

World Psychiatry

OFFICIAL JOURNAL OF THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)

Volume 9, Numéro 1



février 2010

Traduction intégrale en français du sommaire, des abstracts et de certains articles choisis

Comité de rédaction de la version française de World Psychiatry 3

TEXTES D'ACTUALITÉ DE LA PSYCHIATRIE FRANCOPHONE

Présentation du congrès de Marrakech 4

Présentation du congrès de Paris 4

Préface de la nouvelle édition du Traité de Psychiatrie d'H. Ey, P. Bernard et C. Brisset 5

N. Sartorius : « Mon combat pour la santé mentale » 7

ÉDITORIAL

Les psychiatres sont-ils une espèce en voie de disparition ? 7
M. MAJ.

ARTICLES ORIGINAUX

Les coûts à long terme du stress post-traumatique : conséquences physiques et psychiques intriquées. 7
A.C. MCFARLANE

Traitement fondé sur la mentalisation dans les troubles de la personnalité limite

A. BATEMAN, P. FONAGY

Traduction Intégrale en français

La détection et le traitement de la dépression chez les patients atteints d'affections somatiques. 13
D. GOLDBERG

FORUM- LES PSYCHIATRES SONT-ILS UNE ESPÈCE EN VOIE DE DISPARITION ?

Observations sur les défis internes et externes de la profession.

H. KATSCHNIG

Traduction Intégrale en français

Commentaires des discutants

La psychiatrie en crise ? Retour aux références fondamentales.

A. JABLENSKY

Des patients doivent pouvoir tirer le bénéfice maximal des compétences médicales et de la formation diversifiée du psychiatre.

N. CRADDOCK, B. CRADDOCK

L'âge d'or de la psychiatrie appartient à l'avenir.
R. MUÑOZ

Construire une passerelle sur la traditionnelle division de la médecine : un rôle pour le psychiatre ?

S. HOLLINS

La psychiatrie est vivante et se porte bien.

S.S. SHARFSTEIN

La psychiatrie : une profession spéciale ou une spécialité médicale ?

F. LOLAS

La médecine, l'affect et les services de santé mentale.

G. IKKOS, N. BOURAS, D. MCQUEEN, P. ST. JOHN-SMITH

La psychiatrie, spécialité médicale : défi et enjeux.

W. GAEBEL, J. ZIELASEK, H.R. CLEVELAND

Les psychiatres auront le dessus.

F. LIEH-MAK

La psychiatrie et le psychiatre ont un grand avenir devant eux.

D. NDETEI

RAPPORTS DE RECHERCHE

L'hypomanie : une perspective transculturelle

J. ANGST, T.D. MEYER, R. ADOLFSSON, P. SKEPPAR, M. CARTA ET AL 23

La prévalence et le profil de la psychose non affective dans l'enquête de santé mentale et de bien être au Nigéria

O. GUREJE, O. OLOWOSEGUN, K. ADEBAYO, D.J. STEIN 24

RAPPORT D'UNE SECTION DE LA WPA

Les troubles de la personnalité : une nouvelle perspective globale

P. TYRER, R. MULDER, M. CRAWFORD, G. NEWTON-HOWES, E. SIMONSEN ET AL 24

Traduction Intégrale en français

LETTRÉ AU RÉDACTEUR EN CHEF

30

NOUVELLES DE LA WPA

Le plan d'action 2010 du conseil des psychiatres en début de carrière de la WPA

A. FIORILLO, Z. LATTOVA, P. BRAHMBHATT, H. EL KHOLY, F. PICON

Le congrès régional d'Abuja au Nigéria le 22/24 octobre 2009

O. GUREJE

Les bourses de recherche de la WPA

30

THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)

The WPA is an association of national psychiatric societies aimed to increase knowledge and skills necessary for work in the field of mental health and the care for the mentally ill. Its member societies are presently 134, spanning 112 different countries and representing more than 200,000 psychiatrists.

The WPA organizes the World Congress of Psychiatry every three years. It also organizes international and regional congresses and meetings, and thematic conferences. It has 65 scientific sections, aimed to disseminate information and promote collaborative work in specific domains of psychiatry. It has produced several educational programmes and series of books. It has developed ethical guidelines for psychiatric practice, including the Madrid Declaration (1996). Further information on the WPA can be found on the web-site www.wpanet.org.

WPA EXECUTIVE COMMITTEE

President – M. Maj (Italy)
President-Elect – P. Ruiz (USA)
Secretary General – L. Küey (Turkey)
Secretary for Finances – T. Akiyama (Japan)
Secretary for Meetings – T. Okasha (Egypt)
Secretary for Education – A. Tasman (USA)
Secretary for Publications – H. Herrman (Australia)
Secretary for Sections – M. Jorge (Brazil)

WPA SECRETARIAT

Psychiatric Hospital, 2 Ch. du Petit-Bel-Air, 1225
Chêne-Bourg, Geneva, Switzerland. Phone:
+41223055736; Fax: +41223055735;
E-mail: wpasecretariat@wpanet.org.

WORLD PSYCHIATRY

World Psychiatry is the official journal of the World Psychiatric Association. It is published in three issues per year and is sent free of charge to psychiatrists **whose names and addresses are provided by WPA member societies and sections.**

Research Reports containing unpublished data are welcome for submission to the journal. They should be subdivided into four sections (Introduction, Methods, Results, Discussion). References should be numbered consecutively in the text and listed at the end according to the following style:

1. Bathe KJ, Wilson EL. Solution methods for eigenvalue problems in structural mechanics. *Int J Num Math Engng* 1973;6 :213-26.
2. McRae TW. The impact of computers on accounting. London: Wiley, 1964.
3. Fraeijs de Veubeke B. Displacement and equilibrium models in the finite element method. In: Zienkiewicz OC, Hollister GS (eds). *Stress analysis*. London: Wiley, 1965:145-97. All submissions should be sent to the office of the Editor.

Editor– M. Maj (Italy).

Associate Editor– H. Herrman (Australia).

Editorial Board– P. Ruiz (USA), L. Küey (Turkey), T. Akiyama (Japan), T. Okasha (Egypt), A. Tasman (USA), M. Jorge (Brazil).

Advisory Board– H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), S. Bloch (Australia), G. Christodoulou (Greece), J. Cox (UK), H. Freeman (UK), M. Kastrup (Denmark), H. Katschnig (Austria), D. Lipsitt (USA), F. Lolas (Chile), J.J. López-Ibor (Spain), J.E. Mezzich (USA), R. Montenegro (Argentina), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), N.

Sartorius (Switzerland), B. Singh (Australia), P. Smolik (Czech Republic), R. Srinivasa Murthy (India), J. Talbott (USA), M. Tansella (Italy), S. Tyano (Israel), J. Zohar (Israel).

Office of the Editor – Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Largo Madonna delle Grazie, 80138 Naples, Italy. Phone: +390815666502; Fax: +390815666523; E-mail: majmario@tin.it.

Managing Director & Legal Responsibility - Wubbo Tempel (Italy).

Published by Elsevier S.r.l., Via P. Paleocapa 7, 20121 Milan, Italy.

World Psychiatry is indexed in PubMed, Current Contents/Clinical Medicine, Current Contents/Social and Behavioral Sciences, Science Citation Index, and EMBASE.

All back issues of World Psychiatry can be downloaded free of charge from the PubMed system (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=297&action=archive>).

LE COMITE DE REDACTION DE LA VERSION FRANÇAISE DE *WORLD PSYCHIATRY* EST COMPOSE COMME SUIT :

Président : Pr Mario Maj

Vice-présidente : Pr Helen Herrman

Rédacteur en chef : Dr Yves Thoret

Rédacteur en chef adjoint : Dr Rachid Bennegadi

Représentants de zone :

- Zone 1, Pr Raymond Tempier,
- Zone 6, Pr Linda Gask,
- Zone 11, Pr Driss Moussaoui.

