-Vallon entre le 15/02/1998 et le 30/08/1998. Mais l'origine rurale ou citadine des patientes n'est pas étudiée.

Le groupe de travail sur la mise en observation placé sous l'égide de la Plate-forme de Concertation pour la Santé Men-

tale en Région de Bruxelles-Capitale A.S.B.L. a récemment pointé l'absence de données statistiques dans les différents arrondissements judiciaires du pays (Vandemeulebroeke, Oscar, 2008).

- b) **La maladie mentale** : Le critère de maladie mentale est rencontré dans 99 % des cas. Notre pratique est donc conforme à l'esprit de la loi et de la jurisprudence (tant belge qu'européenne).

Pas plus que la jurisprudence européenne (voir arrêt Winterwerp, contre Pays-Bas, 24 octobre 1979), la Loi de 1990 ne donne pas de définition de la maladie mentale. Elle procède par voie négative. La démence, le retard mental isolé, les addictions (alcoolisme, toxicomanies, ...), les troubles de la personnalité, ne figurent pas parmi les motifs de MEO, mêmes si ces patients présentent aussi des critères de dangerosité pour eux-mêmes et/ou pour autrui.

A noter toutefois que trois patients de notre série souffraient d'un trouble sévère de la personnalité (borderline). Dans chacun de ces cas, la décision de proposer une MEO a été prise en concertation avec le Procureur en raison du risque suicidaire majeur.

Il arrive qu'un patient soit déféré à notre Unité pour un comportement étrange, qui se révèle dicté par des convictions philosophiques, religieuses ou culturelles. Dans nos sociétés multiculturelles, la psychiatrie d'urgence ne peut faire l'impasse sur les schèmes ethnopsychiatriques. Un exemple illustre cette situation. Un patient ghanéen, dépendant du CPAS, a été retrouvé en rue vêtu d'un drap de lit blanc. Une DEM a été déclenchée. Il s'est avéré que le patient voulait célébrer une naissance survenue dans sa famille (au Ghana, les gens s'habillent en blanc pour célébrer une bonne nouvelle). Dans notre Unité, confrontée à une patientèle provenant des cinq continents, une expertise en psychiatrie transculturelle peut aider à dénouer certaines situations. Tant la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme de Strasbourg que la Loi belge du 26 juin 1990 ne retiennent pas comme motifs de MEO « *l'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques ou autres* ». Cette position est tout à fait cohérente avec l'article 9 de la *Convention de sauvegarde des Droits et des Libertés fondamentales* (1950), qui garantit la liberté de pensée, de conscience et de religion (Renucci, J-Fr, 2004). Dans aucune de ces situations, une MEO n'a été proposée au Procureur du Roi.

- c) **La dangerosité et le refus de soins** : La littérature sur les MEO urgentes met parfois l'accent sur une prééminence du critère de dangerosité (Lachapelle, P, 2000). Une distinction s'impose. Les DEM émanant du Parquet défèrent assez souvent des patients ayant manifesté un comportement violent (vis-à-vis d'eux-mêmes, d'autrui, d'objets ou d'animaux). Cette prudence de la magistrature nous paraît sage. En effet, il revient au médecin et non au magistrat de mettre ce type de comportement en relation avec une maladie mentale (pouvant justifier une MEO) ou avec un trouble de la

personnalité, voire une prise de toxique (ne justifiant pas en principe une MEO), comme dans le cadre d'une ivresse sur la voie publique.

Dans notre pratique, les propositions de MEO obéissent à la logique suivante. Lorsqu'une pathologie mentale décompensée a été établie, le médecin examine si le patient refuse les soins (d'une manière ou d'une autre) et est dangereux pour lui-même et/ou pour autrui. Pour cela, il dispose d'un intervalle de temps (24 heures) pour s'informer auprès du réseau du patient chaque fois que cela est possible (médecins et/ou psychiatres traitants, famille, proches, amis, assistant(e) social(e), milieu professionnel, ...). La conjonction de ces trois critères détermine une situation dans laquelle aucune autre alternative à une MEO ne peut être envisagée. La recherche d'alternative est systématiquement envisagée. Pour ce faire, l'équipe prend contact – dans la mesure du possible – avec le réseau du patient : familles, voisins, collègues (parfois), médecin traitant, psychiatre traitant, assistant(e) social(e), ... Il se peut que les alternatives aient déjà été épuisées avant l'admission du patient aux urgences. Une fois l'absence d'alternative établie, il reste au médecin à évaluer le caractère urgent de la mesure. Il peut se faire que le psychiatre de garde estime qu'une MEO soit indispensable, mais qu'il renvoie vers la procédure ordinaire. S'il envisage la voie urgente, il doit expliquer au Procureur en quoi la mesure ne peut pas être différée.

Il est également intéressant d'observer que tant la dangerosité (pour soi-même ou pour autrui) que le refus de soins sont rarement décrits à l'aide d'un item unique. Les situations cliniques sont plus complexes et sont généralement circonscrites à l'aide d'une constellation de critères.

Enfin, l'analyse statistique des données montre une tendance de corrélation de certains critères de dangerosité et/ou de refus de soins avec les trois grands types de pathologies psychiatriques générant fréquemment des MEO. C'est ainsi que le comportement à risque est corrélé positivement avec les phases maniaques et négativement avec les troubles dépressifs. Les tentatives de suicide sont corrélées positivement avec les troubles psychotiques et les troubles dépressifs. Le comportement violent est corrélé négativement avec les troubles dépressifs. Pour le reste, il s'agit de tendances. C'est ainsi qu'il pourrait exister une corrélation positive entre la désinhibition sexuelle et les phases maniaques, entre l'anosognosie et les troubles psychotiques.

Cependant, notre échantillonnage n'est pas statistiquement assez puissant ($n = 273$) pour établir rigoureusement de telles corrélations. Nous sommes cependant en mesure de construire une base de données beaucoup plus significative. En effet, depuis le 01/09/2008 (date de clôture de cette étude) et le 31/05/2011, le nombre mensuel moyen de MEO proposées par l'Unité « Psychiatrie d'urgence » du CHU Saint-Pierre est constant et peut être arrondi à 23 (Caspar, Ph, 2011). Pour cette période, le nombre total de nouvelles MEO est donc de $23 \times 33 = 759$. Par conséquent,

nous sommes actuellement en mesure d'analyser une série de 273 + 759 = 1032 MEO. Cette nouvelle série s'accroît en outre mensuellement de 23 propositions de MEO en moyenne. Elle pourrait être analysée dans un avenir proche

à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics pour vérifier si les tendances dégagées dans cette première étude peuvent être confirmées ou non.

Caractéristiques sociodémographiques				
		Homme	Femme	P-value (<0,05)
Sexe (n) (%)		158 (57,9)	115 (42,1)	0,01
Age (n) (%)	< 19 ans	8 (2,9)	0 (0,0)	
	20-39 ans	103 (37,7)	59 (21,6)	0,02
	40-59 ans	38 (13,9)	45 (16,5)	0,4
	> 60 ans	9 (3,3)	11 (4)	0,52
Mode d'arrivée (n) (%)	Réquisitoire	94 (34,4)	48 (17,6)	<0,001
	Famille ou entourage	23 (8,4)	26 (9,5)	0,67
	Seul	22 (8,1)	20 (7,3)	0,09
	Police	12 (4,4)	11 (4)	0,48
	Professionnel de la santé	3 (1,1)	5 (1,8)	0,84
	Autres	4 (1,5)	5 (1,8)	0,74
		Présent	Absent	
Motif du contact (n) (%)	Décompensation	244 (89,4)	29 (10,6)	<0,001
	Trouble du comportement	206 (75,5)	67 (24,5)	<0,001
	Problématique familiale	35 (12,8)	238 (87,2)	<0,001
	Problème somatique	25 (9,2)	248 (90,8)	<0,001
	Problème social	13 (4,8)	260 (95,2)	<0,001

Critères de la loi du 27 Juin 1990				
Existence d'une maladie mentale				
		Homme	Femme	
Axe I DSM-IV (n) (%)	Trouble Psychotique	102 (37,4)	46 (16,8)	<0,001
	Trouble Bipolaire	28 (10,3)	38 (13,9)	0,04
	Non différencié	21 (7,7)	15 (5,5)	0,95
	Trouble Dépressif	6 (2,2)	12 (4,4)	0,03
	Autre	1 (0,4)	4 (1,5)	0,08
Critères de dangerosité		Présent		
Pour le patient				
Comportement à risque (n) (%)		123 (45,1)		
Laisser-aller (n) (%)		72 (26,5)		
Antécédent de dangerosité (n) (%)		66 (24,3)		
Tentative de suicide (n) (%)		51 (18,7)		
Voyage/Errance pathologie (n) (%)		39 (14,3)		
Obscurcissement de jugement (n) (%)		9 (3,3)		
Pour les autres				
Comportement violent (n) (%)		149 (54,8)		
Désinhibition sexuelle (n) (%)		25 (9,2)		
Crise clastique(n) (%)		16 (5,9)		
Refus de soins		Présent		
Refus du traitement médicamenteux (n) (%)		133 (48,9)		
Anosognosie (n) (%)		95 (34,9)		
Refus d'hospitalisation		86 (31,6)		
Arrêt du traitement médicamenteux (n) (%)		79 (29)		
Refus de collaborer pour l'anamnèse (n) (%)		21 (7,7)		
Prise de médicament sous contrainte aux urgences (injections) (n) (%)		20 (7,4)		
Ambivalence quant au suivi thérapeutique proposé à la garde (n) (%)		17 (6,3)		
Arrêt du suivi thérapeutique (n) (%)		12 (4,4)		
Ambivalence quant au traitement médicamenteux proposé à la garde (n) (%)		11 (4)		
Attitude mutique		7 (2,6)		
Mise en échec systématique (n) (%)		4 (1,5)		
Refus de soins somatiques vitaux (n) (%)		1 (0,4)		

	Critère de dangerosité	Trouble Psychotique	Trouble Bipolaire	Non différencié	Trouble de l'Humeur	Autres
Pour le patient	Comportement à risque	65 (52.8%) 0.71	37 (30%) 0.04 OR : 1.78 [1.01 ; 3.11]	12 (10.6%) 0.28	4 (3.3%) 0.04 OR : 0.32 [0.1 ; 1.01]	4 (3.3%) 0.11
	Laisser-aller	42 (58.3%) 0.39	17 (23.6%) 0.88	9 (12.5%) 0.83	4 (5.6%) 0.67	0 (0%) 0.18
	Antécédent de dangerosité	37 (56.1%) 0.71	19 (28.8%) 0.32	6 (9.1%) 0.23	3 (4.5%) 0.44	1 (1.5%) 0.82
	Tentative de suicide	16 (31.4%) <0.001 OR 0.31 [0.16 ; 0.6]	10 (19.6%) 0.39	9 (17.6%) 0.3	13 (25.5%) <0.001 OR : 14.78 [4,98 ; 43,85]	3 (5.9%) 0.02 OR 6.84 [1.11 ; 42.08]
	Voyage/Errance pathologie	26 (66.7%) 0.09 OR : 1.85 [0.91 ; 3.78]	7 (17.9%) 0.32	5 (12.8%) 0.93	0 (0%) 0.07	1 (2.6%) 0.72
	Obscurcissement de jugement	4 (44.4%) 0.56	4 (44.4%) 0.15	1 (11.1%) 0.85	0 (0%) 0.42	0 (0%) 0.68
Pour les autres	Comportement violent	87 (58.4%) 0.11	41 (27.5%) 0.17	16 (10.7%) 0.18	3 (2%) 0.001 OR : 0.148 [0.04 ; 0.52]	2 (1.3%) 0.5
	Désinhibition sexuelle	10 (40%) 0.14	10 (40%) 0.05 OR : 2.27 [0.97 ; 5.34]	3 (12%) 0.85	2 (8%) 0.77	0 (0%) 0.47
	Crise clastique	10 (62.5%) 0.48	3 (18.8%) 0.6	3 (18.8%) 0.5	0 (0%) 0.27	0 (0%) 0.57
N critère présent dans la pathologie, % critère présent dans la pathologie, P-value χ^2 de Pearson, OR : Odds Ratio critère/pathologie [IC 95% OR] P-value <0.1 p-value < 0.05						

Critère de refus de soins	Trouble Psychotique	Trouble Bipolaire	Non différencié	Trouble de l'Humeur	Autre (PTSD)
Refus du traitement médicamenteux	70 (52.6%) 0.65	33 (24.3%) 0.84	18 (13.5%) 0.89	9 (6.8%) 0.92	3 (2.3%) 0.61
Anosognosie	58 (61.1%) 0.09 OR 1.55 [0.94 ; 2.57]	23 (24.2%) 0.98	11 (11.6%) 0.56	3 (3.2%) 0.09 OR : 0.35 [0.09 ; 1.25]	0 (0%) 0.1
Refus d'hospitalisation	45 (52.3%) 0.69	20 (23.3%) 0.79	11 (12.8%) 0.88	7 (8.1%) 0.49	3 (3.5%) 0.17
Arrêt du traitement médicamenteux	50 (63.3%) 0.05 OR 1.71 [0.98 ; 2.92]	13 (16.5%) 0.05 OR : 0,52 [0.27 ; 1.02]	10 (12.7%) 0.86	5 (6.3%) 0.9	1 (1.3%) 0.65
Refus de collaborer pour l'anamnèse	11 (52.4%) 0.87	5 (23.8%) 0.96	4 (19%) 0.41	1 (4,8%) 0.72	0 (0%) 0.51
Prise de médicament sous contrainte aux urgences (injections)	10 (50%) 0.71	7 (35%) 0.25	3 (15%) 0.81	0 (0%) 0.22	0 (0%) 0.52
Ambivalence quant au suivi thérapeutique proposé à la garde	6 (35.3%) 0.11	6 (35.3%) 0.27	3 (17.6%) 0.58	1 (5.9%) 0.9	1 (5.9%) 0.2

Arrêt du suivi thérapeutique	5 (50%) 0.77	1 (8.3%) 0.19	2 (16.7%) 0.72	1 (8.3%) 0.81	2 (16.7%) <0.001 OR : 17.13 [2.57 ; 114,26]
Ambivalence quant au traitement médicamenteux proposé à la garde	3 (27.7%) 0.07 OR 0.31 [0.08 ; 1.17]	5 (45.5%) 0.09	2 (18.2%) 0.62	1 (9.1%) 0.74	0 (0%) 0.64
Attitude mutique	5 (71.4%) 0.35	0 (0%) 0.13	0 (0%) 0.29	2 (28.8%) 0.02 OR 6.23 [1.119 ; 34.624]	0 (0%) 0.71
Mise en échec systématique	2 (50%) 0.87	0 (0%) 0.25	2 (50%) 0.94	0 (0%) 0.59	0 (0%) 0.78
Refus de soins somatiques vitaux	1 (100%) 0.35	0 (0%) 0.57	0 (0%) 0.67	0 (0%) 0.79	0 (0%) 0.89
N critère présent dans la pathologie, % critère présent dans la pathologie, P-value χ^2 de Pearson, OR : Odds Ratio critère/pathologie [IC 95% OR]					
P-value <0.1		p-value < 0.05			

CONCLUSION

A partir de l'enquête menée auprès des 22 Cantons de justice de paix de l'AJBHV, des données publiées par l'Unité de crise de l'UCL en 2007 et des data disponibles quant aux expertises mentales demandées en urgence par le Parquet, nous évaluons le rapport MEO urgentes/MEO non urgentes dans l'AJBHV entre 5 et 5,05.

