

NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

www.nervure-psy.com

ISSN 0988-4068
n° 3 - Tome XVIII - Avril 2005
Tirage : 10 500 exemplaires

Directeur de la Publication et de la
Rédaction : G. Massé
Rédacteur en chef : F. Caroli

Rédaction : Hôpital Sainte-Anne,
1 rue Cabanis - 75014 Paris
Tél. 01 45 65 83 09 - Fax 01 45 65 87 40

Abonnements :
54 bd La Tour Maubourg - 75007 Paris
Tél. 01 45 50 23 08 - Fax 01 45 55 60 80
Prix au numéro : 9,15 €
E-mail : info@nervure-psy.com

■ EDITORIAL

G. Massé

Il faut bien quantifier les ressources humaines

Les études de la DREES indiquent une érosion de 8% des ressources des secteurs depuis onze ans, en psychiatrie générale pour le personnel paramédical, inégalement répartie selon les zones et les métiers. Certains ont fortement diminué, comme les infirmiers, tandis que d'autres ont augmenté, comme les psychologues et les ASH. Il faut, également, prendre en compte, dans l'estimation, la diminution du temps de travail par ETP, de 10%, compensée en partie seulement. Ceci est à rapprocher de l'augmentation des files actives de 69% en onze ans. Si l'on adopte ce point de vue et qu'on considère un indice 100 pour 100 malades, en 1989, il est devenu, en 2000, 85 environ pour 160 malades, indice dépassé depuis lors. On est passé, en onze ans, d'un ratio de 1 à 0,6 environ. Autrement dit, le temps disponible en professionnel, par patient, a diminué de 45%. Le temps médical est resté stable pendant cette période, mais a beaucoup diminué, en réalité, du fait de l'effet 35 heures, de la récupération des gardes, des postes vacants mais aussi de la diminution du taux de spécialistes parmi les praticiens. Là aussi, on devrait s'approcher d'une perte de 50%. Enfin, la situation apparaît particulière en psychiatrie infantile-juvénile. Si les personnels médicaux et paramédicaux y sont restés stables et inégalement répartis, on constate la même érosion pour des raisons statutaires (personnel paramédical) et multiples (personnel médical : 10% de vacances de postes et taux croissant de non spécialistes). Un indice 100 en 1991, pour 100 patients, donne un indice 90 pour 200 patients en 2000 (probablement moins sur le plan médical). Circonstance particulièrement aggravante : le processus de désertification médicale se déroule, inexorablement, dans le secteur médico-social. Il existe, certainement, des marges d'erreur dans ces estimations, en particulier parce que

(suite page 2 ➡)

Aspects organiques du syndrome confusionnel

Historique (2, 3, 16, 19, 20)

Delasiauve est le premier à donner le nom de « *confusion mentale* » à ce syndrome dont il propose une description complète en 1851. En 1820, Georget l'avait déjà décrit sous le nom de « *stupidité* ». C'est en 1895 que Chaslin l'érige en véritable entité clinique, sous le terme de « *confusion mentale primitive* » - qu'il présente comme une psychose aiguë typique quelle qu'en soit l'étiologie, mais ce n'est qu'après 1920 qu'il en fixera, définitivement, la signification actuelle. Entre-temps, ses contemporains, Régis (et notamment Hesnard de l'Ecole de Bordeaux), avaient précisé la description de l'onirisme, entité intimement liée à la confusion mentale, tout en soulignant l'importance des étiologies toxi-infectieuses. C'est dans ce même esprit que Chaslin avait dès 1915, abandonné le qualificatif de « *primitive* », affirmant en même temps la nature purement syndromique et l'étiologie organique du trouble. Pinel avait, initialement, insisté sur le rôle des chocs affectifs, mais Régis et l'Ecole bordelaise avaient mis celui-ci à distance en donnant à la confusion mentale

■ FMC J. Reynes, M.J. Guedj, R. Asvazadourian

une signification étroitement toxi-infectieuse. En 1928, Porot rappelle « *qu'il y a d'autres conditions que l'imprégnation toxi-infectieuse susceptibles de troubler le comportement physico-chimique de la cellule nerveuse* », et que la confusion peut aussi relever de causes psychiatriques.

Il faut rappeler que la reconnaissance de troubles mentaux survenant dans le cadre d'affections somatiques remonte à Hippocrate sous le vocable de « *phrenitis* », et qu'au premier siècle, Celsus utilise le terme de « *delirium* » pour nommer un trouble mental apparaissant dans un contexte fébrile. Jusqu'au XIX^e siècle, c'est essentiellement cette notion de fièvre qui distinguera les manifestations psychiques d'affections cérébro-organiques de la folie proprement dite.