Présidents ou délégués des Sociétés Françaises et Francophones membres et affiliées de la WPA :

* Association Française de Psychiatrie
Dr Michel Botbol, www.psychiatrie-francaise.com

* Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé, www.afpep-snpp.org
Dr Chantal Jacquié-Ledun

* Alfapsy
Dr Antoine Besse, www.alfapsy.org

* L'Evolution psychiatrique
Dr Yves Thoret,
www.evolutionpsychiatrique.asso.fr

* Société de l'Information Psychiatrique
Dr Thierry Trémène, www.info-psy.com

* Société Médico-Psychologique,
Pr Jean-François Allilaire, www.smp.asso.fr

Président de la Fédération Française de Psychiatrie :

Pr Gérard Schmit, schmitg@chu-reims.fr

Représentants de Centres de Recherches :

* Centre Française Minkowska
Dr Rachid Bennegadi, Mme Stéphanie Larchanché, www.minkowska.com

* Centre de Recherches d'Epidémiologie
Dr Viviane Kovess

* McGill University / Jewish General Hospital
Pr Danielle Groleau, www.mcgill.ca/tcpsych

* McGill University
Pr Laurence Kirmayer, www.mcgill.ca/tcpsych

* Centre de Recherches sur la Périnatalité
Dr Gisèle Apter

* Unité INSERM U 669, www.u669.idf.inserm.fr
Pr Bruno Falissard, Dr Jean Michel Turin

* Pr Julien-Daniel Guelfi, professeur émérite de l'Université Paris-Descartes, praticien attaché, CMME (Service du Pr Rouillon)

Représentants du réseau de bibliothécaires et documentalistes « Ascodoc-psy »

- Dr Christian Muller
- Mme Aurore Cartier
- Mme Nathalie Berriau

Représentants des pays francophones

Suisse : Pr François Ferrero, Dr Guido Bondolfi, Dr Philippe Huguélet

Traductrice : Mme Sasha Mann

PAO : Mme Ursula Acklin-Kalil

Les fonctions de ce comité sont :

- La sélection d'articles choisis dans chaque numéro de *World Psychiatry* pour une traduction intégrale en français.
- La traduction du sommaire et de tous les abstracts du numéro
- La publication d'un éditorial ou d'informations concernant des publications et des congrès de la psychiatrie francophone
- La diffusion la plus large possible du contenu de la *World Psychiatry*.



**XXème Congrès Mondial de l'Association Mondiale de la Psychiatrie Sociale (WASP)
23 - 28 octobre 2010, Marrakech, Maroc**

Lieu du congrès : Le 20^{ème} Congrès de la W.A.S.P. aura lieu au Palais des Congrès de Marrakech, Boulevard Mohammed VI ; 40000 Marrakech Maroc

Langues du congrès : Les langues officielles du Congrès sont le français et l'anglais

Organisateur officiel du congrès : W.A.S.P. : Atlas Voyages, Phone +212.522.460.100

Email: wasp2010@atlasvoyages.co.ma

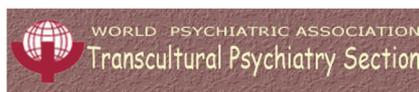
Site officiel du congrès : www.wasp2010.com

1er CONGRÈS INTERNATIONAL FRANCOPHONE DE PSYCHIATRIE TRANSCULTURELLE



« Enjeux Migratoires et Santé Mentale »

18 - 20 avril 2011, Paris, France



1^{er} Congrès International Francophone de Psychiatrie Transculturelle, 18 – 20 avril 2011, Paris, France

Lieu du congrès : La conférence aura lieu à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, 20 rue Leblanc, 75015, Paris, France

Langues du congrès : Les langues officielles du congrès sont le français et l'anglais avec traduction simultanée assurée

Organisateur officiel du congrès : Centre Minkowska et la Section de Psychiatrie Transculturelle de l'Association Mondiale de Psychiatrie (W.P.A.-T.P.S.)

Site officiel du congrès : www.wpa-tpsparis2011.com

PRÉFACE PAR JEAN GARRABE

C'est une heureuse initiative que celle de republier la dernière édition épuisée du *Manuel de psychiatrie* d'Henri Ey (1900-1977), Paul Bernard (1908-1995) et Charles Brisset (1914-1989) devenu un demi-siècle après la parution en 1960 de sa 1^{re} édition un classique de la littérature psychiatrique.

Des générations de médecins ont en France et dans le monde entier, car le *Manuel* a été traduit dans plusieurs langues, « appris la psychiatrie » en le lisant. Cette lecture complétait pour ceux qui pouvaient le suivre l'enseignement oral donné par Ey lors des leçons cliniques imparties à Sainte-Anne, ou des colloques qu'il organisait à l'hôpital de Bonneval. Le *Manuel* de 1960 signale la parution du compte-rendu de celui de 1943 sur *Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie* avec J. de Ajuriaguerra et H. Hécaen, qui n'avait pu être publié sous l'occupation. En cette même année 1960 s'est tenu le VI^e colloque de Bonneval, *L'inconscient*, dont le compte-rendu sera publié en 1966 chez Desclée de Brouwer, déjà éditeur de celui du III^e colloque *Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses* de 1946 et des trois tomes des *Études psychiatriques*.

En situant ce *Manuel* dans la trajectoire intellectuelle personnelle d'Henri Ey nous voyons qu'il est le reflet fidèle de l'évolution des idées sur les sciences de l'esprit qui a marqué la psychiatrie française après la Grande Guerre.

Henri Ey est né le 10 août 1900 dans une famille de vigneron de Banyuls-lès-Aspres où son grand-père paternel était médecin. Après des études secondaires au collège dominicain de Sorèze, il entreprend celles de médecine à Toulouse. Reçu en 1925 à l'internat des asiles d'aliénés de la Seine, il « monte à Paris » et se lie d'amitié avec des internes un peu plus jeunes que lui,

Jacques Lacan, Paul Bernard mais aussi ceux nommés « à titre étranger », H. F. Ellenberger ou J. de Ajuriaguerra, avec lesquels il restera en contact la vie durant. Son internat est suivi d'un clinicat à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale de Sainte-Anne alors qu'H. Claude était titulaire de la chaire.

Nommé médecin-chef des asiles d'aliénés, Ey prend le poste correspondant à celui de Bonneval installé dans les bâtiments de l'ancienne abbaye de Saint-Florentin, où se déroulera toute sa carrière hospitalière, l'actuel centre hospitalier Henri EY. Il signe sa première publication importante *Hallucinations et délire. Les formes hallucinatoires de l'automatisme mental* (1934), du double titre : médecin des asiles, chef de clinique des maladies mentales à la faculté de Paris. Ey reviendra régulièrement, sauf lorsqu'il

en sera empêché par la guerre, travailler à Sainte-Anne à la bibliothèque qui porte maintenant son nom et à l'amphithéâtre Magnan pour l'enseignement clinique.

La psychiatrie de langue française vivait dans l'entre-deux guerres un important renouveau du fait de l'introduction dans son champ d'idées d'origines extrêmement diverses, comme celles d'Hughling Jackson en neurologie, de C. von Monakov et de R. Mourgue en neurobiologie, des élèves rivaux de Charcot, Freud et Janet sur la psychanalyse ou l'analyse psychologique ; mais également celles venues de champs autres que la médecine, celui ouvert par le mouvement surréaliste ou celui de la philosophie avec l'oeuvre d'Henri Bergson qui a particulièrement marqué Eugène Minkowski. Nombre de ces débats se sont faits au sein du groupe de l'Évolution psychiatrique et dans sa revue, activités dans lesquelles Ey jouera après la Seconde Guerre Mondiale un rôle particulièrement actif ainsi que P. Bernard et Ch. Brisset. C'est aussi alors que s'achève ces années la construction de la psychopathologie descriptive avec les travaux de J. Capgras et de G. de Clérambault. Tous ces noms sont cités dans les chapitres du *Manuel* où sont analysés les travaux de ces auteurs ; bien d'autres sont cités dès 1960 pour des travaux plus récents et les éditions suivantes du *Manuel* s'enrichissent de listes alphabétiques des auteurs et d'une riche bibliographie qui en ont fait un outil de travail précieux encore de nos jours.

En 1938, Ey publie avec J. Rouart une brochure *Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la psychiatrie*, ébauche de sa propre conception organo-dynamique de la pathologie mentale ; le *Manuel* de 1960 fait référence à cette brochure (p. 62).

Mais ce bouillonnement d'idées ne s'était pas accompagné d'une modification radicale des pratiques de soins bien que les asiles d'aliénés soient désormais dénommés hôpitaux psychiatriques. La Seconde Guerre Mondiale va non seulement interrompre brutalement le début de réforme envisagée mais entraîner la catastrophe de la mort pendant l'occupation par famine de plusieurs dizaines de milliers de malades mentaux internés. Ey dénonça très tôt la situation dramatique où se trouvait Bonneval au Préfet d'Eure et Loir qui n'était autre que Jean Moulin.

Des nouveautés d'avant guerre comme la psychanalyse ou la médecine psychosomatique qui avaient connu depuis un grand développement surtout aux États-Unis étaient encore peu entrées dans la pratique médicale dans la France d'après-guerre. Aussi Ey écrit en 1960 : « J'ai choisi comme collaborateurs de cet

ouvrage un psychiatre rompu à la pratique des hôpitaux psychiatrique, le Dr Paul Bernard, médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine, et un psychanalyste, le Dr Charles Brisset, formé dans les hôpitaux de Paris, directeur d'une Maison de santé. J'ai ainsi voulu équilibrer ce Manuel non seulement dans ses tendances théoriques, mais surtout dans ses aspects pratiques et thérapeutiques », les coauteurs étant justement des spécialistes de ces domaines mal connus.