Ce rapport confirme la tendance qui n'a cessé de s'accroître depuis la mise en application de la Loi. La procédure urgente est devenue la pratique courante. Cette tendance, pointée dans la littérature dès les années 1990, pose question. Pourquoi l'exception est-elle devenue la règle ?

Il en résulte un paradoxe. La Loi du 26 juin 1990, conçue autour de la MEO non urgente, réglemente actuellement une pratique diamétralement opposée. Tout comme à l'époque les Juges de Paix avaient dû se familiariser avec le monde psychiatrique, il revient aujourd'hui aux Procureurs du Roi d'être confrontés quotidiennement avec des patients en détresse psychique majeure.

En ce qui concerne l'observance des trois critères requis par la Loi, nos résultats vont dans deux directions. Tout d'abord, dans notre série, le 1er critère requis par la Loi (l'existence d'une maladie mentale) est rencontré dans la quasi-totalité des cas. En effet, 99 % des patients MEO sont atteints d'un trouble psychiatrique majeur situé sur l'Axe I (trouble psychotique, dépressif majeur ou maniaque). Ensuite, l'examen des 273 dossiers a permis de mieux préciser le contenu clinique des deux autres critères requis par la Loi. Les formes de dangerosité les plus souvent rencontrées sont :

en ce qui concerne la dangerosité pour soi-même : le comportement à risque, l'incurie généralisée, les idéations suicidaires actives et les voyages pathologiques ;

en ce qui concerne la dangerosité pour autrui : la violence et la désinhibition sexuelle.

Les formes les plus fréquentes de refus de soins sont l'arrêt de la prise de médicaments, l'anosognosie – qui conduit le patient à refuser toute forme de prise en charge – et le refus d'hospitalisation.

Vingt ans de pratique de la Loi ont permis d'établir la nécessité d'une étroite collaboration, dans le respect des rôles respectifs de chacun, entre les médecins généralistes (Caspar, Ph, 2010), les psychiatres urgentistes, les urgentistes en général et le Parquet. La description des trois critères requis par la Loi à l'aide d'items cliniques, définis à partir de l'analyse d'une (première) série de 273 MEO, veut être un outil favorisant cette coopération.

D'autres recherches se profilent au terme de cette première publication : l'étude de la population des patients multiMEO (définis comme les patients MEO plus de deux fois en moins de douze mois), la mise en observation de patients atteints d'un trouble de la personnalité (de type borderline notamment), la vérification sur de grandes séries des corrélations entrevues entre certains critères de dangerosité et/ou de refus de soins et les grandes pathologies MEO, l'étude de la corrélation entre l'(les) hypothèse(s) diagnostique(s) retenue(s) aux urgences et celles finalement proposées au terme de l'hospitalisation sous contrainte.

REMERCIEMENTS

Les auteurs veulent remercier :

Monsieur le Juge de Paix Eric Dierickx, Canton de Schaarbeek, pour sa connaissance approfondie de la Loi du 26 juin 1990, son enthousiasme et ses remarques chaque fois pertinentes ;

Au sein du CHU Saint-Pierre :

Madame Anne Malcorps et les membres du secrétariat des urgences pour leur disponibilité constante ; Madame Anne Ingels, secrétaire d'accueil urgences, dont les données informatiques nous ont permis de contrôler les durées de séjours dans l'unité psychiatriques ; Monsieur Geoffrey Collet, du service informatique, qui nous a assisté tout au long de la recherche de ses conseils avisés ; Madame Marie Aubry, de l'asbl Interstices, pour son assistance dans l'enquête auprès des Juges de Paix ; Monsieur Eric Mercier, chercheur à l'IFCSM, pour son aide dans la préparation de ce manuscrit.

Enfin, les auteurs adressent leurs remerciements les plus vifs à tous les membres (psychologues, infirmier(e)s, assistantes sociales, médecins, superviseurs), du Service des urgences du CHU Saint-Pierre et Du Service des Urgences psychiatriques en particulier, pour leur assistante quasi quotidienne dans les propositions de MEO urgentes adressées aux PR à partir du service. Les échanges fructueux qui en ont résulté imprègnent cette publication.

RÉSUMÉ

La mise en observation (MEO) d'un patient est une mesure juridique exceptionnelle prise en Belgique pour des raisons médicales graves (maladie mentale ; dangerosité pour lui-même ou pour autrui ; refus de soins, absence d'alternatives). La loi du 26 juin 1990 définit une procédure non urgente, censée être la règle, et une procédure urgente, censée rester d'application exceptionnelle. Or, d'une part, le recours à la mise en observation est de plus en plus fréquent et d'autre part, la voie urgente est devenue prépondérante. Entre le 1er septembre 2007 et le 31 août 2008, l'Unité de Psychiatrie d'urgence du CHU Saint-Pierre (Bruxelles) a proposé au Procureur du Roi (PR) 273 MEO. Cet article propose une évaluation du rapport MEO urgentes/MEO non urgentes dans l'Arrondissement judiciaire de Bruxelles-Halle-Vilvorde (AJBHV) et une analyse, basée sur la clinique, des trois critères cumulatifs requis par la Loi.

Mots-clé : Loi du 26 juin 1990 ; mise en observation ; dangerosité ; absence d'alternative

SAMENVATTING

De "In Observatie Stelling" (IOS) van een patiënt is een uitzonderlijke juridische maatregel die genomen wordt in België in hoofde van ernstige medische redenen (aanwezigheid van een geestesziekte; gevaar voor zichzelf of anderen; weigering van zorgen of gebrek aan alternatieven). De Wet van 26 juni 1990 voorziet twee procedures. De eerste is een niet dringende procedure en deze was voorzien de meest gangbare te zijn. Daarnaast is er een dringende procedure waarvan verondersteld werd dat zij veel zeldzamer zou zijn.

Eenzijds stellen wij vast dat het globaal aantal "In Observatie Stellingen" steeds frequenter worden en dat anderzijds de dringende procedure veruit de meerderheid uitmaken. Tussen 1 september 2007 en 31 augustus 2008 werden vanuit de Eenheid Psychiatrische Urgenties van het UMC Sint Pieter (Brussel) 273 IOS aanbevolen bij de Procureur des Koning. Dit artikel evalueert eveneens de verhouding tussen de dringende en de niet-dringende procedures in het Gerechtelijk Arrondissement Brussel-Halle-Vilvoorde (GABHV) en een analyse, gebaseerd op het klinisch werk, van de drie door de Wet vereiste criteria.

Berger V. Jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme, Editions Sirey, 6^{ème} édition, 1998

Bernardet Ph., Douraki Th., Vaillant C. Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe, Erès, 2002

Brandon I. La MEO (articles 4 à 12 de la loi), in Benoît G., Brandon I., Gillardin J. (eds), Malades mentaux et incapables majeurs. Emergence d'un nouveau statut civil, Publications des Facultés Universitaires Saint-Louis, 1994, 75-99

Caspar, Ph. Rôle du MG dans la mise en observation du patient psychiatrique. La Revue de médecine générale, 2010 ; 278 ; 420-427

Caspar Ph., Constant H., Lamote M., Mimouna R., Mols P., Zombeck S., Snacken J. Cinq ans d'application de la Loi du 26 juin 1990 dans l'Arrondissement judiciaire de Bruxelles-Halle-Vilvorde. Quelques données quantitatives, in Benoît G., Rommel G., Gillain B. (eds), La protection de la personne des malades mentaux : éthique, médecine et droit. Editions La Chartre, 2011, 274-289.

Colard A. Souvenirs du vieux Saint Pierre, Editions Arscia, 1952

De Clercq M. Le bilan de deux ans d'application de la loi, in Benoît G., Brandon I., Gillardin J. (eds), Malades mentaux et incapables majeurs. Emergence d'un nouveau statut civil, Publications des Facultés Universitaires Saint-Louis, 1994, 167-184

- De Clercq M., Ector F., Troch S., Herbaux S., Hoyois Ph.** Les limites du concept de dangerosité. *Les cahiers de psychologie clinique* 1995 ; 5 ; 251-276
- De Clercq M., Troch St., Herbaux S., Hoyois Ph.** Loi de protection de la personne du malade mental à Bruxelles : caractéristiques des patients et devenir des procédures. *Acta psychiatrica belgica*. 1997 ; 97 ; 192-224
- Denys W.J.** La loi de protection de la personne. *Acta psychiatrica belgica* 1997 ; 97 ; 112-123
- Dewez N., Hoyois Ph., Jonard G., Roelandts A., Seghers A.** Loi de protection de la personne du malade mental : caractéristiques d'une population féminine à Namur et analyse des procédures. *Acta psychiatrica belgica*. 2001 ; 101 ; 332-351
- Dubois V., Verhaeghen L., Martens St., Lebrun J.-P., Vilaceque M.-H., Kovess-Masfety V., Huygens C., De Gryse P., Van Gasse Th., Genard J.-L., Hamoir H.** « L'augmentation des demandes d'expertise pour une MEO : symptôme de malaise urbain ? », *Journée de Réflexion organisée par le Réseau Bruxelles-est-Bruxelles le 22 novembre 2005*, in *Les cahiers de la santé de la Commission communautaire française*, 2005
- Du Roy De Blicquy P., Dubois V.** Loi du 26 juin 1990 : Evaluation du travail d'expertise dans un service d'urgence psychiatrique. *Louvain Médical* 2004 ; 123 ; 296-304
- Ehx A.** La mise en observation. *Fiches JDJ* 2007 ; 262 ; 41-45
- Génicot G.** Droit médical et biomédical, De Boeck-Larcier, 2010 ; 202-207
- Gillard J.** Malades mentaux : patients ou sujets de droit ?, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, 1985
- Howell D.C.** Méthodes statistiques en sciences humaines, De Boeck , 2008, 2^{ème} édition
- Lachapelle P., Schepens P.** Loi de protection de la personne du malade mental du 26 juin 1990 (1^{ère} partie) : descriptif commenté. *Louvain Médical* ; 2000 ; 119 ; 209-225
- Lecompte, D.** The paradoxal increase in involuntary admissions after the revision of the civil commitment law in Belgium. *Medical Law*; 1995; 14; 53-57
- Loran V., Depuydt C., Gillain B., Guillet A., Dubois V.** Involuntary commitment in psychiatric care : what drives the decision ? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2007; 52; 360-365
- Nys H.** Le médecin et le malade mental, in *La médecine et le droit*, Kluwer Editions Juridiques, 1995, 225-265
- Petiti L., Decaux E., Imbert P.H.** La convention européenne des droits de l'homme, Economica, 1999, 2^{ème} édition
- Pinel Ph.** : Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, réédition, Les empêcheurs de tourner en rond, 2005
- Premont D., Stentersen Chr., Osteredczuk I.** Droits intangibles et états d'exception, Bruylant-Academia, 1996
- Renucci J.Fr.** L'article 9 de la Convention européenne des Droits de l'Homme : la liberté de pensée, de conscience et de religion, Ed Conseil de l'Europe, 2004
- Roland M.** Dispositions relatives à l'hospitalisation des mineurs en service psychiatrique. *Acta psychiatrica belgica* 2004 ; 104 ; 41-48
- Schwartz D.** Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes, Flammarion, 1994, 4^{ème} édition
- Stillemans E., Roland M., Seghers A.** L'application de la loi du 26 juin 1990 : constats et réflexions après plus de dix ans. *Acta psychiatrica belgica* 2001 ; 104 ; 21-39
- Stillemans E., Seutin A., Roland M.** La MEO : gestion en médecine générale. *Revue Médicale de Bruxelles* 2004 ; 295-301
- Vandemeulebroeke O.** La loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux. Réflexions et suggestions près de vingt ans après sa mise en œuvre. *Le Journal des Juges de Paix*, 2008 ; 379-392
- Veys M.N.** De positie van de psychiatrische patiënt in de Wet Patiëntenrechten. Thesis, Universiteit van Antwerpen, 2005/2006
- Weiner D.B.** Comprendre et soigner. Philippe Pinel (1745-1826). La médecine de l'esprit, Fayard, 1999