Dans la continuité des travaux initiés par les organiciens du début du siècle, le terme de « *syndrome confusionnel* » doit ainsi être préféré à celui de confusion mentale, rappelant que celle-ci n'est pas une maladie mais un état d'allure psychiatrique relevant a priori (mais pas exclusivement) d'une affection somatique sous-jacente. « *Delirium* » est son équivalent

(suite page 3 ➡)

Législation concernant les soins en psychiatrie aux patients mineurs

■ MÉDICO-LÉGAL A. Laurent, L. Barret

Il s'impose aux psychiatres prenant en charge des patients mineurs de bien connaître la législation les concernant. Si la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (droit d'information, consentement aux soins, modalités de consultation du dossier médical) est dans l'esprit de tous, certainement n'est-il pas inutile d'insister sur les particularités concernant les patients mineurs. Par ailleurs, des textes plus anciens précisant des notions de base telle que la définition juridique de la qualité de mineur ou l'autorité parentale sont à rappeler. Enfin, nous préciserons quelques éléments

relatifs à l'hospitalisation des mineurs. Pour bien cerner les droits et devoirs des médecins (ou plus globalement des soignants) ainsi que ceux des patients, la consultation d'un certain nombre d'ouvrages est nécessaire. Ainsi, nous référerons-nous dans cet écrit au code de la santé publique et au code civil. Le psychiatre clinicien a rarement l'occasion d'avoir accès aux articles des différents codes, aussi nous semble-t-il pertinent de les rapporter dans cet article.

(suite page 7 ➡)

■ AU SOMMAIRE

FMC	Aspects organiques du syndrome confusionnel	p.1
MÉDICO-LÉGAL	Législation concernant les soins en psychiatrie aux patients mineurs	p.7
HOMMAGE À	Madeleine Monceau	p.7
MÉDECINE DU TRAVAIL	Souffrance et harcèlement au travail	p.8
HISTOIRE	La radiothérapie stéréotaxique à Sainte-Anne	p.10
CLINIQUE	Le syndrome de Ganser : un paradigme de la formation du discours psychopathologique	p.12
ORGANISATION DES SOINS	La laïcité à l'hôpital	p.15
LITTÉRATURE	Harry Potter, entre quête et destinée	p.16
ÉTHIQUE	Le psychiatre et le pouvoir	p.19
ANNONCES PROFESSIONNELLES		p.20
ANNONCES EN BREF		p.22

La radiothérapie stéréotaxique à Sainte-Anne

■ HISTOIRE O. Missir

Avant les années 1950, le traitement par la neurochirurgie classique des lésions cérébrales profondes ou trop proches des structures sensibles était grevé d'importants échecs ou d'issues fatales. C'est à cette époque que fut conçue et réalisée une autre chirurgie du cerveau, plus précise et moins dangereuse, basée sur des coordonnées géométriques dans les trois plans de l'espace.

Les premiers travaux expérimentaux de repérage stéréotaxique avaient été réalisés sur le singe par Horsley et Clarke dès le début du XX^e siècle (1908). Après avoir repéré géométriquement le cervelet par rapport à la boîte crânienne ils avaient adapté un appareillage permettant d'atteindre et de détruire les noyaux cérébelleux à l'aide d'électrodes.

Chez l'homme, le premier cadre stéréotaxique fut conçu par A.T. Mussen, à Montréal, en 1918, mais ne fut pas utilisé par la suite car il n'existait pas de système de référence permettant, quelles que soient la

forme et la dimension des cerveaux, de repérer les structures profondes : il fallait un matériel très fiable permettant une localisation précise des structures cérébrales, associé à une imagerie radiologique sans défaut pour accéder à la « *cible* » sans léser les tissus avoisinants.

Les premiers travaux

Jean Talairach s'est attelé à la tâche dès l'année 1945 à l'Hôpital Paul Brousse où il fit sa première intervention en 1948. Mais c'est à l'hôpital Sainte-Anne, sous l'égide du Professeur Marcel David, qu'il put mener à bien son œuvre. Pour cela, il devait pouvoir disposer de cerveaux sains, les formoler, les fixer sur des socles rigides, leur implanter différents repères et les radiographier.

(suite page 10 ➡)



NERVURE
JOURNAL
DE PSYCHIATRIE

Vous pouvez consulter l'intégralité
de nos éditions, vous abonner
ou consulter nos archives sur notre site

www.nervure-psy.com