La psychiatrie venait d'entrer en 1952-55 avec la découverte des neuroleptiques dans l'ère des thérapeutiques biologiques, nouvelles méthodes encore totalement méconnues lors du premier Congrès mondial de psychiatrie organisé en 1950 à Paris par H.Ey et présidé par Jean Delay alors que les traitements de choc ou la psychochirurgie y ont encore fait l'objet de rapports par leurs promoteurs. Dès la 1ère édition le *Manuel* consacre un chapitre aux « neuroplégiques, neuroleptiques ou ganglioplégiques » en référence au Symposium de Sainte-Anne sur la chlorpromazine de 1955.

Pour l'édition qu'il a dirigée en 1955 du *Traité de psychiatrie clinique et thérapeutique* de l'*Encyclopédie Médico-chirurgicale*, H. Ey s'était entouré de près de 150 collaborateurs, pour la plupart membres de l'Évolution psychiatrique. Bernard et Brisset y ont écrit des chapitres, celui de Brisset sur la cure de sommeil est référencé dans le *Manuel* (p. 921). Sont aussi cités les chapitres de l'*EMC* sur les délires chroniques et les schizophrénies que H. Ey s'était réservé d'écrire lui-même, textes que nous avons réédités dans *Schizophrénies. Études cliniques et psychopathologiques* (1996), traduit en russe et en japonais.

L'organisation sanitaire de la psychiatrie allait être profondément modifiée par la circulaire ministérielle du 15 mars 1960 préconisant la politique dite de secteur. Enfin la séparation de la neurologie et de la psychiatrie en tant que spécialités, à laquelle Brisset a beaucoup travaillé après 1968, allait finir de bouleverser la discipline, notamment en ce qui concerne l'enseignement. Les auteurs du *Manuel* étaient particulièrement bien informés de ces modifications réglementaires ou législatives puisqu'ils siégeaient dans les commissions consultées par les pouvoirs publics pour les mettre en place, en particulier la commission des maladies mentales.

Le succès du *Manuel* fit qu'il eut dans les années 1970 plusieurs éditions.

En 1974 paraît une 4e édition avec des chapitres complètement révisés (états dépressifs, épilepsie, déséquilibre psychique, neurobiologie, hérédité, thérapeutique, problèmes juridiques) et d'autres très profondément modifiés (organisation de la vie

psychique, histoire de la psychiatrie, généralités sur les névroses). C'est la dernière édition publiée du vivant d'Henri Ey. Sont annoncées les parutions d'ouvrages des auteurs : pour Ey le *Traité des hallucinations* (Masson, 1973) ; *La Conscience* (2e éd., PUF, 1968) ; et pour Brisset *L'avenir de la psychiatrie en France* (Payot, 1972).

Dans un avant propos à la 5e édition (1978), Bernard et Brisset soulignent que la mort d'Henri Ey est survenue au moment où ils en corrigeaient les épreuves et qu'elle « comporte par rapport à la 4e de nombreuses mises à jour.

Des précisions plus importantes ont été apportées dans les explorations et la pathologie endocrinienne, dans l'étude des facteurs biologiques et psychosociaux de la schizophrénie ». Les précisions sur les méthodes d'exploration sont celles données sur la scintigraphie cérébrale et la stéréocéphalographie; il est fait référence à *Psychophysiologie du sommeil et Psychiatrie* publié en 1975 par Ey et ses collaborateurs de Bonneval. Les facteurs biologiques de la schizophrénie étudiés sont envisagés à partir des « Model psychoses » induites par les drogues : LSD, mescaline et amphétamines (p. 548-550). Enfin pour ce qui est des facteurs psychosociaux dans la schizophrénie, le débat est centré sur « les études essentiellement américaines sur le rôle de la famille dans la pathogénèse et les travaux psychanalytiques » (p. 554 -566).

En 1989 coïncidant presque avec la mort d'Henri Ey paraît la « 6e édition qui, écrivent Bernard et Brisset, « voudrait témoigner du caractère vivant de la pensée et de l'oeuvre de notre maître qui se montrait si attentif à l'évolution des connaissances (...) le mouvement d'idées actuellement prédominant (...) privilégie une approche a-théorique, soucieuse de descriptions factuelles, répudiant les hypothèses pathogéniques et visant des règles précises de diagnostic par la définition de critères d'inclusion et d'exclusion », point de vue qui est celui du DSM-III. Mais, estiment-ils, l'orientation classique de leur *Manuel* permet d'éclairer l'orientation nouvelle du manuel américain « en proposant au lecteur de saisir la dialectique propre à la psychiatrie, entre ses coordonnées spatiales (l'organisme) et ses coordonnées temporelles (la vie du sujet). Henri Ey, qui était un grand enseignant avait le perpétuel souci de cette nécessité».

La lecture de la présente réédition du *Manuel* permettra aux lecteurs contemporains, surtout à ceux formés initialement avec cette approche dite a-théorique, de découvrir quelles sont en fait les théories sous-jacentes implicites qui justifient les révisions du DSM-IV et celle en cours du DSM-V.

Dr Jean Garrabé

Président de l'Association pour une Fondation Henri Ey

Présentation de l'ouvrage de Norman Sartorius : « Mon combat pour la santé mentale »

Editeur : Odile Jacob, Paris, 2010

Aujourd'hui des centaines de millions de personnes dans le monde souffrent de troubles mentaux pour lesquels nous disposons de traitements efficaces. Malheureusement, le coût de ces traitements –qui incluent la formation continue du personnel, la coordination des systèmes de soins, l'approvisionnement régulier en médicaments, le développement des services de réadaptation, l'évolution de l'enseignement psychiatrique – est considéré comme excessif en raison de la faible priorité accordée à la santé mentale par nos gouvernements.

Plus que jamais, il incombe aux Etats, développés et moins développés, et aux psychiatres de tout ordre d'engager les combats sociaux et politiques nécessaires à l'amélioration globale du niveau de santé mentale dans le monde ».

Norman Sartorius, l'un des plus éminents et des plus influents psychiatres de sa génération, ancien Directeur de la Division de Santé Mentale à l'OMS, a été aussi Président de l'Association Mondiale de Psychiatrie et Président de l'Association des Psychiatres Européens.

Dans ce livre « Mon combat pour la santé mentale » (fighting for mental health) traduit en français par l'équipe du Centre Française

Minkowska , il nous rappelle que « la psychiatrie, comme toute discipline médicale, doit remplir de façon synchrone trois fonctions distinctes si elle veut avoir une utilité maximale. C'est une discipline qui doit reposer solidement sur la preuve et l'expérience, qu'il s'agisse des troubles mentaux, de leur reconnaissance aux différents niveaux de soins, de leur traitement et de leur prévention. Elle doit entretenir avec la médecine une relation de soutien mutuel. Elle doit aussi progresser en phase avec le développement socio-économique, l'optimisant sur un plan humain, tandis qu'elle en retire de son côté un surplus de force. ». « J'étais convaincu que, dans ma vie professionnelle, ma contribution et mes fonctions devaient s'accorder avec ces trois aspects de la psychiatrie. Afin de donner le meilleur de moi-même dans mon métier, je me suis attaché à renforcer les aspects éthiques et scientifiques du métier de psychiatre. J'ai cherché comment rapprocher la psychiatrie de la médecine pour leur bénéfice réciproque ; j'ai également tenté de voir comment l'outil politique pouvait être utilisé afin d'améliorer l'éducation, la recherche et la formation dans le domaine de la santé mentale et de favoriser le développement des programmes de santé mentale. »

ÉDITORIAL

Les psychiatres sont-ils une espèce en voie de disparition ?

M. MAJ

ARTICLES ORIGINAUX

Les coûts à long terme du stress post-traumatique, conséquences physiques et psychiques intriquées.

A. C. MCFARLANE

L'émergence progressive des symptômes survenant après l'exposition à des événements traumatiques représente un enjeu conceptuel majeur pour la psychiatrie.

Le mécanisme qui produit l'intensification progressive des symptômes avec le temps qui s'écoule aboutit à instaurer un syndrome de stress post traumatique retardé (PTSD) ; il comporte un processus de sensibilisation et de réactivation émotionnelle. Le développement des souvenirs traumatiques au moment même de l'exposition au stress traduit une vulnérabilité intense s'exprimant sous la forme d'une sensibilité particulière à des modifications répétées de l'environnement qui révèle la perturbation progressive de l'équilibre neuro-biologique de l'individu. Des manifestations de plus en plus évidentes démontrent à quel degré de charge allostatique en augmentation progressive du PTSD lui-même s'associe à un spectre manifeste de morbidité physique sous la forme de douleurs chroniques musculo-squelettiques d'hypertension, d'hyperlipidémie, d'obésité et de maladies cardiovasculaires. Cette référence croissante dans la littérature suggère qu'il faut considérer les effets du stress post-traumatique comme une épreuve majeure de relation avec l'environnement qui menace de façon équivalente la santé physique et psychique. Cette perspective élargie implique un développement important dans les mesures thérapeutiques visant à corriger la dysrégulation sous jacente des processus d'activation corticale et des perturbations neuro-endocriniennes qui provoquent l'exposition à un stress traumatique.

Traitement fondé sur la mentalisation dans les troubles de la personnalité limite.