Auteur correspondant :

Dr Ph CASPAR
 Service des Urgences et du SMUR
 Service de psychiatrie
 Unité de psychiatrie d'urgence
 CHU Saint-Pierre
 Rue Haute, 322
 1000 Bruxelles

EXPÉRIENCE D'UN DISPOSITIF D'ACCUEIL SPÉCIFIQUE DANS UN SERVICE DE SANTÉ MENTALE

EXPERIENCE OF A SPECIFIC SETTING FOR COMPLEX REQUESTS IN A MENTAL
HEALTH SERVICE

Pierre-Antoine Bogaerts (1), Jean-Philippe Heymans (2), Béatrice Dispaux (3)

A SPECIFIC SETTING IS USED FOR COMPLEX REQUESTS THAT ARE ADRESSED TO THE TEAM OF MENTAL HEALTH SERVICE "LE CHIEN VERT" IN BRUSSELS. AFTER SEVERAL YEARS OF USE, WE PROPOSE A CRITICAL READING OF THIS APPROACH BY RELYING ON SEVERAL CLINICAL CASES. IT SEEMED THAT THE USE OF THIS SPECIFIC SETTING WENT BEYOND THE SIMPLE GUIDANCE WORK. WE WERE LED TO CLARIFY THE STAKES OF THIS PRACTICE BY RELYING ON PSYCHODYNAMIC REFERENCES (SYSTEMIC AND ANALYTICAL). INDEED, AFTER NOTICING "REPETITION PHENOMENA" WITHIN THE TEAM OCCURRING DURING FOLLOW-UP'S, WE HYPOTHESIZED THAT THE SETTING ALLOWS THE "RECEPTION" OF THE COMPLEXITY OF THESE SITUATIONS IN A TEAM OF SERVICE MENTAL HEALTH. IN THIS CONTEXT, WE WILL DISCUSS AMONG OTHER THINGS THE "WORK OF THE DEMAND", THE PRACTICE WITH SEVERAL PRACTITIONERS WORKING IN A SAME TEAM AND DIFFERENT MODES OF TRANSFERENCE.

Keywords : Complex requests; Mental health service; Systemic; Psychoanalysis; Clinical cases; Team; Repetition phenomena; Specific setting; Psychodynamic; Critical reading; Belgium; Brussels; Transference; Interface; Several practitioners

Dans notre Service de Santé Mentale (SSM), le Chien Vert¹, nous sommes régulièrement sollicités à propos de personnes précarisées voire «désinsérées», qui au-delà des symptômes psychiatriques, sont confrontées à des difficultés sociales, financières ou encore judiciaires. Ces demandes, très souvent portées par un tiers, voire plusieurs, nous paraissent particulièrement complexes et intriquées. Nous nous trouvons là face à des «systèmes complexes»; aux familles recomposées d'abord mais aussi à ces «systèmes» plus larges construits autour des patients : nous pensons aux «aidants naturels» et aux autres intervenants (administrateurs provisoires de biens, institutions, médecins généralistes,...) assurant parfois une place de référent privilégié, ce qui nous questionne d'emblée sur l'implication de ces référents dans le système. Dans ce contexte, l'indication d'une prise en charge spécifique individuelle, familiale, sociale, est souvent difficile à poser.

LE DISPOSITIF D'ACCUEIL

Pour tenter d'éclaircir ces situations, l'équipe du Chien Vert a mis au point un dispositif d'accueil spécifique. Les personnes sont accueillies par deux intervenants qui, sans faire état de leurs fonctions au sein du centre (assistants sociaux, psychologues, psychiatres), interviennent dans le cadre d'un contact limité dans le temps. Ils reçoivent toutes les personnes qui s'estiment concernées par la situation dans le but d'éclaircir les enjeux amenés par le ou les demandeurs. Il arrive parfois que le patient désigné ne soit pas présent. Ce temps d'exploration

d'un ou plusieurs entretiens peut déboucher après discussion en équipe sur des propositions telles que la réorientation vers d'autres intervenants extérieurs dans, ou en dehors du champ de la santé mentale (Centre Public d'Action Sociale, Administrateur de biens, Juriste,...), une proposition de prise en charge au sein du SSM ou une fin d'intervention.

Lorsqu'une demande qui paraît complexe est adressée au SSM, une discussion en équipe évalue la pertinence de recevoir cette situation dans le cadre du dispositif d'accueil plutôt que dans un cadre de consultation habituel. Nous entendons ici par demande complexe : une situation où nous n'aurions pas pu repérer relativement clairement au cours d'un entretien téléphonique ou d'une autre forme de contact avec le SSM «Qui demande quoi pour qui ?». Dans une telle situation, proposer un entretien chez un psychologue, un psychiatre ou un intervenant social est déjà porteur d'un sens qui peut influencer la suite de la prise en charge, voire l'avorter dès le départ, raison pour laquelle nous ne définissons pas notre fonction spécifique au sein du centre durant ce temps d'accueil. Pour assurer une large accessibilité à ce dispositif d'accueil, nous l'avons voulu gratuit, anonyme et organisé dans un délai court si nécessaire (24 à 48h).

L'enjeu de cette première intervention est de pouvoir dégager la perspective de créer un ou plusieurs espace(s) de travail et d'en esquisser les contours. Cela pourrait être un espace élargi avec les demandeurs tout en maintenant un ou plusieurs espaces individuels. Quand, durant la réunion d'équipe, nous pensons qu'il existe une indication de prise en charge au sein de notre centre, les intervenants d'accueil adressent habituellement les personnes

(1) Dr Pierre-Antoine Bogaerts, MACCS en psychiatrie adulte, Université Catholique de Louvain, SSM Le ChienVert, Rue Eggericx 28, 1150 Bruxelles.

(2) Dr Jean-Philippe Heymans, Médecin psychiatre, SSM Le Chien Vert.

(3) Béatrice Dispaux, Psychologue, SSM Le Chien Vert.

concernées à d'autres intervenants spécifiques de l'équipe à même d'entamer le suivi. Un temps de transmission du cadre proposé et du contenu clinique est aménagé au cours de la réunion d'équipe.

Si l'objectif initial de ce dispositif d'accueil est d'éclaircir les demandes complexes adressées à un SSM dans le but de mieux orienter le ou les demandeurs, son maniement au sein de notre équipe nous expose souvent à des enjeux cliniques se déployant au-delà de ce travail d'orientation.

Au travers de son accessibilité, de sa capacité à réceptionner la demande telle qu'elle se présente et de la place faite aux tiers, ce dispositif tend à rendre possible une rencontre avec des systèmes complexes, là où elle paraît peu probable au premier abord. Nous pensons à ces situations où le premier contact nous laisse perplexes dans la formulation de la demande. Néanmoins, cette rencontre est parfois la confrontation d'attentes et de logiques différentes reflétant la complexité de la ou des demande(s). S'attacher, au cours de cette rencontre, à ouvrir la perspective de créer un ou plusieurs espaces de travail distincts, témoigne de la volonté de prévenir les risques d'instrumentalisation d'intervenants spécifiques par le ou les demandeurs ou d'avortement précoce de prises en charge potentielles. Il s'agit donc d'un ajustement entre la demande et l'offre qui permet un premier ancrage avec l'institution. L'évocation d'espaces de travail n'évade cependant pas la question de la collaboration avec les tiers. C'est un premier enjeu clinique que nous avons relevé. De cette manière, nous avons été amené à nous questionner sur le niveau d'intervention du dispositif. En deçà d'un travail de la demande, au-delà d'un travail d'orientation, où se situe-t-il ? A quel titre pourrait-il être en mesure d'apporter une réponse au travail avec ces systèmes ? C'est ce que nous tenterons de clarifier en nous appuyant sur une première vignette clinique qui nous permettra d'évoquer notre modélisation de l'intervention.

Nous avons également observé des interactions intensifiées et difficilement verbalisables entre les intervenants de l'équipe concernant ces situations. Cela nous a amené à considérer le surgissement de phénomènes de répétition de dynamiques propres aux systèmes rencontrés au sein de l'équipe elle-même. Comment comprendre ce phénomène de résonance au sein d'une équipe de SSM ? Comment repérer et travailler ces aspects ? C'est au travers d'une deuxième vignette clinique que nous avons voulu développer ces enjeux.

Enfin, ces situations amènent plusieurs intervenants de l'équipe à travailler ensemble depuis différentes places au-delà de la question des spécificités professionnelles. Cette caractéristique vient interroger le maniement des différentes modalités transférentielles dans cette « pratique à plusieurs ». Comment articuler ces différents niveaux de rencontre et de travail ?

PREMIÈRE VIGNETTE CLINIQUE : TENTATIVE DE MODÉLISATION

Madame P, intervenante dans un service d'aide éducative, s'adresse par téléphone au SSM le Chien Vert pour référer une famille au

sein de laquelle elle prend en charge un enfant de 14 ans que nous appellerons Gilles. Cette intervention éducative a été initiée par un juge de la jeunesse et Madame P pense qu'une prise en charge au sein de notre centre s'avère nécessaire, pointant des dysfonctionnements familiaux et une mise en échec de son travail par les parents, et plus particulièrement par la mère de Gilles. La demande de Madame P nous paraissait complexe de par sa formulation et porteuse d'un risque d'instrumentalisation des intervenants. S'agissait-il de soutenir l'intervention éducative de madame P ? En quoi y aurait-il eu, dès lors, une indication de thérapie familiale ? Quelle était la place du juge dans cette intervention ? Comment Madame P envisageait-elle sa place dans cette intervention ? Lorsque cette situation est évoquée en réunion d'équipe, l'indication d'un entretien d'accueil est retenue.

Un binôme d'intervenants accueille Madame P en présence de Gilles et de ses parents. Au cours de cet entretien, les difficultés rencontrées par le service d'aide sont abordées par Madame P qui exprimera son souhait de voir un travail thérapeutique familial s'initier. Elle témoignera également du fait que le couple parental s'est séparé dans des conditions très conflictuelles auxquelles Gilles, seul enfant du couple, a été confronté. Cette séparation qui a nécessité l'intervention d'un juge de la jeunesse a amené d'importants changements concernant l'hébergement de leur enfant. Durant ce même entretien, le père de Gilles formule une demande de soutien individuel se questionnant quant à une reprise de son « rôle de père » après une période prolongée durant laquelle il n'a pas assuré l'hébergement de Gilles. La mère de Gilles évoque, quant à elle, un suivi psychothérapeutique déjà en cours dans un autre lieu de soins. L'accompagnement de Gilles sur le plan scolaire doit se poursuivre dans le service de Madame P sur ordonnance du juge.

En réunion d'équipe, cette rencontre est discutée. Au vu des tensions et conflits auxquels Gilles a été exposé, une prise en charge familiale autour de Gilles est suggérée avec des consultations en alternance en présence de son père et de sa mère. Deux intervenants se proposent d'assurer ce volet de la prise en charge tandis qu'un troisième se rend disponible pour recevoir le père de Gilles dans un cadre individuel. Ces propositions sont ensuite renvoyées par les intervenants d'accueil à la famille de Gilles et à Madame P; elles semblent convenir à tout le monde.

Après quelques temps cependant, les rendez-vous se font de plus en plus difficiles à organiser avec la mère de Gilles qui avance des contraintes horaires liées à des problèmes de santé, sans pour autant mettre un terme à la prise en charge.

Madame P contacte soudain l'intervenant individuel du père de Gilles pour lui faire part de son inquiétude par rapport à la situation sans prendre la moindre précaution quant à l'espace individuel défini lors de l'entretien d'accueil. Elle lui fait part des résultats scolaires de Gilles qui sont catastrophiques et elle pense que le juge va ordonner une mesure de placement. Elle disqualifie alors les intervenants familiaux en pointant la faible fréquence des rendez-vous et l'absence de résultats au niveau des dysfonctionnements familiaux.

L'intervenant individuel évoque ce contact au cours d'une réunion d'équipe. Il est alors proposé à Madame P ainsi qu'à Gilles et ses

parents qu'une rencontre puisse à nouveau avoir lieu avec les intervenants d'accueil afin de reprendre ces éléments. Ce deuxième temps d'accueil permet de répréciser le cadre de travail en préservant les espaces thérapeutiques en élaboration avec les intervenants individuels et familiaux tout en maintenant un indispensable contact avec Madame P.

On peut repérer là l'affrontement de deux logiques, l'une consistant à répondre à l'injonction d'un juge, considérant la prise en charge dans le SSM comme pouvant combler un besoin, et l'autre comme une tentative de travailler des demandes encore peu élaborées du côté familial et individuel.

Lorsque les logiques de travail sont si différentes avec un risque significatif d'instrumentalisation, il s'agirait alors de prévenir celui-ci en prenant le temps au nom de l'institution de parler de la prise en charge elle-même. Le dispositif d'accueil ne serait-il pas une interface permettant à la fois d'aborder un système complexe comportant ici une famille éclatée, une intervenante éducative et un juge tout en préservant la nécessaire temporalité pour engager le travail de la demande ? A quel niveau d'intervention se situerait-il ? S'il permet un premier repérage des clivages entre symptômes, souffrances et allégations (R. Neuburger, 1988) permettant d'éclaircir les enjeux de la ou des demande(s), il s'arrête à cette dimension de repérage et ne peut, dès lors, pas prétendre à un véritable travail de la demande. Ne pourrait-on pas alors considérer l'entretien d'accueil comme un temps se situant en deçà du travail de la demande ? Il s'agirait donc d'un travail de prévention qui permet d'ouvrir un dialogue entre une institution et un système pour discuter de modalités de travail. En ce sens, cette intervention dépasse un travail de simple orientation.

Le modèle de l'interface nous semble rendre compte du niveau d'intervention du dispositif. Il est notamment utilisé en chimie et en informatique.

D'un point de vue chimique, le Littré définit l'interface comme une «surface de contact pouvant permettre des échanges entre deux milieux distincts». Les notions de surface de contact et d'échanges nous semblent pouvoir représenter par analogie l'aspect de collaboration entre services, institutions, familles autour d'une situation sous-tendu dans le travail d'accueil tandis que la notion de «milieux distincts» peut évoquer la volonté de différenciation à l'œuvre durant ce temps d'exploration.

Tel qu'utilisé dans le domaine informatique, l'interface permet la connexion de plusieurs éléments entre eux et l'échange d'information nécessitant l'adoption d'un langage commun. Le dispositif d'accueil au-delà de la nécessaire différenciation nous force à élaborer un langage commun avec un ou plusieurs systèmes animés par des logiques et des contraintes parfois éloignées de celles que nous tentons de soutenir au travers du processus thérapeutique au sein de notre centre. Ce premier temps d'exploration, suivi d'une réflexion en équipe, permet d'évoquer et d'identifier différentes demandes sans avoir à toutes les accomplir au sein du SSM. Il nous semble permettre effectivement une forme de coordination entre différentes modalités de prise en charge, différentes logiques en introduisant une position tierce;

en ce sens, on retrouve dans ce dispositif une dimension d'outil de «connexion».

Mais qu'en est-il de ces échanges, contacts et autres connexions sur le plan clinique ? L'élaboration en équipe de l'indication du dispositif et de la suite à donner à cette rencontre susciterait-elle des mouvements particuliers dans le processus thérapeutique ? Que se passe-t-il au sein de l'équipe après que la situation ait été transmise ? Est-ce que cette particularité du dispositif permet un déploiement différent sur le plan clinique ?

DEUXIÈME VIGNETTE CLINIQUE : DISPOSITIF D'ACCUEIL ET PHÉNOMÈNES DE RÉPÉTITION

La belle-mère de Martin, un jeune homme de 30 ans, est rencontrée par deux intervenants au travers du dispositif d'accueil; elle se présente seule dans un premier temps et avec son conjoint, le père de Martin dans un second temps. Martin se trouve à l'étranger dans ce qui semble être un voyage pathologique. Elle se demande comment amener Martin à avoir accès à des soins. Les intervenants d'accueil perçoivent une situation inquiétante pour Martin et la déposent en réunion. Au terme de celle-ci, une prise en charge familiale est proposée à l'ensemble de la famille : Martin, son père, sa belle-mère mais aussi la mère de Martin de qui il semble dépendre sur le plan financier. Il est décidé que deux autres intervenants récemment arrivés dans le centre entament cette délicate prise en charge.

Lors du premier rendez-vous, Martin, de retour en Belgique, est attendu mais personne ne sait s'il se présentera et tout le monde en doute. Les préoccupations de la famille concernant Martin porteront essentiellement sur un décrochage social : il va être expulsé très prochainement de son logement et ses revenus semblent être sur le point d'être supprimés. Martin surgit à la fin de l'entretien et l'atmosphère se pétrifie brutalement. Il montre des signes assez clairs d'une décompensation psychotique empreinte d'un discours de toute-puissance avec des préoccupations mystiques et des mouvements stéréotypés. Malgré ce tableau floride, les parents ne semblent pas prendre conscience de la maladie mentale et axent leur discours sur les difficultés sociales de Martin. Les intervenants constatent une telle incapacité du côté des parents à pouvoir aborder la dimension psychiatrique que la question du déni de la maladie se pose ou s'impose. La symptomatologie psychotique de Martin et le fait que ses parents semblent frappés du déni seront les éléments qui pousseront les intervenants familiaux à leur proposer de les revoir à nouveau malgré une certaine réticence dans le chef de Martin.

Les entretiens suivants verront Martin tenter d'affirmer sa capacité à s'autonomiser tandis que se dévoile un conflit latent entre les parents s'accusant l'un, l'autre de leurs manquements à l'égard de Martin. S'ils s'animent sur ce point, l'ambiance se glace lorsque les intervenants tentent d'aborder la décompensation psychique actuelle. Ils perçoivent là l'expression d'un sentiment de culpabilité dans le chef des parents. Ils constatent néanmoins une évolution

symptomatique et sociale plutôt positive de Martin.

Après deux entretiens, la belle-mère de Martin, à l'origine de la prise en charge, adressera un courrier aux intervenants familiaux pour leur signifier son intention de ne plus participer aux entretiens. Ils décident d'aborder la situation en réunion d'équipe. Le fait de rencontrer l'ensemble de cette famille, Martin, ses parents séparés et sa belle-mère, étonne certains membres de l'équipe; la situation est à ce moment qualifiée d'"explosive" et l'idée que ce setting avait été discuté en réunion d'équipe est remis en question. Ils sont ébranlés et traversés par le sentiment que leur capacité à prendre cette famille en charge avait été remise en cause.

Peu après, les intervenants familiaux seront contactés par le père désirant lui aussi interrompre les entretiens momentanément suite à un grave problème de santé. Martin et sa mère seront encore vus en consultation à quelques reprises jusqu'à ce qu'il soit décidé d'un commun accord de mettre un terme aux entretiens. Dans le même temps, ils tenteront de multiples fois de contacter le père dans la perspective de pouvoir clarifier ses intentions par rapport à la prise en charge. Ils n'obtiendront aucune réponse de celui-ci.

Ils seront à nouveau mis à l'épreuve lorsque, quelque temps après, ils apprennent que le père de Martin s'est réadressé à un des intervenants d'accueil en formulant une demande de prise en charge individuelle dans le décours de l'éclatement de son couple. Le qualificatif d'explosif exprimé en réunion d'équipe revêt pour les intervenants familiaux une toute autre nature et un sentiment de culpabilité les envahit. Culpabilité envers le père d'une part, mais envers l'équipe aussi.

Cette culpabilité n'aura trouvé une résolution que dans le cadre d'une réunion clinique au cours de laquelle fut posée l'hypothèse que quelque chose de l'ordre d'un rapport de filiation se soit tissé entre les intervenants récemment arrivés et l'équipe du Chien Vert. Ce rapport nous semble avoir été favorisé, dès le début de la prise en charge, par la spécificité du dispositif d'accueil qui contient ce temps de transmission en équipe. Les interactions au sein de l'équipe ont pris une tournure plus préoccupante après que le qualificatif d'explosif ait été entendu par les intervenants familiaux comme une remise en question directe de leurs capacités. A ce moment, ce rapport de filiation semble avoir été brutalement mis en tension de par ce qui a pu s'ériger pour les intervenants familiaux comme une norme. Ces intervenants étaient-ils capables ou coupables de s'autonomiser au sein de l'équipe ?

N'y aurait-il pas là un effet de résonance avec la préoccupation d'autonomisation de Martin ? Aussi le caractère duel de l'atmosphère de pétrification-explosion vécue lors des entretiens familiaux, nous semble s'être reproduit au sein de l'équipe. Après que la situation ait été qualifiée d'explosive, les intervenants familiaux étaient traversés par un sentiment de culpabilité. Nous voyons certaines similitudes avec ce que Bernard Penot a pu décrire dans le travail institutionnel avec les adolescents psychotiques et leurs familles. Il évoque en effet le concept de répétition induite dans l'autre en tant que «transfert» de la dynamique familiale de rejet-désaveu (B. Penot, 2006). Il propose que le

travail psychique puisse s'effectuer d'abord entre intervenants en relativisant les tensions et conflits au sein de l'équipe jusqu'à ce qu'ils puissent être verbalisables et permettre un repérage du positionnement transférentiel de chacun. Il s'agit là d'un travail institutionnel qui diffère sensiblement du travail ambulatoire soutenu au sein du SSM Le Chien Vert mais qui nous invite à «penser» le transfert en équipe au travers du dispositif utilisé.

L'utilisation du dispositif d'accueil nous paraît être un puissant catalyseur dans la potentialité de surgissement de ces phénomènes transférentiels au sein d'une équipe de SSM. Tout d'abord parce qu'il est prescrit par l'équipe et représente l'institution ce qui amène à considérer, dès le départ, le déploiement du transfert au sein de l'ensemble de l'équipe. Avant qu'un cadre de prise en charge ne soit défini, les situations rencontrées au travers de ce dispositif sont la préoccupation de l'ensemble de l'équipe. Ce n'est que dans un second temps qu'un travail d'individuation de ce cadre peut se faire par rapport à l'équipe. Ce travail d'individuation nous paraît être en miroir du travail thérapeutique avec le système. Ensuite, il est caractérisé par un temps de transmission d'une situation considérée, dès le départ, comme préoccupante pour l'équipe. L'équipe «confie» une mission de premier repérage à deux intervenants qui seront peut-être amenés, eux aussi, à «confier» les personnes qu'ils ont accueillies à d'autres intervenants. Autant dire, qu'avant même que la prise en charge ne débute, ces situations sont déjà bien présentes dans l'équipe et s'imposent en tant que tissage d'interaction entre les intervenants. On perçoit l'intérêt de l'analyse des conflits, alliances et autres vécus au sein de l'équipe en lien avec ces situations, car s'ils ne sont pas entendus en tant que repères cliniques, ils peuvent, de par la brutalité des mouvements qu'ils suscitent, perturber le fonctionnement même de l'équipe.

Nous avons tenté de situer le niveau d'intervention du dispositif d'accueil du SSM Le Chien Vert autour du modèle de l'interface, nous avons ensuite abordé les phénomènes de répétition susceptibles de survenir au travers l'utilisation de ce dispositif et la possibilité de travail qu'ils offrent à l'équipe, nous voudrions finalement interroger le maniement des différentes modalités transférentielles dans le cadre de cette pratique à plusieurs intervenants.

DISPOSITIF D'ACCUEIL ET MODALITÉS TRANSFÉRENTIELLES

Si, comme le soutient E. Tilmans-Ostyn, l'analyse de la demande permet de créer une alliance thérapeutique forte entre le thérapeute et le système (E. Tilmans-Ostyn, 1987), nous ne pouvons considérer ce premier repérage que constitue ce ou ces entretiens d'accueil comme simple travail d'orientation. Il confronte et oblige d'emblée l'équipe qui s'y engage à supporter le transfert au-delà des espaces habituellement définis (prises en charge individuelle, de famille, de groupe). L'indication principale de ces entretiens étant précisément de pouvoir accueillir des demandes provenant de «systèmes complexes»

de par les mutations familiales, la présence d'aidants naturels et d'intervenants extérieurs notamment, l'écueil majeur serait de penser qu'ils permettent d'éluder la question de ce qui peut être suscité dans une équipe au contact de ceux-ci. Il nous semble, par contre, que nous avons à notre disposition un outil qui nous offre des possibilités d'exploration de ces systèmes en ouvrant les investigations cliniques au travail à plusieurs et à la dynamique de l'équipe.

Les deux vignettes cliniques évoquées suscitent bien d'autres questions sur les choix et options thérapeutiques soutenues dans le cadre de ces prises en charge que nous n'avons pas voulu développer ici. Nous voudrions néanmoins brièvement y revenir pour souligner que ce qui semble les lier se situe dans cet enjeu de l'analyse de la demande comme «fondatrice» de l'alliance thérapeutique. En effet, dans le premier cas, on peut se demander si le premier temps du dispositif n'a pas conduit à l'éviction trop rapide de madame P, tiers demandeur. La possibilité d'un retour au dispositif a permis un nécessaire deuxième temps d'accueil ouvrant à l'élaboration d'un langage commun et à une tentative de différenciation des systèmes et des logiques. Par contre, dans la situation de Martin et sa famille, le temps d'accueil a visiblement permis un accrochage important avec

un des intervenants d'accueil venant questionner la place du transfert. La construction du dispositif autour d'intervenants représentant le centre et se nommant comme tel, témoigne de la volonté de susciter une rencontre avec l'institution. Il nous faut néanmoins constater que, dès le travail exploratoire, quelque chose d'une relation transférentielle avec l'un ou l'autre intervenant d'accueil (ou les deux) se joue. Comment dès lors penser, voire articuler, ces différentes modalités transférentielles entre institution, équipe et multiplicité d'intervenants ? P. Gustin évoque au travers du travail avec un jeune patient psychotique, la notion de transfert lacunaire (P. Gustin, 2009) qui nous semble ouvrir une possibilité de travail du transfert pluriel. Elle aborde la question du travail à plusieurs intervenants au sein d'une même équipe. Tel qu'elle décrit le transfert lacunaire, il s'agit de rendre possible de relier les moments clivés de l'expérience du patient en s'appuyant sur l'importance de l'investissement de différents thérapeutes par le patient, mais aussi de l'investissement par le patient et les thérapeutes de ce qui les relie entre eux. Autrement dit, au-delà du repérage de ce qui se noue ou non avec les intervenants d'accueil, on perçoit l'importance de se parler en équipe de ce qui relie l'investissement des différents espaces entre eux.