A. BATEMAN¹, P. FONAGY²

¹BARNET, ENFIELD AND HARINGEY MENTAL HEALTH NHS TRUST, HALLIWICK PSYCHOLOGICAL THERAPIES SERVICE, ST. ANN'S HOSPITAL, ST. ANN'S ROAD, LONDON N15 3TH, UK

²PSYCHOANALYSIS UNIT, UNIVERSITY COLLEGE LONDON, GOWER STREET, LONDON WC1E 6BT, UK

RÉSUMÉ

La mentalisation est le processus par lequel nous arrivons implicitement et explicitement à comprendre les autres et nous-mêmes en termes d'états subjectifs et de processus mentaux. On peut dire de ce processus qu'il est intrinsèquement social dans le sens où nous sommes attentifs aux états mentaux de ceux qui nous entourent, physiquement ou psychologiquement. Etant donné la généralité de cette définition, la plupart des troubles mentaux entraîneront inévitablement quelques difficultés en mentalisation, mais c'est l'application du concept dans le traitement des troubles de la personnalité limite, une condition psychiatrique courante avec des implications lourdes pour la santé publique, qui a reçu le plus d'attention. Les patients ayant une personnalité limite montrent une capacité diminuée à mentaliser, qui provoque des problèmes dans la régulation des émotions et des difficultés à gérer l'impulsivité, particulièrement dans le contexte des interactions interpersonnelles. L'utilisation du traitement basé sur la mentalisation (TBM) est limitée dans le temps et structure les interventions qui visent à améliorer le processus en question. Ce traitement a été testé dans des études cliniques et s'est avéré efficace dans la prise en charge de la personnalité limite lorsqu'il est administré par des professionnels de santé mentale ayant reçu une formation supplémentaire et avec un niveau moyen de supervision. Ceci soutient l'intérêt général de l'utilisation de traitements basés sur la mentalisation dans la prise en charge de personnalités limites parmi les services génériques de santé mentale.

Mots clés : Mentalisation, trouble de personnalité limite, affection, psychothérapie

La personnalité limite est un trouble mental complexe et grave caractérisé par un schéma envahissant de difficultés dans la régulation des émotions et le contrôle des impulsions, et une instabilité dans les relations et l'image de soi (1). Elle représente un problème important de santé publique, car elle est associée aux tentatives de suicide et à l'auto mutilation, préoccupations majeures des services de santé mentale. Un comportement suicidaire récurrent est rapporté dans 69-80 % des patients atteints de personnalité limite, et les taux de suicide atteignent les 10 % (2).

La personnalité limite (*borderline personality disorder*) est une affection courante avec une prévalence globale estimée de 2-1,8 % dans la population générale (3). Des taux de prévalence plus élevés sont observés dans les populations cliniques. Moran et al (4) ont trouvé une prévalence de 4-6 % parmi les patients se trouvant en soins primaires, suggérant que ceux atteints de personnalité limite sont plus susceptibles de consulter leur médecin généraliste. Chanen et al (5) ont rapporté un taux de prévalence de 11 % chez des adolescents en consultation externe et de 49 % chez des adolescents hospitalisés. Le taux de prévalence le plus élevé a été rapporté chez des patients nécessitant le niveau le plus intensif de soins, avec un taux de 60-80 % parmi les patients dans les services de psychiatrie médico-légale (6-7).

La prévalence d'un taux de suicide élevé et en augmentation chez les personnalités limites souligne l'urgence du développement d'un traitement efficace et accessible à tous. Bien que les traitements existants de la personnalité limite aient démontré une certaine efficacité dans des

études randomisées contrôlées, ils exigent par conséquent une lourde formation, ce qui les rend par conséquent peu accessibles à la majorité des patients. Le traitement basé sur la mentalisation (TBM) a été développé pour contrecarrer cette exigence. Il ne requiert qu'une charge relativement limitée de formation pour le corps des médecins en santé mentale et il a été appliqué dans des études cliniques par les professionnels de la santé mentale sectorisée, principalement des infirmiers, ayant une formation limitée et des moyens de supervision modestes.

QU'EST QUE LA MENTALISATION?

Le terme mentalisation nous provient de l'Ecole Psychosomatique de Paris et, dans une certaine mesure, il a été opérationnalisé par les chercheurs en développement investiguant la théorie de l'esprit (8). Le terme a été utilisé pour la première fois dans une acceptation plus large par Fonagy en 1989 (9) et depuis ce terme a été développé en relation avec la compréhension de certains troubles mentaux.

La mentalisation, c'est le processus par lequel nous comprenons implicitement et explicitement les autres et nous-mêmes, en termes d'états subjectifs et de procédés mentaux. C'est un processus intrinsèquement social, dans le sens où nous sommes attentifs physiquement ou psychologiquement aux états mentaux de ceux qui nous entourent. Si l'on s'en tient à cette définition large du terme, la plupart des troubles mentaux entraîneraient inévitablement quelques difficultés de mentalisation. En fait, nous pouvons concevoir dans la plupart de troubles mentaux que le cerveau interprète mal sa propre

expérience, ce qui en fait représente un trouble de mentalisation. Mais la question clé est de savoir si le dysfonctionnement est au cœur du trouble et / ou si une concentration sur la mentalisation est valide heuristiquement, autrement dit s'il est le terrain approprié d'une intervention thérapeutique. Tandis que la théorie de mentalisation s'applique à bon nombre de troubles (par exemple le trouble de stress post traumatique (10), les troubles de l'alimentation (11) et la dépression (12)), dans beaucoup de contextes (les facilités d'hospitalisation, l'hospitalisation partielle et les consultations externes) et dans différents groupes de patients (adolescents, familles, dépendants de substances), la méthode de traitement est clairement organisée comme thérapie de la personnalité limite (13). Ce n'est que dans le cadre de cette pathologie que l'on dispose de données empiriques convaincantes sur la base d'études randomisées contrôlées (14-15). Dans le trouble de personnalité limite, une capacité fragile de mentalisation vulnérable aux interactions sociales et interpersonnelles est considérée comme l'élément clé de ce trouble. Afin qu'un traitement soit efficace, il doit avoir comme cible la mentalisation, ou au moins stimuler le développement de la mentalisation comme épiphénomène.

L'échec du processus mental des adultes dans les états limites a été observé par la plupart des cliniciens, mais aucun n'a identifié la difficulté primaire comme une lacune dans le processus de mentalisation dès l'enfance. Nous avons simplement suggéré que le fait de se représenter et de représenter les autres comme des êtres pensants, croyants, volontaires ou désireux ne survenait pas seulement à l'âge de 4 ans comme conséquence de la maturation, mais que c'était plutôt un acquis développé, profondément enraciné dans la qualité des relations primaires aux objets. Sa vulnérabilité prévisible à disparaître sous le stress dans les conditions limites était considérée comme une cible appropriée dans une intervention psychologique orientée de façon psychodynamique, bien que des inquiétudes aient été formulées pendant plusieurs décennies quant à l'utilisation de la thérapie psychodynamique dans le traitement des troubles de personnalité limite. Celle-ci avait débuté en 1938, lorsqu'un psychanalyste américain, Adolph Stern, avait identifié un groupe de patients, aujourd'hui considéré comme atteints de troubles de personnalité limite, qui n'avaient pas répondu à un traitement psychanalytique classique (16). Plus tard, il décrivit des modifications de la psychothérapie pour ce groupe de patients limites qui sont pertinentes encore aujourd'hui (17).

LE DEVELOPPEMENT DE LA MENTALISATION

La théorie de la mentalisation se base sur la théorie de l'attachement de Bowlby et sur son élaboration par les théories contemporaines en psychologie du développement, tout en prenant en compte des vulnérabilités constitutionnelles.

Les données suggèrent que les patients limites ont une histoire d'attachement désorganisé, qui provoque des problèmes dans la régulation des affections, de l'attention et du contrôle de soi (18-19). Notre hypothèse est qu'une incapacité à développer un processus solide de mentalisation intercède souvent dans ces problèmes.

Notre compréhension des autres repose sur le fait que, durant notre enfance, notre état mental a été suffisamment compris par des adultes aimants, attentifs, non menaçants. La cause la plus importante d'un trouble de mentalisation découle d'un traumatisme psychologique survenu tôt ou tard pendant l'enfance, lequel sape la capacité de réfléchir à des états mentaux ou la capacité de raconter nos relations dans le passé. En s'appuyant sur la recherche en psychopathologie de la croissance, la théorie de mentalisation du trouble de la personnalité limite suggère en premier lieu que les individus sont vulnérables constitutionnellement et / ou exposés au traumatisme psychologique ; en deuxième lieu, que ces deux facteurs peuvent saper le développement de capacités sociales / cognitives nécessaires pour la mentalisation à travers le manque de soins dans les relations primaires (20), tout particulièrement lorsque l'événement imprévu entre leur expérience émotionnelle et l'effet miroir du parent est incongru (21) ; en troisième lieu, que cela génère un système d'attachement hypersensible dans les contextes interpersonnels ; et en quatrième lieu, que cela provoque la diminution de la capacité à représenter l'affect (22).