CONCLUSION

Si ce dispositif clinique permet des possibilités d'exploration des systèmes complexes, il n'élude en rien la complexité inhérente aux situations auxquelles il entend s'adresser. Il offre un cadre permettant de prendre soin des premières rencontres avec ces systèmes. En tant qu'interface entre notre institution et le système, il se situe à un niveau de prévention : prévention du risque d'instrumentalisation des intervenants mais aussi, et plus fondamentalement, du risque de ne pas rencontrer ces systèmes. Il permet un travail de collaboration dans le respect des spécificités de chacun avec d'autres institutions aux logiques différentes de celles soutenues au sein de notre SSM. Il offre la possibilité d'articuler des espaces de travail relevant du champ thérapeutique, et en dehors du champ thérapeutique.

De par ses spécificités, ce dispositif nous semble permettre «l'accueil» de la complexité dans le travail ambulatoire au sein de notre équipe de service de santé mentale. Il nous impose cependant un travail de réflexion clinique en équipe et sur l'équipe propre à chaque situation. Cette réflexion concerne tant la dynamique d'équipe autour des phénomènes de résonance pouvant venir perturber le fonctionnement de l'institution, que le repérage des modalités transférentielles dès le début de l'intervention. Elle nous amène enfin à pouvoir formuler des propositions d'intervention construites avec les systèmes.

Le Chien Vert est un service de santé mentale agréé par la commission communautaire française de la région Bruxelles capitale et est membre de l'Association des Services de Psychiatrie et de Santé Mentale de l'Université Catholique de Louvain. Il est historiquement ancré dans le champ de la psychiatrie sociale. Une vingtaine d'intervenants, assistants sociaux, psychologues, psychiatres, juriste, sociologue et secrétaire assurent une activité clinique ambulatoire de soin et de prévention. Il est impliqué à plusieurs niveaux dans d'autres structures dans le champ de la santé mentale. Il accueille en permanence des intervenants en formation et soutient un travail théorique en équipe. Le travail clinique repose sur un abord psychodynamique analytique et systémique. Il regroupe aussi bien des thérapeutes pour enfants que pour adultes dans une seule et même équipe se réunissant de façon hebdomadaire.

Auteur correspondant :

Dr P.A. BOGAERTS

MACCS en Psychiatrie adulte,
Université Catholique de Louvain,
SSM Le ChienVert,
Rue Eggericx 28, 1150 Bruxelles

RÉSUMÉ

Un dispositif d'accueil particulier est utilisé pour les demandes complexes qui sont adressées à l'équipe du service de santé mentale «le Chien Vert» à Bruxelles. Après plusieurs années d'utilisation, nous proposons une lecture critique de cette approche en nous appuyant sur plusieurs vignettes cliniques. Il nous est apparu que l'utilisation de ce dispositif dépassait le simple travail d'orientation. Nous avons été amenés à préciser les enjeux de cette pratique en nous appuyant sur des références psychodynamiques (systémique et analytique). En effet, à la suite de phénomènes de répétition survenus au sein de l'équipe dans le décours de prises en charge, nous avons posé l'hypothèse que le dispositif permet la «réception», au sein d'une équipe d'un service de santé mentale, de la complexité de ces situations. Dans ce contexte, nous abordons notamment le travail de la demande, la pratique à plusieurs intervenants au sein d'une équipe et différents types de modalités transférentielles.

Mots-clés : dispositif d'accueil; service de santé mentale; Bruxelles; Belgique; psychanalytique; systémique; modalités transférentielles; psychodynamique; phénomènes de répétition; résonance; demandes complexes; lecture critique; travail à plusieurs; équipe; interface.

SAMENVATTING

Een specifieke ontvangst-opzet wordt gebruikt voor complexe aanvragen die worden gericht aan het team van de geestelijke gezondheidszorg «le Chien Vert» in Brussel. Na enkele jaren praktijkervaring, stellen wij een kritische analyse voor van deze opzet op basis van een aantal klinische gevallen. Het leek erop dat het gebruik van deze specifieke opzet verder ging dan het simpele oriënteringswerk. Dit leidde ertoe de belangen van deze praktijk uit te diepen op basis van psychodynamische referenties (systemisch en analytisch). Ten gevolge van repetitieve patronen die zich binnen het team hebben voorgedaan gedurende het verloop van de behandeling hebben we de hypothese vooropgesteld dat de opzet de "ontvangst" van de complexiteit van deze situaties in een team van de dienst geestelijke gezondheid toelaat. In deze context bespreken we onder andere het «werk van de aanvraag», het uitoefenen van de praktijk met verscheidene actoren binnen een team en de verschillende modaliteiten van overdracht.

Trefwoorden : complexe aanvragen; geestelijke gezondheidszorg; Brussel; België; psychoanalyse; systemisch; modaliteiten van overdracht; psychodynamische; repetitieve patronen; kritische analyse; praktijk met verscheidene actoren; team; interface.

RÉFÉRENCES

Penot B. - Pour un travail psychanalytique à plusieurs en institution soignante in Revue française de psychanalyse, 2006/4, Vol 70, pp 1079-1091.

Neuburger R. - La demande en psychanalyse et en thérapie familiale in L'autre Demande - ESF Paris 1984.

Tilmans-Ostyn E. - La création de l'espace de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande in Thérapie Familiale, Genève 1987, Vol 8, N°3, pp 229-256.

Gustin P. - «J'ai rendez-vous avec un chien vert» Transfert et pratique à plusieurs en clinique infantile in Au plus près de l'expérience psychotique - Eres 2009 - pp 23-35.

LES PRÉFÉRENCES DE LOGEMENT CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE SCHIZOPHRÉNIE

HOUSING PREFERENCES OF PERSONS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA

**Katarina Roos*, Benoît Gillain*, Benoît Van Tichelen*, Juliette Coussement*,
Virginie Francart*, Isabelle Hussin***

THIS ARTICLE PUTS FORWARD THE FINDINGS OF A STUDY CARRIED OUT WITH SCHIZOPHRENIC PATIENTS TREATED AT THE CENTRE OF MENTAL HEALTH IN OTTIGNIES. IN A SEMI-STRUCTURED INTERVIEW, 16 PATIENTS HAVE BEEN ASKED ABOUT THEIR CURRENT HOUSING CONDITIONS AS WELL AS FOR THEIR IDEA OF THE IDEAL ACCOMMODATION. IT TURNS OUT THAT THEIR PREFERENCE GOES TO A PRIVATE, LONG LASTING, FINANCIALLY AFFORDABLE TYPE OF HOUSING, SO AS TO ENHANCE THE POSSIBILITY OF A SOCIAL INTEGRATION. THE RESULTS ARE IN LINE WITH THE EXISTING LITERATURE AND SHOW THAT THE MOST DESIRABLE OPTION FOR THESE PERSONS IS TO LIVE IN A PRIVATE HOUSING ACCOMMODATION. BETWEEN THE USUAL REAL ESTATE MARKET (WITH UNAFFORDABLE RENTS) AND THE NETWORK OF CARES+ACCOMMODATION INSTITUTIONS LIES ROOM FOR ANOTHER OPTION THAT SHOULD BE FAVOURED. THAT IS THE SOCIAL HOUSING ACCOMMODATION, DESIGNED TO CATER FOR THE NEEDS OF THE MENTALLY ILL AND THAT WOULD COME MORE UNDER THE SOCIAL FIELD THAN THE SANITARY SERVICES, THUS STIMULATING A PROACTIVE BEHAVIOR OF RESIDENTS SUFFERING FROM MENTAL DISORDERS.

Mots-clés : Schizophrénie - Logement

INTRODUCTION

Dans la prise en charge de patients souffrant de maladie mentale, nous sommes souvent confrontés à la difficulté de l'insertion sociale. Celle-ci se fonde sur deux axes majeurs que sont les activités professionnelles ou sociales, et l'accès au logement. Si la priorité du logement est rencontrée, cela leur permet ensuite de développer d'autres potentialités dans le champ des loisirs, des relations familiales ou dans la vie citoyenne. Les impasses vécues par ces personnes au cours de leurs tentatives de réinscription dans la vie sociale nous démontrent combien le problème du logement est fondamental dans la poursuite d'une dynamique de réhabilitation, une étape essentielle dans un itinéraire souvent marqué par des phases d'hospitalisations et de réadaptation prolongées (Kapsambelis, 2002)

Tous, nous aspirons à avoir un chez soi. Celui-ci représente un désir légitime d'intimité, de sécurité, de souveraineté sur un espace privé. C'est un point d'ancrage qui nous inscrit dans un territoire, dans un mode d'existence sociale. C'est un lieu de socialisation, d'exercice des règles sociales, de structuration des identités, d'organisation du temps (Dorvil, 2001) et de construction du port d'attache (Pelletier, 2009).

Pour les personnes invalidées par la maladie mentale, en outre fréquemment exclues de la sphère économique, le logement constitue d'ailleurs le mode d'inscription privilégié dans un plus vaste réseau où elles vont côtoyer les autres.

Historiquement, les personnes malades mentales disposaient de choix restreints concernant leur lieu de vie avec les institu-

tions assumant les soins et prenant des décisions les concernant à leur place (Browne, 2005).

Déjà en 1948, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme avait reconnu dans son article 25.1 le logement comme un déterminant social de la santé. « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'habitation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires ».

Aujourd'hui, la politique de soins psychiatriques en Belgique s'oriente vers un développement des circuits et des réseaux de soins. Le but visé est une meilleure collaboration transversale parmi tous les acteurs qui interviennent dans la dispense des soins sur mesure répondant aux besoins spécifiques des patients, de préférence prodigués dans leur entourage (« article 107 »). Si les facilités d'accès à un logement digne ne sont pas promues pour ce public, le risque est grand de laisser un nombre important de ces personnes vouées au libre marché de l'immobilier classique, marché qui pourrait les conduire bien souvent vers une précarité et une insécurité accrues (loyers exorbitants, insalubrité de certains logements, courte durée des baux, résiliation anticipée...). D'autres peuvent se trouver sur la voie du sans-abrisme et, dès lors, s'orienter vers des maisons d'accueil, solution provisoire et bien souvent inappropriée.

A partir de nos rencontres avec les patients souffrant de troubles psychiques, nous faisons le constat combien la recherche et le maintien d'un logement au long cours peut s'avérer une conquête difficile : avec de nombreux obstacles maté-

*Clinique Saint-Pierre, Avenue Reine Fabiola 9, 1340 Ottignies, Email : rooskatarina@gmail.com

riels, sociaux et psychologiques : ressources trop faibles pour une location en milieu urbain, exigences de garanties de la part des bailleurs, intolérance du voisinage. A cela s'ajoute la perte d'autonomie relative due à la fragilité psychique et la maladie mentale limitant d'autant l'accès à l'indépendance.

Devant l'inquiétude des familles du devenir d'un des leurs, l'équipe du service de santé mentale (SSM) « Entre Mots » et de la Clinique Saint-Pierre à Ottignies a décidé de se mobiliser à la recherche des structures innovantes et pertinentes pour nos patients.

Après un examen des circuits de soins psychiatriques existant actuellement dans la province du Brabant Wallon, ce texte présentera une enquête réalisée auprès de patients psychotiques qui analyse en particulier leurs besoins et préférences en matière de logement. Enfin, nous en comparerons les résultats à la littérature sur le sujet.

LA SITUATION DANS LA PROVINCE DU BRABANT WALLON

C'est une jeune province, dont la superficie est de 1090 km². Le chef-lieu de la province est Wavre. La province est composée du seul arrondissement administratif et judiciaire de Nivelles comprenant 27 communes. Depuis plus de 30 ans, la population connaît une croissance importante (de 235.000 habitants en 1970 à plus de 373.000 en 2007). Les mouvements migratoires sont d'abord touchés les communes les plus proches de Bruxelles comme La Hulpe, Waterloo, Rixensart et puis progressivement, les communes plus éloignées au centre, à l'est et à l'ouest. Ces mouvements sont notamment influencés par la pression immobilière, devenue particulièrement importante dans la région. Tout ceci sans oublier l'attraction que représente Louvain-la-Neuve, ville universitaire conquise par une population de classe moyenne attirée par ses aspects de ville « nouvelle » entièrement piétonne.

Le niveau socio-économique de la population est le plus élevé de la Région Wallonne, les polarités socio-économiques sont de ce fait fort marquées.

Cette explosion socio-économique et démographique entraîne un phénomène de périurbanisation métamorphosant toute la région. Cette situation provoque un changement de population : un bon nombre de personnes sont amenées à quitter la Province au vu de la pression immobilière.

LE PAYSAGE INSTITUTIONNEL DES SOINS EN PSYCHIATRIE EN BRABANT WALLON

Le circuit de soins psychiatriques peut être représenté sur 2 axes : l'un proposant des soins avec hébergement et l'autre des soins sans hébergement. Le premier relève globalement du champ hospitalier et le second de l'ambulatoire.

Sur le territoire du Brabant Wallon plus spécifiquement existent:

Soins avec hébergement :

- * des hospitalisations de courte durée en hôpital général :
 - Braine l'Alleud, Nivelles (Tubize) et Clinique Saint-Pierre Ottignies, seule clinique disposant d'un service d'urgences psychiatriques et d'une unité d'hospitalisation psychiatrique (31 lits)
- * des hospitalisations avec possibilité de plus long séjour en hôpital psychiatrique
 - Braine l'Alleud-« Le Domaine » (143 places)
 - Waterloo-« Clinique de la Forêt de Soignes » (80 places)
 - Ottignies- « Centre Neurologique William Lennox »
- * la communauté thérapeutique La Traversière à Nivelles (18 places)
- * Initiatives d'habitations protégées (IHP)
 - La Courtille à Court -Saint-Etienne (10 places)- attachée à la Clinique Saint-Pierre Ottignies
 - Le Soier à Braine l'Alleud (4 places)
 - Les IHP du Domaine à Braine l'Alleud (20 places)
- * Les structures d'hébergement du réseau AWIPH accueillent des patients souffrant de troubles mentaux mais avec, souvent, des pathologies associées.