Etant donné la continuité des modes d'attachement, on pourrait s'attendre à ce que les problèmes survenus lors de l'enfance apparaissent à l'âge adulte. La littérature sur l'attachement adulte relié aux troubles de la personnalité limite a été revue par Levy (23). Bien que la relation entre le diagnostic de personnalité limite et une catégorie spécifique d'attachement ne soit pas évident, il y a peu de doute que la personnalité limite soit étroitement liée à un attachement peu solide (seulement 6-8 % de personnalités limites sont codées comme étant solides). Il semble que l'insécurité d'attachement pendant l'enfance est une caractéristique relativement stable des patients ayant une personnalité limite, notamment en conjonction avec des événements de vie négatifs ultérieurs (24).

LE TRAITEMENT BASE SUR LA MENTALISATION (TBM)

Le traitement des patients ayant une personnalité limite doit se concentrer sur une stabilisation de la compréhension de soi, afin d'aider le patient à maintenir un niveau optimal d'alerte dans le contexte d'une relation d'attachement bien gérée, par exemple, ni trop intense et en même temps pas trop détachée, entre le patient et le thérapeute. Le patient ayant une personnalité

limite est particulièrement sensible à toute interaction interpersonnelle. Le thérapeute doit donc se rendre compte que la thérapie, en tant qu'interaction interpersonnelle, provoquera inévitablement une anxiété liée à la perte de la compréhension de soi, et que les expériences émotionnelles qui s'en suivent vont rapidement menacer d'envahir les capacités mentales du patient, menant à une escalade d'émotions et l'incapacité de comprendre correctement les motifs de « l'autre ». Les psychiatres et les autres professionnels de santé mentale doivent aussi prendre en compte cette sensibilité s'ils espèrent éviter des interactions iatrogènes avec les patients ayant une personnalité limite. L'hospitalisation, par exemple, est une expérience émotionnelle intense pour tous les patients et, à moins d'être correctement prise en charge, elle risque d'empirer leur état en sur stimulant leurs processus d'attachement. Cette sur stimulation pourrait causer l'échec du traitement à long terme des patients ayant une personnalité limite (25).

Les personnalités limites ont une vulnérabilité dans la régulation des réponses émotionnelles et dans la production de stratégies efficaces pour contrôler leurs pensées et leurs émotions, ce qui fait appel à leur capacité à réfléchir à leurs propres actions en termes de compréhension subtile de leur pensée et de leurs émotions. Ils glissent vers ce qu'on pourrait grossièrement décrire comme un état d'indifférence, aussi bien dans leur relation à autrui et qu'à eux-mêmes. Bien sûr, l'histoire s'avère bien plus compliquée, parce que ces incapacités, parfois palpables, ne sont pas toujours évidentes. Mais, à des moments de stress émotionnel, surtout de stress induit par une perte réelle ou menaçante, la capacité de mentalisation a de grandes chances de s'évaporer. La question est de savoir comment cette nouvelle compréhension à la fois théorique et clinique de la pathologie peut se traduire par une approche thérapeutique qui aiderait, vu la prévalence et la sévérité de ce problème clinique dans le système de santé publique.

Pour cela, nous avons défini quelques techniques fondamentales d'étayage à utiliser dans le contexte de thérapies individuelles ou de groupe et nous les avons appelées TBM (Traitement basé sur la mentalisation) (13-26). Seulement trois aspects importants du traitement seront pris en compte ici : le but des interventions, la position thérapeutique et la mentalisation du transfert.

Les buts des interventions en TBM

La tâche initiale en TBM est de stabiliser l'expression des émotions, car sans l'amélioration du contrôle des affects, il ne peut y avoir de travail sérieux sur les représentations internes. Bien que le contraire soit aussi vrai, l'identification et l'expression de l'affect sont ciblées en premier car elles représentent une menace immédiate à la continuité de la thérapie ainsi que potentiellement pour la vie du patient. Les affects non contrôlés provoquent l'impulsivité, et c'est seulement lorsque cette impulsivité est sous contrôle que l'on

peut se concentrer sur les représentations internes et renforcer la compréhension que le patient a de lui-même.

L'objectif et le résultat d'une intervention sont plus importants en TBM que le type de l'intervention elle-même. Le premier objectif de toute intervention doit être de réinstaurer la capacité de mentalisation lorsqu'elle est perdue, ou d'aider à la maintenir lorsqu'elle menace de l'être. Toute intervention qui atteint ces objectifs peut être utilisée en TBM. En conséquence, la TBM prend une approche plus ouverte en termes d'intervention que la plupart des autres thérapies, lui confiant une pluralité en termes de techniques, ce qui pourrait expliquer sa popularité et l'intérêt apporté par les praticiens de différentes écoles ainsi que la formation limitée requise avant qu'ils puissent l'appliquer dans leur pratique quotidienne. Nous ne demandons pas aux praticiens d'apprendre dès le début un nouveau modèle de thérapie, mais qu'ils modifient leur pratique courante et se concentrent sur la mentalisation plutôt que sur les comportements, cognitions, ou sur l'intuition. Par contre, nous demandons qu'ils s'efforcent de développer une position thérapeutique particulière et de développer une démarche qui puisse engager le patient dans un processus de mentalisation, d'abord en utilisant quelques techniques génériques de psychothérapie telles que l'empathie, le support et la clarification, et ensuite passer à d'autres interventions conçues spécifiquement pour « stresser » la relation d'attachement dans des conditions contrôlées, notamment à travers un travail sur la relation patient / thérapeute à travers la « mentalisation du transfert ».

La posture thérapeutique

Le positionnement du praticien dans un processus de mentalisation thérapeutique repose sur : a) un sens de l'humilité dérivé d'un sentiment de "ne pas savoir" ; b) une capacité de patience pour prendre le temps d'identifier les différences de points de vue ; c) la légitimation et l'acceptation de points de vue différents ; d) le questionnement actif du patient sur son expérience – portant sur des descriptions détaillées de leur expérience (qui ?/quoi ?/qu'est-ce ?) – plutôt que des explications (« pourquoi ? ») ; e) une capacité à mettre en suspens son besoin de comprendre ce qui n'a pas de sens (par exemple, en disant explicitement que quelque chose n'est pas clair). Un élément important de ce positionnement en tant que thérapeute est de suivre de près ses propres échecs de mentalisation. Dans ce contexte, il est important de savoir que le thérapeute risque continuellement de perdre sa capacité de mentaliser face à un patient qui ne mentalise pas. Par conséquent, nous considérons que les injonctions occasionnelles des thérapeutes représentant un événement concomitant de l'alliance thérapeutique sont acceptables, mais qu'elles doivent être avouées. Tout comme dans d'autres instances de rupture

de mentalisation, ces incidents nécessitent que le processus soit « rembobiné et l'incident exploré ». Donc, dans cette relation collaborative entre le patient et le thérapeute, les deux parties participantes ont une responsabilité mutuelle de comprendre les processus mentaux qui étayent les événements, aussi bien en son sein qu'en dehors d'une thérapie.

La mentalisation du transfert

Nous mettons le thérapeute en garde quant à l'utilisation de l'interprétation du transfert dans le traitement des personnalités limites étant donné qu'elle demande de la part du patient un niveau de capacité à mentaliser dont il ne dispose peut-être pas. Ceci peut mener à l'hypothèse que nous « évitons spécifiquement l'interprétation du transfert » (27). Ce n'est pas le cas. En fait, nous utilisons l'interprétation du transfert de façon spécifique, autour de six éléments essentiels. Mais d'abord, nous mettons en garde les praticiens à propos de l'objectif souvent proclamé de l'interprétation du transfert, c'est à dire de fournir de l'intuition (*insight*), et deuxièmement vis à vis des aspects génétiques, qui relie l'expérience actuelle au passé, à cause de leurs effets potentiels iatrogènes.

Une première étape consiste à valider la dynamique de transfert, autrement dit de définir le point de vue du patient. Evidemment, il ne s'agit pas d'accepter d'emblée ce point de vue, mais de montrer qu'il a été entendu par le thérapeute. Le danger de l'approche génétique du transfert c'est que cela peut implicitement invalider le vécu du patient. La deuxième étape est celle de l'exploration. Il s'agit d'identifier les événements qui ont provoqué la dynamique de transfert. Les comportements auxquels les idées ou sentiments sont associés doivent être explicités, parfois avec des détails douloureux. La troisième étape est l'acceptation de l'injonction de la part du thérapeute. La plupart des expériences du patient dans le transfert sont basées sur la réalité, même si le lien n'est que partiel. Ceci signifie qu'en général, le thérapeute s'inscrit dans le transfert et agit d'une façon compatible avec la perception que le patient a du thérapeute. Il peut être facile d'attribuer cela au patient, mais le faire serait totalement inutile. Au contraire, le thérapeute doit initialement et explicitement reconnaître même les promulgations partielles du transfert comme des actions volontaires inexplicables, dont il accepte d'avoir été l'intermédiaire, plutôt que de les identifier comme une distorsion du patient. Le fait d'attirer l'attention de ces éléments du thérapeute peut être particulièrement significatif en montrant au patient que l'on peut accepter d'être l'intermédiaire d'actes involontaires et que ceux-ci ne vont pas invalider l'attitude générale que le thérapeute s'efforce d'avoir. C'est seulement à partir de là que l'on peut explorer les distorsions. La quatrième étape est celle de la collaboration, dont le but est d'aboutir à une interprétation. On doit arriver aux interprétations de transfert dans le même état d'esprit de collaboration que dans

toute autre forme de mentalisation interprétative. La métaphore que nous utilisons en formation est celle du thérapeute devant s'imaginer assis à côté du patient, et non en face de lui. Ils sont assis côte à côte pour regarder les pensées et les sentiments du patient, dans une posture interrogative. Lors de la cinquième étape, le thérapeute présente un point de vue alternatif et, l'étape finale est d'étudier méticuleusement la réaction du patient ainsi que la réaction propre du thérapeute.

Nous suggérons que ces étapes soient appliquées en séquence, et nous parlons de la mentalisation du transfert afin de distinguer le processus de l'interprétation du transfert, lequel est habituellement perçu comme une technique d'approfondissement. La mentalisation du transfert est un terme raccourci pour encourager les patients à réfléchir à la relation qu'ils entretiennent dans l'instant avec le thérapeute, avec l'objectif de diriger leur attention sur un autre mode de pensée, celui du thérapeute, et de les aider par ce biais à contraster la perception qu'ils ont d'eux-mêmes avec celle d'un autre—que ce soit celle du thérapeute ou d'un des membres d'un groupe thérapeutique.

Quand bien même on pourrait souligner des similarités entre les schémas relationnels de la thérapie et ceux de l'enfance, l'objectif n'est pas de fournir une explication au patient (*insight*) qu'il pourrait utiliser pour modifier son comportement, mais tout simplement de souligner un autre phénomène inexplicable qui nécessite réflexion et contemplation - une partie de notre position générale thérapeutique - et dont le but est de faciliter le recouvrement de la mentalisation que nous considérons comme l'objectif global du traitement.

SUR LA MENTALISATION

Notre étude préliminaire sur le TBM (14) a testé son efficacité dans le contexte d'un programme hospitalier partiel (type hôpital de jour) avec soins psychiatriques classiques pour des patients diagnostiqués comme ayant une personnalité limite. Le traitement a été administré dans le cadre d'un service clinique standard et mise en œuvre par des professionnels de santé mentale sans formation psychothérapeutique complète, et à qui on a offert une supervision experte. Les résultats ont démontré que, sur une même période, les patients participants au programme hospitalier partiel voyaient leurs symptômes diminuer de façon significative par rapport aux patients du groupe contrôle. Dès 6 mois de traitement et jusqu'à sa fin à 18 mois, on a constaté une amélioration des symptômes dépressifs, une réduction des actes suicidaires et automutilateurs, une diminution des jours d'hospitalisation, et un meilleur fonctionnement social et interpersonnel.

Les 44 patients qui ont participé à l'étude originale ont continué d'être testés tous les 3 mois après la

fin de l'étude, en utilisant les mêmes bases d'évaluation (15). Les résultats ont démontré que les patients qui avaient reçu le traitement hospitalier partiel non seulement en conservaient les bénéfices, mais manifestaient aussi une amélioration continue et statistiquement significative sur la plupart des mesures d'évaluation, par rapport au groupe contrôle qui ne manifestait que de faibles progrès sur la même période. Etant donné la persistance de ces progrès dans le fonctionnement social et interpersonnel des patients, ces données suggèrent que des changements rééducatifs à long terme ont été stimulés.

Pour finir, nous avons tenté d'évaluer les coûts des soins pour un traitement hospitalier partiel, comparé au traitement dans les services psychiatriques classiques (28). L'utilisation des services de santé par tous les patients ayant participé à l'étude a été évaluée à partir des données de notre recherche et de celle des services de soins concernés. Les coûts ont été comparés 6 mois avant le traitement, pendant les 18 mois de traitement, et lors du suivi à 18 mois. Aucune différence de coût n'a été observée entre les groupes avant et pendant la période de traitement. Pendant la période de traitement, les coûts de l'hospitalisation partielle étaient compensés par une réduction des soins psychiatriques du patient hospitalisé et des soins d'urgence. La tendance à la baisse des coûts dans le groupe à l'étude pendant le suivi n'a pas été dupliquée dans le groupe contrôle, suggérant que le traitement spécialisé des troubles de la personnalité limite en hospitalisation partielle n'est pas plus cher que des soins psychiatriques classiques, et mène à des économies considérables après la fin des 18 mois de traitement.

Tous les patients ayant participé à l'étude sur le traitement hospitalier partiel ont été suivis pendant 8 ans après la randomisation initiale (29). Le résultat principal de cette étude avec un suivi prolongé a été la réduction du nombre de tentatives de suicide. Néanmoins, à la lumière de l'amélioration limitée concernant l'ajustement social dans les études avec suivi, notre souci a été de constater si les améliorations sociales et interpersonnelles observées au bout de 36 mois continuaient, et si les bénéfices supplémentaires dans le domaine de la réussite professionnelle avaient été atteints dans un des groupes. Les patients suivis dans le programme TBM manifestaient davantage de progrès que les patients suivant un traitement classique, mais malgré la constance des bénéfices du traitement, ils conservaient un fonctionnement social général assez réduit. Ceci étant, ils étaient plus nombreux que les patients du groupe contrôle à avoir un travail ou à suivre une formation à plein temps, et seulement 14 % remplissaient encore les critères diagnostiques de personnalité limite comparé à 87 % des patients disponibles pour l'entretien dans le groupe comparateur.

Une étude randomisée contrôlée sur le TBM dans un cadre de consultation externe (TBM-EX) vient de se terminer. Cent trente-quatre patients ont été assignés de façon randomisée dans le groupe TBM-EX ou dans un groupe de prise en charge structurée représentant la meilleure pratique actuelle. Des améliorations considérables ont été observées dans les deux conditions dans toutes les variables des résultats. Les patients randomisés dans le TBM-EX montraient une diminution plus accrue des problèmes significatifs auto-observés ou observés cliniquement, y compris les tentatives de suicide et l'hospitalisation (30).

D'autres études sont en cours, comprenant des études randomisées contrôlées sur les patients présentant des abus de substances ou des troubles de l'alimentation. Une réplication de l'étude d'origine sur l'hospitalisation partielle vient aussi d'être terminée par un groupe indépendant aux Pays Bas, montrant que de bons résultats peuvent être atteints dans les services de santé mentale loin des instigateurs du traitement.

CONCLUSIONS

Il se peut que le TBM ne soit pas radicalement différent des autres formes d'interventions largement utilisées par les psychothérapeutes et d'autres professionnels de la santé mentale dans les contextes divers dans lesquels les individus atteints de troubles de personnalité limite sont traités. Nous ne proclamons pas d'originalité vis-à-vis de cette intervention. Le TBM représente l'application relativement naturelle d'une combinaison de procédés de développement facilement identifiables dans toutes nos histoires : a) l'établissement d'une relation intense (attachement) basée sur des efforts pour engager les patients dans un processus de compréhension de leur états mentaux, et b) la représentation cohérente de leurs sentiments et pensées, afin que les patients puissent s'identifier comme des êtres pensants et ayant des sentiments dans un contexte de liens puissants et de niveau élevé d'éveil émotionnel. A son tour, le retour à la mentalisation aide les patients à réguler leurs pensées et sentiments, ce qui rend les relations et l'auto régulation une possibilité réaliste.

Même si nous considérons que nous avons identifié une méthode particulière qui rend l'application possible de ce processus thérapeutique, nous n'avons pas la prétention de le croire unique. Beaucoup de situations, à travers ce mécanisme, peuvent probablement induire des modifications symptomatiques ou de personnalité et donc une utilisation souple de la technique. L'objectif d'études supplémentaires est d'identifier des méthodes encore plus efficaces et plus économiques pour engendrer des modifications dans ce groupe excessivement problématique.