Soins sans hébergement :

- * un centre de jour et un hôpital de jour:
 - La Renouée à Waterloo (hôpital de jour de la Clinique de la Forêt de Soignes)
 - La Fabrique du pré à Nivelles
- * 2 services de soins psychiatriques pour patients résidant à domicile (SPAD):
 - SPAD d'Entre Mots de la Clinique Saint-Pierre à Ottignies
 - CSPD du Domaine à Braine l'Alleud
- * 7 services de santé mentale : « Entre Mots » de la Clinique St.-Pierre à Ottignies, centre de guidance de Braine l'Alleud, centre de guidance de la Province du Brabant Wallon à Jodoigne, Nivelles et Tubize, centre de guidance de Louvain-la-Neuve, centre de guidance du CPAS de Nivelles et le service de santé mentale à Wavre.

MÉTHODOLOGIE

Afin d'étudier les préférences de logement dans la province du Brabant Wallon, nous avons effectué une enquête auprès de 16 patients. Il s'agit d'une enquête illustrative de leurs représentations et de leurs conditions de logement actuel.

L'enquête a été réalisée au SSM Entre Mots avec un questionnaire fait sur mesure en lien avec la Haute Ecole Sociale de Namur. Le questionnaire était constitué de 2 parties : la 1^{ère} reprenant les informations personnelles (« Qui êtes-vous ? ») et la 2^{ème} établissant une comparaison entre leur logement actuel et le logement dont ils rêvaient (« Quel devrait être votre logement ? »).

L'enquête a eu lieu entre juin et août 2010.

Les patients ont été proposés par les intervenants de l'équipe d'Entre Mots.

Nous avons, avec chaque soignant, décidé de la manière dont il était préférable d'entrer en contact avec le patient : par courrier, par téléphone ou encore directement par le biais de l'intervenant.

Nous avons souhaité rencontrer chaque personne individuellement afin de répondre aux questionnaires avec elle, préciser et répondre à ses questions, ...et surtout entendre tout ce que la personne pouvait dire autour des questions posées.

Pour certains patients toutefois, nous avons simplement transmis les questionnaires afin qu'ils y répondent seuls, la personne ne pouvant pas se déplacer jusque chez nous.

Notre enquête s'est limitée à 16 personnes et cela pour plusieurs raisons : d'abord l'objectif ici était illustratif et non représentatif de la population visée. Nous nous sommes en outre heurté à une série de difficultés techniques telles que le manque de temps, le peu de disponibilités des patients à venir en dehors de leur RDV chez les thérapeutes et le refus de certains à participer à l'enquête. Un patient n'a pas souhaité répondre à toutes les questions.

LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES

L'interview semi-structuré (la 1^{ère} partie du questionnaire « Qui êtes-vous ? ») incluait des questions sur les informations démographiques de base : âge, sexe, état civil, nationalité, domicile, nombre d'enfants et de frères et/ou sœurs et d'autres questions concernant les revenus, le patrimoine personnel, l'emploi (situation professionnelle), le montant des revenus et la gestion des finances.

LES PRÉFÉRENCES DE LOGEMENT

Dans la 2^{ème} partie du questionnaire, les patients ont été interrogés sur l'historique du logement (types de logement, durée du séjour, les raisons de les avoir quittés et où cela s'est le mieux passé pour eux). Ensuite les patients répondaient aux questions sur leur logement actuel et le logement souhaité (type d'ha-

bitation, nombre de pièces, présence de jardin, loyers, frais, principales difficultés rencontrées avec le logement) ainsi que sur l'aide et le soutien apporté via leurs éventuels contacts familiaux, professionnels, sociaux.

Ils se sont exprimés également sur leur expérience de vie dans plusieurs types de logement et leur niveau de satisfaction (maisons communautaires, semi-communautaires et individuelles). Il leur a été demandé de classer par ordre d'importance les 3 éléments les plus essentiels dans le logement idéal.

Toutes ces données ont été codées de façon à préserver l'anonymat des participants.

La revue de la littérature a été effectuée via Embase, PubMed avec recherche des mots-clés : schizophrénie, logement.

RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES

Seize personnes ont été interrogées pendant la durée de l'enquête : 10 hommes et 6 femmes majoritairement de nationalité belge, 10 domiciliés en Brabant Wallon, 9 célibataires, 5 mariés ou cohabitants, un divorcé et un veuf. Quatre patients ont des enfants, 15 ont des frères et sœurs. Sept patients ont la mutuelle pour source de revenus. Deux patients ont un travail et la mutuelle, un bénéficie du revenu d'intégration sociale, un d'allocations chômage, un patient d'allocation pour personnes handicapées, un est rentier (héritage) et 2 patients sont sans revenu et vivent des revenus des parents. La plupart ont suivi un enseignement supérieur non universitaire et secondaire.

La majorité, soit 7 patients, sont des malades de longue durée. Quatre patients sont sans profession, un est chômeur et un est retraité, un patient est indépendant (figure 1). Le montant des revenus mensuels le plus fréquent (6 patients) est compris entre 701 et 1000 euros. Quatre patients ont un revenu compris entre 1001 et 1250€, 2 patients entre 250 et 500€, 2 patients entre 500 et 700€ (figure 2). La plupart des patients gèrent leur situation financière seuls (8 patients), 4 avec l'aide de la famille, un avec l'aide d'un professionnel et 3 sont sous administration provisoire (figure 3).

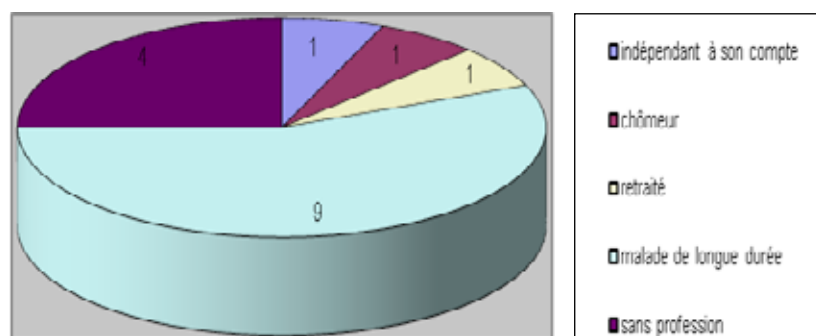


Figure 1

Situation professionnelle - 9 patients sont des malades de longue durée, 4 sont sans profession, 1 est au chômage, 1 est retraité, et 1 travaille comme indépendant.

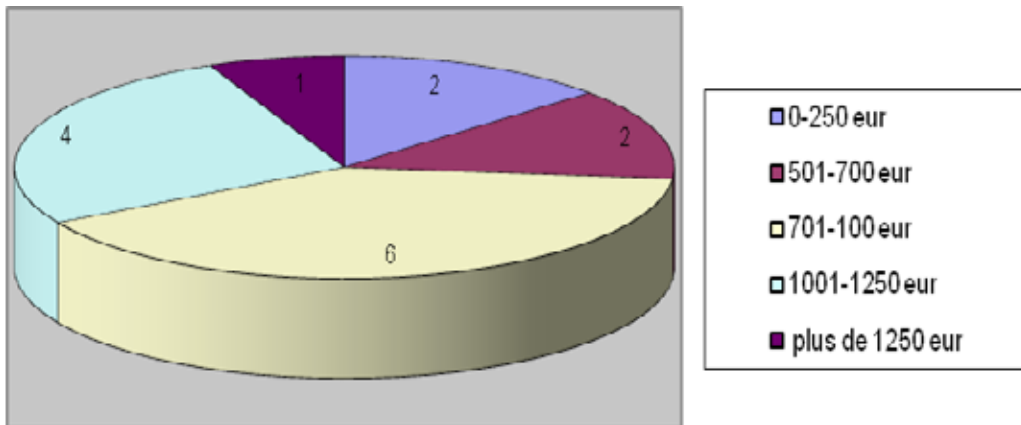


Figure 2

Montant des revenus – 2 patients ont un 1 patient revenu inférieur à 250 eur, 2 patients se situent entre 501-700 eur, 6 patients entre 701-1000 eur, 4 patients bénéficient d'un revenu entre 1001-1250 eur, 1 patient a un revenu supérieur à 1250 eur.

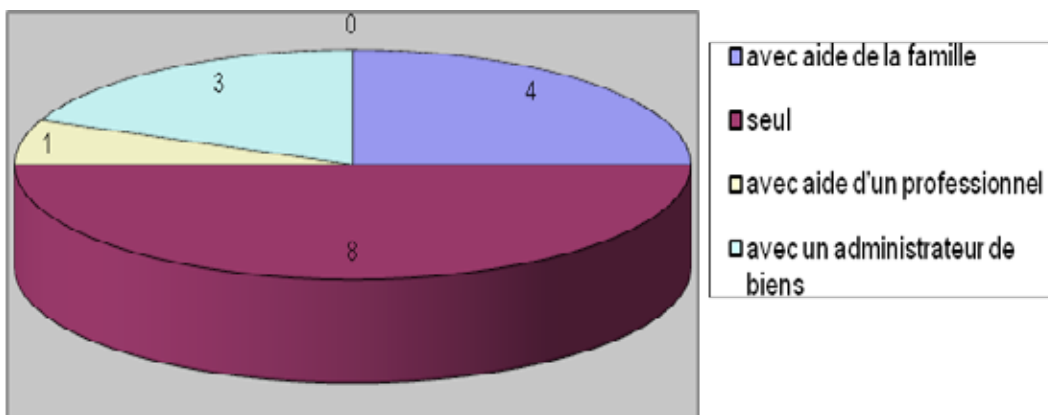


Figure 3

Gestion de l'argent – 4 patients gèrent leur revenu avec l'aide de leur famille, 3 avec l'aide d'un professionnel, 3 patients ont un administrateur de biens et la majorité (8 patients) gère leur situation financière seul.

LES PRÉFÉRENCES DE LOGEMENT

Baucoup de patients ont quitté le domicile familial soit pour vivre seul, soit pour vivre en famille (en couple ou avec les enfants). Une petite minorité (2 patients) est partie et revit en famille ou n'a jamais quitté le domicile familial (3 patients dont 2 vivent sans parents et 1 qui vit toujours chez ses parents).

L'âge moyen où les patients sont partis du domicile familial tourne aux alentours de 18 ans.

ACTUELLEMENT LA SITUATION DE LOGEMENT

8 patients en maison sont : – seul (1),
– colocation (1)
– avec des enfants et/ou en couple (4)
– en famille (2)

3 patients sont en appartement
3 patients en studio (seuls)
1 patient en kot communautaire

On peut constater que lorsqu'il y a un logement plus spacieux, plus de personnes y vivent ensemble (famille, couple, enfants).

Le souhait général semble une maison ou un appartement. Un patient veut un studio en choix de logement tandis que les 9 autres veulent quelque chose de plus grand.

AU POINT DE VUE DES CONTACTS

Les patients ont tous des contacts avec les professionnels de la santé (mentale ou autre) plusieurs fois par mois (extérieurs, au domicile) ainsi qu'avec leur famille et leurs amis proches. Ce n'est pas pour autant qu'ils s'en contentent puisque la majorité (10) souhaite des changements dans leurs relations vis-à-vis de leur famille.

On peut constater que beaucoup de patients exercent une ou plusieurs activités extérieures. L'absence de telles activités constitue en général un choix de leur part car aller à l'extérieur de chez eux est une difficulté de même que la confrontation aux autres.

On remarque que les patients entretiennent le plus de contacts avec la famille, devant les amis et les professionnels de la santé mentale. Par contre, on peut constater la quasi-absence de per-

sonnes du quartier et de collègues. Cela peut s'expliquer par le fait que de nombreux patients se tournent plutôt vers les personnes proches qui connaissent l'existence de leurs difficultés et leur maladie. En outre, peu de patients ont travaillé et, lorsque c'est le cas, ils gardent rarement des contacts avec leurs ex-collègues.

POUR LES PATIENTS QUI SONT PROPRIÉTAIRES

Ils ont hérité d'un logement familial, ils ont bénéficié d'un achat / emprunt organisé par le conjoint ou par eux-mêmes.

Souvent, les patients qui ont hérité d'un bien immobilier n'ont pas fait les démarches seuls mais avec l'aide d'un administrateur de biens, de la famille ou d'un notaire.

NOTION PROPRIÉTAIRE/ LOCATAIRE

Il y a 4 propriétaires, 8 locataires et 3 avec aucun statut.

Si le choix leur était donné, tous voudraient être propriétaires pour différentes raisons :

- moins de difficultés par rapport au voisinage
- stabilité (pas de bail, se sentir chez soi, statut social reconnu)
- possession d'un patrimoine

Le montant maximum que les patients imaginent payer se situe entre 300 et 500 euros/mois. Il n'y a pas de différence entre les patients isolés ou vivant en famille.

Le montant moyen du loyer avec les charges est de 521 euros.

Les montants les plus importants sont payés par les patients qui vivent en couple ou qui ont des enfants. Cinq patients ne payent pas de loyer car 2 vivent en famille et 3 sont propriétaires. Les parents d'un patient lui payent un kot.

Ils sont nombreux à souhaiter un espace extérieur afin de prendre l'air ou de s'occuper d'un jardin, pas trop grand toutefois en raison de l'entretien que cela demanderait.