RÉFÉRENCES

1. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*. 2002;51:936–950. [PubMed]
2. Schneider B, Schnabel A, Wetterling T. How do personality disorders modify suicide risk? *J Person Disord*. 2008;22:233–245.
3. Swartz M, Blazer D, George L. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Person Disord*. 1990;4:257–272.
4. Moran P, Jenkins R, Tylee A. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:52–57. [PubMed]
5. Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:297–306. [PubMed]
6. Ruiter C, Greeven P. Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: convergence of interview and self-report measures. *J Person Disord*. 2000;14:162–170.
7. Blackburn R, Crellin M, Morgan E. Prevalence of personality disorders in a special hospital population. *J Forens Psychiatry*. 1990;12:43–52.
8. Leslie AM. Pretense and representation. The origins of 'theory of mind'. *Psychol Rev*. 1987;94:412–426.
9. Fonagy P. On tolerating mental states: theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Centre*. 1989;12:91–115.
10. Allen JG. *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester: Wiley; 2001.
11. Skarderud F. Eating one's words, Part III: Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa. An outline for a treatment and training manual. *Eur Eat Disord Rev*. 2007;15:323–339. [PubMed]
12. Allen J, Haslam-Hopwood T, Strauss JS. Mentalizing as a compass for treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2003;67:1–11. [PubMed]
13. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalisation based treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
14. Bateman A, Fonagy P. The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder - a randomised controlled trial. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1563–1569. [PubMed]
15. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation: an 18-month followup. *Am J Psychiatry*. 2001;158:36–42. [PubMed]
16. Stern A. Psychoanalytic investigation and therapy in borderline group of neuroses. *Psychoanal Quarterly*. 1938;7:467–489.
17. Stern A. Psychoanalytic therapy in the borderline neuroses. *Psychoanal Quarterly*. 1945;14:190–198.
18. Lyons-Ruth K, Yellin C, Melnick S. Expanding the concept of unresolved mental states: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Dev Psychopathol*. 2005;17
19. Sroufe LA, Egeland B, Carlson E, editors. *The development of the person: the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford; 2005.
20. Battle CL, Shea MT, Johnson DM. Childhood maltreatment associated with adult personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Person Disord*. 2004;18:193–211.
21. Crandell L, Patrick M, Hobson RF. 'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *Br J Psychiatry*. 2003;183:239–247. [PubMed]
22. Posner MI, Rothbart MK, Vizueta N. Attentional mechanisms of borderline personality disorder. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2002;99:16366–16370. [PMC free article] [PubMed]
23. Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2005;959:986–26.
24. Weinfield N, Sroufe LA, Egeland B. Attachment from infancy to early adulthood in a high risk sample: continuity, discontinuity and their correlates. *Child Development*. 2000;71:695–702. [PubMed]
25. Fonagy P, Bateman A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2006;188:1–3. [PubMed]
26. Bateman A, Fonagy P, editors. *Mentalization based treatment: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
27. Gabbard G. When is transference work useful in dynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1667–1669. [PubMed]
28. Bateman A, Fonagy P. Health service utilisation costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalisation versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry*. 2003;160:169–171. [PubMed]
29. Bateman A, Fonagy P. 8-year followup of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*. 2008;165:631–638. [PubMed]
30. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1355–1364. [PubMed]

La détection et le traitement de la dépression chez les patients atteints d'affections somatiques.

D. GOLDBERG

FORUM - LES PSYCHIATRES SONT-ILS UNE ESPECE EN VOIE DE DISPARITION ? OBSERVATIONS SUR LES DÉFIS INTERNES ET EXTERNES DE LA PROFESSION

HEINZ KATSCHNIG

MEDICAL UNIVERSITY OF VIENNA AND LUDWIG BOLTZMANN INSTITUTE FOR SOCIAL PSYCHIATRY, LAZARETTGASSE 14A-912, A-1090 VIENNA, AUSTRIA

RÉSUMÉ

Suite aux inquiétudes évoquées d'une crise en psychiatrie, nous identifions et discutons dans cet article six défis qui semblent se poser à notre profession. A l'approche des révisions de l'ICD-10 et du DSM-IV, la validité des définitions diagnostiques psychiatriques ainsi que celle des systèmes de classification est de plus en plus remise en cause au sein de la profession. Par ailleurs, la confiance portée aux résultats des études sur les interventions thérapeutiques diminue. Un défi supplémentaire se pose avec l'existence de sous-groupes ayant des idéologies opposées, situation qui provoque l'incertitude quant au rôle précis du psychiatre. Quant aux défis de l'extérieur, ils concernent les critiques croissantes des patients et des soignants, l'intrusion d'autres professions dans le domaine traditionnel de compétence de la psychiatrie, le faible statut de la psychiatrie au cœur de la médecine et dans la société en général. Les études suggèrent que le déclin du recrutement en psychiatrie, comme on l'observe dans beaucoup de pays, pourrait être lié aux problèmes qui induisent ces défis. On ne sait si la psychiatrie survivra en tant que discipline médicale unique, ou si les secteurs de la psychiatrie qui sont plus rémunérateurs, aussi bien financièrement qu'au

point de vue du prestige, se détacheront de la discipline en lui laissant les tâches peu valorisantes à accomplir. Le déclin du métier de généraliste et la montée parallèle du métier de spécialiste dans la société moderne pourraient contribuer à ce mouvement. Certains corps professionnels tentent à l'heure actuelle d'établir le profil d'un « psychiatre généraliste ». De tels débats devraient être étayés par l'analyse des avantages qui encouragent les tendances centrifuges en psychiatrie.

Mots clés : Futur de la psychiatrie, diagnostic, traitement, critiques des usagers et soignants, compétition professionnelle

Dans l'édition 2009 du *New Oxford Textbook of Psychiatry*, où la discipline est présentée de façon impressionnante sur plus de 2000 pages, P. Pichot, ancien Président de la WPA, faisant autorité de longue date sur l'histoire de la psychiatrie, consacre les derniers paragraphes de son chapitre "*History of psychiatry as a medical specialty*" (Histoire de la Psychiatrie comme spécialité médicale) à la question d'une crise potentielle en psychiatrie. La psychiatrie, conclut-il, est menacée d'être incorporée dans d'autres spécialités médicales ou d'être dépossédée de sa nature médicale¹. Dans les revues psychiatriques, le débat se déroule autour de la question de savoir si, et comment, la psychiatrie « survivra dans le deuxième moitié du 21^{ème} siècle »², de même que sur la présence d'un « pessimisme considérable et un sentiment d'appréhension parmi les psychiatres »,³. Dans beaucoup de pays on observe un manque de psychiatres⁴⁻⁵. La question a été posée de savoir si la psychiatrie devrait même « exister »⁶. Et nos collègues neurologues nous conseillent d'abandonner le terme « maladie mentale » et de le remplacer par « maladie du cerveau »⁷.

Que se cache-t-il derrière de tels messages ? Indiquent-ils seulement des opinions personnelles ou des problèmes locaux ? C'est fort improbable. Pourquoi la WPA aurait-elle initié récemment des activités et des projets sur des sujets tels que la stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres, l'encouragement du choix de la psychiatrie pour les étudiants en médecine, ou encore les promesses de carrières plus rapides en psychiatrie⁸⁻⁹?

Deux cents ans après sa naissance, il y a-t-il donc quelque chose qui ne va pas dans la psychiatrie¹⁰? Si c'est le cas, qu'est ce qui ne va pas ? Afin d'apporter quelques éclaircissements à ce sujet, j'ai tendu l'oreille de ci et de là, j'ai revisité les quarante années de ma pratique en tant que psychiatre, et j'ai recherché des signes de crise dans la littérature, incluant la littérature sur les professions en général.

La psychiatrie peut être analysée en tant que profession par la sociologie, laquelle met en relation les professions avec la société en général. En période de crise, cela peut intégrer de façon utile les opinions internes des professions elles-mêmes, qui tendent à s'orienter vers la relation entre une profession et ses clients, ainsi que les systèmes de valeur professionnels qui définissent cette relation¹¹. Du point de vue de la

sociologie, les professions en général sont caractérisées par : a) la possession d'un corps spécialisé de connaissances et de compétences, qui définissent le domaine de la compétence et l'étendue des clients potentiels, et la démarcation avec d'autres professions ; b) la possession d'un statut élevé dans la société (à travers les aspects financiers et par d'autres gratifications) ; c) l'octroi d'une autonomie (et donc d'un pouvoir) par la société, par exemple dans le recrutement et l'exclusion de ses membres ; d) l'obligation, en contre partie de ce qui précède, de garantir des standards de haute qualité dans la fourniture de services (faire valoir l'étiquette de « professionnel ») et d'appliquer les règles d'éthique¹²⁻¹³.

Je parlerai ici des six défis qui sont liés aux deux premiers critères : trois de ces défis viennent « de l'intérieur », et se réfèrent essentiellement au déclin de confiance dans les fondements de la psychiatrie et au manque d'une base théorique cohérente, et trois autres défis « de l'extérieur » incluent le mécontentement du client, la compétition provenant d'autres professions, et l'image négative de la psychiatrie. Il existe forcément d'autres défis – tels que l'augmentation des interventions de l'Etat et des assureurs, exigeant une qualité de soins améliorée malgré les restrictions croissantes – mais, pour la plupart, ils concernent la médecine au sens large, et ils ne seront donc pas discutés ici.

DÉFIS DE L'INTÉRIEUR

Une perte de confiance dans le fondement des connaissances : le diagnostic et la classification.