Les patients se déplacent principalement à pied, moins en voiture et en bus, très peu prennent le train. Même si, paradoxalement, avoir un arrêt de bus à moins de 15 minutes de chez soi est indispensable pour eux.

LOGEMENT COMMUNAUTAIRE, SEMI-COMMUNAUTAIRE ET INDIVIDUEL

Seuls 2 patients ont vécu en maison communautaire, la moitié des patients ont eu l'expérience de vivre en maison « semi-communautaire ». Douze patients ont vécu seuls dans un logement individuel et 4 n'ont jamais vécu seuls.

Leurs opinions concernant ces formules :

La vie en communauté a un côté rassurant. Mais elle leur impose une rigidité et une contrainte (espace et horaire) auxquelles s'ajoutent les difficultés inhérentes à la cohabitation (conflits, manque d'intimité,...).

Les patients en logement individuel nous parlent d'autonomie, mais souvent se retrouvent isolés.

L'ESSENTIEL POUR UN LOGEMENT IDÉAL

L'important est de disposer de transports en commun à proximité.

L'emplacement pour eux est important, soit au centre-ville mais au calme, soit à la campagne mais facile d'accès afin de pouvoir se déplacer aisément. Le logement idéal se situerait en zone urbaine ou semi-urbaine pour la facilité et la proximité des commerces. Beaucoup de patients préfèrent se situer en zone plus calme donc en zone semi-urbaine mais avec un accès facile à la ville la plus proche.

Certains ont mis en évidence l'importance d'un accompagnement médico-psychologique pour les aider à vivre bien.

L'espace pour eux est important ainsi que l'autonomie. Les patients ne veulent pas partager des biens communs, partager leurs repas etc... mais avoir leur propre logement où ils ont leur intimité. La solution d'habitat favorisée, c'est un logement où ils sont seuls ou en famille. Dans un appartement (familial, maison ou kot) mais pas dans le communautaire.

Le coût modéré est à leurs yeux un élément primordial.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Le traitement psycho-social de la schizophrénie apparaît, ces dernières années, comme un des principaux aspects de l'évolution favorable de cette pathologie.

On entend par la réhabilitation psycho-sociale, l'ensemble des stratégies mises en œuvre afin de rendre au patient, dans la plus large mesure possible, un fonctionnement social et instrumental. Elle sous-entend le maintien des personnes présentant des troubles psychiques dans la communauté et vise à construire pour eux des systèmes de soutien en dehors des hôpitaux. Elle propose un large champ d'alternatives à l'hospitalisation.

Il persiste des difficultés de traitement psychosocial des patients schizophrènes dans les pays industrialisés malgré les sommes considérables investies dans les soins et ce, en raison du relâchement des liens familiaux et sociaux et du caractère complexe, exigeant et intolérant de l'environnement social et professionnel. Les conséquences sociales sont moins documentées dans la littérature comparées à la psychopathologie (Tulloch, 2006).

Les personnes souffrant de troubles mentaux nécessitent des soins spécifiques s'adressant aux malades pour lesquels, après une période de soins curatifs, une insertion ou réinsertion sociale et /ou professionnelle apparaît comme problématique.

La question du logement est une étape essentielle dans un itinéraire souvent marqué par des phases d'hospitalisation prolongées (Kapsambelis, 2002).

Le logement est identifié comme un élément crucial de vie réussie en communauté chez les personnes atteintes de schizophré-

nie. Il a un impact significatif sur leur fonctionnement global et non sur le degré des symptômes psychiatriques. Les croyances conventionnelles que les personnes schizophrènes habitent dans des logements « assistés » à cause de leur « incapacité » sont en contradiction avec les résultats de l'étude de Browne (Browne et Courtney, 2005)

En général, les recherches soutiennent que l'environnement de l'habitat chez les personnes avec schizophrénie influencent leurs relations sociales (Browne, 2005, Angell & Test, 2002).

En termes de coûts, Goldberg soutient l'idée que les soins communautaires sont généralement moins chers que l'hôpital sans pour autant dire lequel est meilleur (Goldberg, 1991).

La fonction sociale (du logement) est estimée comme prédictive en matière de capacités fonctionnelles (fonctionnement global) aussi bien que le taux de réadmission dans les hôpitaux. La fonction sociale positive devrait diminuer le nombre d'hospitalisations et raccourcir la durée du séjour. Selon Browne, les personnes avec leur propre logement sont moins souvent réadmis dans les hôpitaux - même s'il n'y a pas de lien avec la durée du séjour - que celles résidant dans les logements communautaires et les IHP (Browne, 2004)

Il existe un nombre important d'hébergements proposés aux personnes souffrant de maladies mentales. Les logements « assistés ou supervisés » avec assistance de travailleurs sociaux peuvent avoir un bénéfice potentiel car ils proposent « un havre de paix » aux personnes qui ont besoin de stabilité et de soutien. Néanmoins, cette formule risque d'augmenter la dépendance aux professionnels et l'exclusion de la communauté (Chilvers et al, 2006).

La stabilité du logement est une valeur reconnue par tous les participants dans l'étude de Left et al. (1992). Pour créer et maintenir les liens sociaux, il est préférable de vivre dans un logement occupé de façon permanente (Left et al, 1992).

La littérature confirme les résultats de la recherche sur les préférences des personnes malades mentales à vivre dans leur propre maison ou appartement seuls ou avec époux/épouse ou un partenaire romantique et non avec d'autres ex-patients psychiatriques. Elles ont toutes exprimé le désir d'avoir un chez soi où il soit possible de se sentir appartenir à la communauté et de mener sa propre vie (Owen, 1996). Quand les consommateurs des soins psychiatriques vivent dans un logement normal (c'est-à-dire celui qui ne les identifie pas comme malades mentaux) et qui rencontre leurs besoins, ils sont plus acceptés dans la communauté, ils sont moins seuls et leur qualité de vie est améliorée (Hodgins et al, 1990 ; Wolf et al, 1996).

Une étude longitudinale menée en Allemagne sur une période de 2 ans évaluait l'effectivité des différents types de logement chez les personnes avec schizophrénie chronique dans la région de Dresden. Dans cette étude, 244 patients avec schizophrénie ont été divisés en 5 sous-groupes : MSP, habitations protégées, communauté thérapeutique, à la maison seul ou avec la famille. Kallert et al. (2007) soulignent les avantages des logements non psychiatriques (individuels ou en famille) en termes de qualité

de vie, maintien de l'intégration psychosociale et capacités sociales.

L'étude d'Owen menée à San Francisco a identifié le logement qu'on peut se permettre comme le plus grand besoin chez les personnes sans abri souffrant de maladies mentales. Le logement, la nourriture, les vêtements sont des besoins plus pressants que le traitement psychiatrique, le traitement de l'abus des substances ou les thérapies de soutien (Owen, 1996).

DISCUSSION

Nous faisons le constat qu'il n'existe pas, du moins pour l'instant, une offre de service de soutien dans la communauté, significativement structurée et satisfaisante en réponse aux besoins des usagers des soins psychiatriques. Les ressources disponibles pour les services résidentiels (hébergement et logement avec soutien) sont surtout de type intermédiaire ou de type familial pour des services d'hébergement avec supervision ou encadrement modéré. Très souvent, les personnes hébergées dans ce type de structures vivent une prise en charge ne s'inscrivant pas dans un processus de rétablissement de la personne.

La littérature nous indique le désir des patients invalidés par la maladie mentale qui préfèrent un logement individuel et non psychiatrique. Comparés avec la population, les consommateurs des services psychiatriques ont plus de chances de vivre dans des conditions inadéquates, de résider dans des quartiers à criminalité élevée et avec des coûts relatifs plus importants par rapport à leur revenu (Newman, 1994). Ces conclusions soulignent l'importance de l'accessibilité à un logement sûr, pas cher, destiné aux personnes souffrant de maladie mentale.

LES LIMITES DE L'ENQUÊTE

Notre enquête confirme les résultats sur le thème trouvé dans la littérature. Les outils de travail (questionnaires) posaient moins de difficultés que l'échantillon des patients. Malgré cela, nous pouvons considérer les résultats comme suffisamment fiables puisque nous retrouvons les mêmes constatations dans la littérature sur ce sujet.

Les patients qui ne sont actuellement pas ou plus suivis au SSM Entre Mots n'ont pas été questionnés sur leurs préférences.

Nous n'avons pas d'information qui relie le niveau du fonctionnement des patients (évalué via les échelles GAF, BPRS, etc...) à leur hébergement actuel, ni l'évolution dans le temps. Nous n'avons pas évalué l'aspect positif du logement individuel et des soins communautaires faits sur mesure ni comparé à un groupe contrôle.

Dans l'enquête réalisée, rares sont les patients qui ont pu bénéficier d'un logement sur une longue durée. Ils ont dû en changer régulièrement. On constate une errance dans le logement à tout prix : ils sont prêts à tout pour vivre seuls et acceptent dès lors des conditions qui ne leur conviennent pas : insalubrité,

trop cher, isolé, avec un bail précaire (sous-location ou courte durée), petite surface...

Le logement communautaire et semi- communautaire n'est pas du tout une demande de leur part. Beaucoup ont fait l'expérience de vivre en IHP (HP, kot, communauté thérapeutique) et leur expérience a été plutôt difficile. Ils témoignent de leur difficulté à vivre avec les autres, à partager des lieux communs. Ils tiennent à avoir un espace à eux où ils peuvent se sentir bien sans avoir l'obligation d'être confrontés aux autres. Ils sont malgré tout ouverts à la possibilité d'être en relation avec les autres mais à leur rythme et sans contraintes. Certains soulignent que le fait de se rencontrer est bénéfique et rompt l'isolement pour autant que cela puisse être un choix.

En termes de situation, un critère important est la proximité de la ville et l'accès à des transports en commun même si on constate que la majorité des patients se déplace à pied la plupart du temps. La location est synonyme de difficultés avec le propriétaire. Leur attente est de trouver une stabilité qui leur manque tant.

En ce qui concerne le statut social de ces personnes, il s'avère que seulement 15 % exerce une activité professionnelle à plein temps, le reste bénéficie d'allocations de provenances diverses suivant leur passé sur le marché du travail et la reconnaissance de la maladie. La plupart dispose d'un revenu inférieur à 1000 euros. L'immobilier classique n'est pas une réponse pour la majorité des patients étant donné le faible montant de leurs revenus. D'autres structures proposant un hébergement sont conditionnées par un espace de soins (hôpitaux psychiatriques, services de psychiatrie, MSP, communauté thérapeutique, IHP). Un certain nombre de patients qui séjournent dans ces structures y sont entrés en ayant une nécessité de soins évidente mais n'en sortent pas aisément, notamment faute de solution d'hébergement, alors qu'ils ne sont plus en situation de nécessité de soins relevant de structures hébergeantes. Ils n'ont pas accès à des soins ambulatoires et communautaires qui pourraient leur être d'une aide précieuse dans le cadre d'une réinsertion sociale.

Le logement social (subsidé) permet un habitat individuel et pas trop cher, non conditionné par les soins. Il n'est cependant que peu accessible, car il y a une longue liste d'attente et, de surcroît, il ne tient pas compte des besoins spécifiques des per-

sonnes avec une maladie mentale qui risquent une exclusion rapide.

Aujourd'hui, en Brabant Wallon, l'offre de logements accessibles sans les soins (logements sociaux) ainsi que celle qui cumule l'hébergement et les soins sont largement insuffisantes. Ceci nous amène à constater qu'il n'existe à ce jour aucune alternative entre les structures à accès protégé (hébergement + soins) et le logement privé classique. Il apparaît pourtant probable que les personnes souffrant d'une maladie mentale pourraient voir leur situation améliorée grâce à un habitat solidaire, et sans aucune visée thérapeutique dans un milieu bienveillant, vigilant quant à leur pathologie.

La structure devrait être mise à disposition pour une durée indéterminée, non conditionnée par un contrat de soins mais en facilitant l'accès. Elle devrait contenir de petites unités distinctes indépendantes dans lesquelles les habitants pourraient développer un espace de vie privatif tout en ayant une possibilité d'ouverture sur l'extérieur. Pour une meilleure intégration dans la communauté, elle devrait tenir compte de plusieurs aspects (Hogan et Carling, 1992) :

- 1/ Le logement devrait être choisi par ses usagers et non par les soignants comme c'est typiquement le cas.
- 2/ Le choix du quartier devrait être basé sur sa capacité à assimiler et à soutenir les personnes souffrant d'une maladie mentale. Les quartiers non-résidentiels et les zones semi-industrialisées ne sont pas idéaux. Préférence devrait être donnée aux endroits qui facilitent l'interaction avec le quartier (poste, bibliothèque, épicerie, parcs...). Les usagers des soins psychiatriques préfèrent également un milieu urbain ou semi-urbain et proche des transports en commun.
- 3/ Le logement devrait faciliter les opportunités d'avoir un contrôle de l'environnement (activités sociales de récréation, shopping, etc.).
- 4/ Le nombre de résidents présentant des difficultés psychiatriques en relation avec le nombre total d'habitants du quartier est un point critique.

Pour éviter un processus de stigmatisation, il devrait être en accord avec les normes de la communauté. Idéalement, il se situe entre la nécessité d'être suffisamment nombreux pour pouvoir se soutenir mutuellement et l'importance de ne pas constituer une menace pour le groupe social dominant.

CONCLUSION

Cet article propose une enquête illustrative sur la question du logement et les préférences chez les consommateurs des soins psychiatriques au SSM « Entre Mots » à Ottignies.

Les patients psychiatriques suivis au SSM ont une préférence pour un logement individuel décent et de qualité, au loyer modéré où il serait possible de rester sur une longue période. Un logement proche de la cité et en lien avec la réalité sociale. Leur souhait est un logement en dehors des structures de soins psychiatriques.

Cette idée correspond aux conclusions trouvées dans la littérature. En termes de préférence, de satisfaction, de qualité de vie, les personnes souhaitent vivre seules dans des logements non psychiatriques.

Il serait opportun de réfléchir à une alternative de logement qui va pallier l'insuffisance de l'offre dans la province du BW. Et cela dans un cadre de référence qui est d'abord un outil de mobilisation et d'action intersectorielle entre les partenaires des réseaux de l'habitation, de la santé et des services sociaux pour le mieux-être des citoyens et qui vont tenir compte des besoins spécifiques des utilisateurs des services psychiatriques en mettant l'accent sur le fait de considérer le logement comme une opportunité de croissance et d'intégration.

Nous devons donc questionner la nature et l'organisation de nos services quant à la façon la plus efficiente et la plus efficace possible de servir la population mais surtout de lui offrir les services les mieux adaptés. Il n'y a pas de formule unique, en matière de santé mentale, plusieurs solutions doivent être offertes.

Il est nécessaire d'orienter les pratiques en santé mentale vers la perspective de rétablissement par la création des alternatives à l'hospitalisation. C'est le processus de rétablissement qui encourage l'autodétermination de l'individu afin qu'il puisse se réapproprier son pouvoir. Cela demande un changement d'approche de la part des intervenants et des professionnels.

La nécessité de ce type de logement apparaît comme un droit citoyen pour activer le processus de réhabilitation, un logement comme un point d'ancrage citoyen à partir duquel les personnes peuvent poursuivre des soins et se créer des liens sociaux.

De ce fait, le logement représente l'un des éléments clés de toute politique visant à contrer l'exclusion sociale (Ulysse, 2004), le problème des citoyens à bas revenu et ce mouvement de désinstitutionalisation où l'hôpital n'est plus le centre de dispositif de soins.

RÉSUMÉ

Cet article propose les conclusions d'une enquête réalisée auprès de patients atteints de schizophrénie suivis au service de santé mentale à Ottignies. 16 patients ont été interrogés lors d'un interview semi-structuré sur leur hébergement actuel et sur leurs conceptions du logement idéal. Il en ressort qu'ils préfèrent un logement individuel, de longue durée, digne et financièrement accessible, afin de favoriser une réinsertion sociale. Les résultats, confirmés par la littérature, indiquent que pour ces personnes, l'option la plus désirable est de vivre dans un logement individuel. Entre le marché immobilier classique (aux loyers trop élevés) et le réseau soins + hébergement existe un espace à privilégier. Il s'agit d'un logement social adapté à la maladie mentale qui dépendrait plus du domaine social que sanitaire, stimulant une démarche proactive de résidents atteints de psychose.

SAMENVATTING

De beste huisvesting van mensen met schizofrenie.

Dit artikel geeft de resultaten van een onderzoek gedaan bij patiënten met schizofrenie in een centrum van geestelijke gezondheidszorg te Ottignies. 16 patiëntenzijnondervraagd via een semi-structureel interview over hun mening naar de ideale behuizing. Daaruit blijkt dat ze op langeretermijneenzelfstandig, comfortabel en financieel aanvaardbare woonstverhiezenterbevoording van de sociale re-integratie. De bevestigderesultatengevenaandepatiëntenlievenindividueelwonen. Tussen de klassieke vastgoedmarkt (hoge huurprijzen) en de zorgsectorbestaaternogeenteontwikkelenruimste. Het betreft de aangepastewoningenaandegesteszieke die meerafhankelijk is van de sociale gezondheidszorgen en die door een proactieve benadering de bewoners met een psychose kan stimuleren.

Key words: schizofrenia, housing

Auteur correspondant :

Dr Katarina ROOS

Clinique Saint-Pierre,
Avenue Reine Fabiola 9, 1340 Ottignies

Email : rooskatarina@gmail.com

RÉFÉRENCES

- Alexander, L.A., Link, B.G.** 2003. The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, vol.12, no 3, juin, p. 271-289.
- Amadiou, J.F.** 2005. *Le poids des apparences. Beauté, amour et gloire*, Paris, Odile Jacob.
- Anderson, R.L., Lyon, J.S., West, C.** The prediction of mental health service use in residential care. *Community Ment. Health J.* 2001, 37: 313-322.
- Angell, B., Test, M.** The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2002; 28(2): 259-271.
- Browne, G., Courtney, M.** Measuring the impact of housing on people with schizophrenia. *Nurs. Health Sci.* 2004 Mar ; 6 (1) : 37-44.
- Browne, G. Courtney, M.** Housing social support and people with schizophrenia: a grounded theory study. *Issues Ment. Health Nurs.* 2005 Apr ;26 (3) : 311-26
- Browne, G., Hemsley, M., St. John, W.** Consumers perspectives on recovery: a focus on housing following discharge from hospital. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2008 Dec; 17(6): 402-9.
- Catz, M.** L'accès à un logement personnel: quel impact thérapeutique pour les patients psychotiques ? *Information Psychiatrique.* 2002 Avril ; 78(4) : 386-396.
- Champney, T.F., Dzurec, L.C.** Involvement in productive activities and satisfaction with living situation among severely mentally disabled adults. *Hospital and Community Psychiatry.* 1992; 43(9): 899-903.
- Chilvers, R., Macdonald, G.M., Hayes, A.A.** Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002 ; (4) : CD000453.
- Croizet, J.-Cl., Leyens, J.-Ph.** Mauvaises réputations , réalités et enjeux de la stigmatisation sociale. 2003.Ed Armand Collin.
- Dorvil, H.** Profilage diagnostique et traitement des troubles mentaux. *Les attitudes de la société.* 2007.
- Drake, R.E., Wallach, M.A., Teague, G.B., Freeman, D.H., Paskus, T.S., Clark, T.A.** housing instability and homelessness among rural schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry.* 1991; 148(3): 330-336
- Gasser, Y.** Exclusion et réhabilitation psychosociale. In : Vidon, G. *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie.* Paris : Ed. Frison-Roche 1995 : 217-240.
- Giordana, J.-Y.** La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale.2010. Ed. Masson
- Goldberg, D.** Cost-effectiveness studies in the treatment of schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*; 1991; 17(3): 453-459.
- Gonzalez-Torres, M.A., Oraa, R., Aristei, M., Fernandez-Rivas, A., Guimón, J.** Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members: A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology.* 2007 Jan; 42(1): 14-23.
- Hocking, B.** Reducing Mental illness stigma and discrimination- everybody's business. *Med J Aust.* 2003 May 5; 178 Suppl: S47-8.
- Hodgins, S., Cyr, M., Gaston, L.** Impact of supervised apartments on the functioning of mentally disturbed adults. *Community Ment. Health J.* 1990; 26: 507-516.
- Hogan, M.F., Carling, P.J.** Normal housing : a key element of a supported housing approach for people with psychiatric disabilities. *Community Ment. Health J.* 1992 Jun; 28 (3): 215-26.
- Kallert, T.W., Leisse, M., Winiacki, P.** Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. *Journal of Public Health.* 2007 Jan; 15(1): 29-44.
- Kapsambelis, V., Bonnet, C.** Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques. *Encyc. Méd. Chir., Psychiatrie;* 2002; 11p
- Karidi, M.V., Stefanis, C.N., Tzedaki, M., Rabavilas, A.D.** Perceived social stigma, self-concept and self-stigmatization of patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry.* 2010; 51(1): 19-30.
- Left, H.S., Chow, C.M., Pepin, R., Conley, J., Allen, I.E., Seaman, C.A.** Does one size fit all? What we can and can't learn from meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatric Services.* 2009 April; 60(4): 473-482.
- Lehman, A., Postrado, L.** Quality of life and clinical predictors of rehospitalisation of person with severe mental illness. *Psychiatric Services.* 1995; 46: 1131-1165.
- Linn, M.W., Klett, C.J., Caffey, E.M.** Foster home characteristics and psychiatric patient outcome. *Archives of General Psychiatry.* 1990; 37: 129-132.
- Lysaker, P.H., Tsai, J., Yanos, P.** Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 2008 Jan; 98(1-3): 194-200.
- Lysaker, P.H., Vohs, J.L., Tsai, J.** Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research.* 2009May; 110(1-3): 165-172. *Monitor Belge, 07/11/2008 Arrêté royal portant coordination de la loi relative aux hôpitaux et d'autres établissements de soins.*
- Moxam, L.J, Peggs, S.A.** Permanent and stable housing for individuals with a mental illness in the community: A paradigm shift in attitude for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing;* 2000, 9 (2): 82-88.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., Resnick, S.G.** Model of community care of severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr. Bull.* 1998; 24: 37-74
- Newman, S.J.** The housing and neighborhood conditions of people with severe mental illness. *Hospital and Community Psychiatry,* 1994 ;45 :338-343.
- Owen, C., Rotherford, V., Jones, M. Wright, C. Tennant, C., Smallman, A.** Housing accommodation preferences of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr.Serv.* 1996 Jun; 47(6): 628-32.
- Pelicier, Y.** Ethique médicale et réhabilitation psychosociale. *Act. Psychiatr.* (1991) ; 2 : 8-11
- Pelletier, J.-F., Piat, M., Côté, S., Dorvil, H.** Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale. Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques ? *Presse de l'Université de Québec.* 2009
- Tulloch, A.D., Fearon, P., David, A.S.** Social outcomes in schizophrenia: from description to action. *Curr. Opin Psychiatry.* 2006 Mar; 19(2): 140-4.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., Corrigan, P.W.** Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research.* 2007Feb; 150(1): 71-80.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., Leff, J.** Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British J Psychiatry.* 1996; 172; 11-18.

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Les *Acta Psychiatrica Belgica* publient en français ou en anglais les annales de la *Société Royale de Médecine Mentale de Belgique* ainsi que des travaux originaux sélectionnés et des revues générales. En soumettant un article pour publication, les auteurs garantissent qu'il n'a pas été soumis pour publication à une autre revue et n'a pas été publié auparavant.

Les manuscrits soumis pour publication seront adressés au

Prof William Pitchot,

Rédacteur en Chef,

Psychiatrie et Psychologie
médicale, 4020 Liège

uniquement par e-mail à :

wpitchot@chu.ulg.ac.be

Chaque article sera soumis à au moins deux rapporteurs. La réponse du Comité de lecture parviendra aux auteurs dans un délai de trois mois après réception du manuscrit.

Lors de la soumission, les auteurs fourniront une adresse électronique et une version informatisée de leur article en fichier WORD. Les figures doivent être classées à part, en format JPEG.

Après acceptation, les articles seront renvoyés par courriel aux auteurs en format "pdf" pour dernière lecture et accord.

Ces épreuves devront être renvoyées corrigées par l'auteur dans les plus brefs délais au mail suivant :

Gillin.correction@gmail.com

Sauf exception, seules seront admises des corrections mineures.

Les textes doivent être dactylographiés, sans mise en page personnalisée, en double interligne avec des marges de 3 cm et seulement au recto des feuilles qui seront numérotées.

1^{ère} page : Nom et prénom en toutes lettres, fonction, adresse précise des auteurs et de l'hôpital ou du laboratoire dans lequel le travail a été effectué.

2^{ème} page : Titre de l'article (français et anglais), un résumé en anglais, ainsi que quelques mots-clés repris dans l'Index Medicus.

Pour les pages suivantes : l'article, suivi d'un résumé en français et en néerlandais, et enfin, la bibliographie

Dans un **dossier séparé de l'article en word**, les figures (graphiques, photos) seront fournies **uniquement en format JPEG**.

Les tableaux et figures comporteront une légende courte et compréhensible sans référence au texte et seront désignés dans le texte par leur numéro en chiffres romains pour les premiers, en chiffres arabes pour les secondes.

Les résumés ne doivent pas dépasser dix lignes chacun et rappelleront les méthodes utilisées, les résultats et les principales conclusions.

Les abréviations seront explicitées lors de leur première citation dans le texte à l'exception des abréviations d'usage international. Tous les médicaments mentionnés doivent être cités selon leur dénomination commune internationale.

Les références bibliographiques seront appelées dans le texte par le nom de(s) auteur(s) et la date. Dans le cas où la référence comporte plus de deux auteurs, ne sera indiqué que le nom du premier suivi de «*et al.*». Les références complètes seront regroupées en fin d'article par ordre alphabétique et pour un même auteur par ordre chronologique, les lettres a,b,c permettant de différencier dans le texte les articles parus la même année (1988a, 1988b,...).

Les références des articles et les citations de livres comporteront dans l'ordre : noms et initiales des prénoms des auteurs.

Pour les articles : titre intégral de l'article dans sa langue d'origine, nom du périodique abrégé selon la nomenclature de l'Index Medicus, volume, indication des pages et (année de parution).

Pour les livres : titre de l'ouvrage (souligné), nom de la maison d'édition, année de parution et indication des pages.

Pour les citations de chapitre : noms des auteurs et titre de l'article suivis de "in"; viennent ensuite les noms des Editeurs scientifiques - suivis de "(ed)" ou "(eds)", le titre du livre, la maison d'édition, la ville d'édition, l'année d'édition, et les pages du chapitre.

Pour les références Internet : titre général du site, adresse web complète de la page visitée, date de la consultation du site.

La reproduction des documents déjà publiés devra être accompagnée de la permission des auteurs et des éditeurs qui en ont le copyright.