Les catégories de maladies et leur classification sont le principe organisateur omniprésent pour la plupart des aspects de la médecine, et donc pour la psychiatrie en tant que spécialité médicale. Le but d'un diagnostic est d'être utilisé pour prendre des décisions thérapeutiques, à des fins éducatives, pour les remboursements, pour définir les populations de patients pour la recherche, et pour des résultats statistiques. En psychiatrie nous sommes devant le choix déroutant de deux systèmes de diagnostic utilisés internationalement. Dans chaque pays membre de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à la sortie de l'hôpital d'un patient, un diagnostic doit être sélectionné dans le chapitre V de l'*International Classification of Diseases* (ICD-10). Néanmoins, pour que la recherche psychiatrique

soit publiée dans une revue à fort facteur d'impact, il est recommandé d'utiliser le *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-IV) de l'*American Psychiatric Association* (APA).

Le parallélisme de ces deux principaux systèmes de diagnostic existe depuis près de 60 ans. En 1949, la sixième révision de l'ICD (ICD-6,14) comportait pour la première fois les troubles mentaux (les versions antérieures ne comportant que la mortalité). Trois ans plus tard, l'APA lançait son propre système de classification (le DSM-I, 15). Nous sommes arrivés à l'ICD-10 (1992) et le DSM-IV (1994), et les révisions prochaines de ces deux « piliers » sont attendus dans les années à venir (DSM-V en 2013; ICD-11 en 2014). Il continuerait donc d'exister deux systèmes d'évaluation parallèles.

Ce parallélisme est possible à cause de la nature même des définitions de la plupart des diagnostics psychiatriques : ces diagnostics sont composés d'associations de critères phénoménologiques, tels que les signes et symptômes et leur évolution à travers le temps, élaborés de manière variable par des comités d'experts, en catégories de troubles mentaux, lesquels furent définis et redéfinis sans cesse durant la moitié du siècle dernier. La majorité de ces catégories diagnostiques n'est pas validée par des critères biologiques, comme le sont la plupart des maladies physiques; or, bien qu'appelés « troubles », ils ont l'apparence de diagnostics médicaux et prétendent représenter des maladies physiques ou médicales. En réalité, ils sont enracinés dans des classifications hiérarchisées, comparables aux classifications anciennes de plantes botaniques des 17ème et 18ème siècles quand les experts décidaient a priori quel critère de classification utiliser, par exemple, si les organismes en floraison ou le dessin des feuilles étaient le critère primaire pour classer les plantes 16.

L'approche du DSM-III, en créant des « définitions opérationnelles » (par exemple, « 2 symptômes sur 5 » sur une liste de critères doivent être présents), a vraisemblablement rendu plus fiable le processus pour arriver à un diagnostic, dans le sens où nous pouvons être sûrs que, si différents psychiatres établissent le diagnostic d'un patient, ils vont, après avoir évalué les symptômes et d'autres critères, arriver bien souvent au même résultat diagnostique. Mais la fiabilité n'est pas la même chose que la validité. Néanmoins, des phénomènes psychopathologiques existent et peuvent être observés et vécus en tant que tels alors que les diagnostics psychiatriques sont définis de façon arbitraire et n'existent pas au même sens que des phénomènes psychiatriques existants.

Ceci n'est pas nouveau. Alors que les systèmes de classification de diagnostics psychiatriques ont été critiqués depuis longtemps, la nature des

attaques contre la psychiatrie a changé. Il y a un demi siècle, elles venaient surtout de l'extérieur de la psychiatrie (i.e., 17-18). Aujourd'hui, les assauts continuent 19, mais les discussions autour de la validité des diagnostics psychiatriques ont aussi le vent en poupe (vraisemblablement attisés par les révisions imminentes des deux « piliers ») 20-21. Ce n'est plus simplement les « suspects habituels » qui critiquent le diagnostic psychiatrique et les systèmes de classification, la discussion est arrivée au cœur de notre profession.

Pour citer un exemple, les psychiatres parlent de la « déconstruction génétique de la psychose » 22, du manque de validité des diagnostics psychiatriques malgré leur utilité 23, et de la stabilité diagnostique médiocre de troubles psychiatriques 24. On dit des généticiens psychiatriques qu'ils doivent utiliser « une technologie futuriste sur un diagnostic artisanal ». Récemment, un chercheur en psychiatrie de renom a commenté : « Il a été suggéré que le débat est politique. Ce n'est pourtant pas le cas, puisque les preuves scientifiques solides soulignant l'absence de validité nosologique des catégories diagnostiques qui sont, malgré tout, invariablement le sujet de réification psychiatrique paradoxale, est au cœur de la discussion » 25.

Le sociologue A. Abbott a remarqué que le contrôle que les professions ont sur leur champ de savoir leur permet d'appréhender les nouveaux problèmes et de redéfinir leur champ d'intérêt 26. Avec cette perspective en tête, on peut argumenter que, alors que certains troubles psychiatriques ont une certaine « validité clinique » (par exemple, le trouble bipolaire), le DSM a « fabriqué des diagnostics non validés à partir du dilemme humain général » 27. La psychiatrie a « abandonné l'île des maladies psychiatriques pour s'engouffrer dans l'océan des troubles humains », comme F. Redlich l'a dit il y a plus de 50 ans lorsqu'il se référait à la psychanalyse (28, cité en 17). La question de savoir si l'on est capable de « différencier entre des maladies mentales réelles et des réactions homéostatiques aux événements contraires de la vie » 29 est plus pressante que jamais.

Toutes sortes d'efforts de sauvetage pour répondre aux menaces faites aux fondements des connaissances diagnostiques en psychiatrie, et une pléthore de suggestions ont été faites : pour identifier des « métastructures » 30, et étoffer les catégories diagnostiques par des mesures dimensionnelles 21 il faudrait une approche de « diagnostic croisé » 31, ou utiliser une « itération épistémique » 16, ou fournir un « diagnostic intégrant centré sur la personne » 32. Récemment un groupe de psychiatres a demandé la création d'un groupe de travail conceptuel pour le DSM-V, faisant remarquer que lors des révisions antérieures du DSM, les questions d'ordre

conceptuel n'ont été considérées qu'au cas par cas par des groupes de travail individuels et un groupe de travail désigné 33. Tout paraît ouvert. Il a été proposé de mettre davantage l'accent sur l'utilité clinique du diagnostic, tel que la facilité d'utilisation, la communication, et des schémas de traitement 34. Mais, en pratique clinique, la sélection de médicaments n'est que vaguement liée au diagnostic (i.e., les antidépresseurs sont utilisés pour une grande variété de pathologies) 35, et dans les services de santé mentale de secteur, les diagnostics sont utilisés en général pour canaliser les ressources, et différentes classifications sont utilisées pour la prise en charge des clients dans le travail quotidien 36.

Le fond menaçant de tous ces débats est que, si nos catégories diagnostiques n'ont pas été validées jusqu'à présent, alors toute forme de recherche – épidémiologique, étiologique, pathogénique, thérapeutique, biologique, psychologique ou sociale – réalisée avec ces mêmes diagnostics comme critère d'inclusion, est également invalide.

Le déclin de la confiance dans la base de connaissances : interventions thérapeutiques

Nous vivons dans l'ère de la médecine basée sur les preuves (*evidence-based medicine*) 37. A partir de méta analyses et de révisions systématiques d'études soigneusement sélectionnées et méthodologiquement solides, des recommandations pour la pratique sont préparées et deviennent normatives – nous ne pouvons plus accepter l'expérience clinique seule. Mais comment pouvons-nous être sûrs de nos décisions thérapeutiques ?

Lors de la publication en 2008 d'une méta analyse des études sur les antidépresseurs 38, dont l'information principale était que, dans les cas de dépression mineure ou modérée, les antidépresseurs ne sont pas plus efficaces que le placebo, le résultat a immédiatement fait le tour du monde – le « côté piquant » pour les médias étant que les auteurs avaient aussi inclus dans leur méta analyse des études qui n'avaient pas été publiées (mais soumises au *Food and Drug Administration* aux Etats-Unis). Une étude liée à cette recherche a corroboré ces observations 39, provoquant le débat au sein de la psychiatrie 40. Le fait que les études cliniques rapportant des résultats positifs soient publiées plus fréquemment et plus rapidement que celles montrant des résultats négatifs est devenu un sérieux sujet d'inquiétude, non seulement en psychiatrie, mais aussi dans tout le domaine de la médecine 41.

Par ailleurs, les études cliniques contrôlées sur les médicaments traitant la schizophrénie ont été critiquées à propos de leurs limites, et des études « pragmatiques » ou « en temps réel » ont été proposées 42. La réalisation de ces types

d'études n'a pu vérifier la supériorité proclamée des antipsychotiques de deuxième génération à ceux de la première 43-44.

Il est évident que de tels résultats accroissent les incertitudes, d'autant plus en raison des enjeux de ressources – étant donné l'absence de validité des diagnostics psychiatriques et les difficultés à obtenir des échantillons homogènes de patients – ils n'impliquent pas que les études originales étaient erronées et que les nouvelles soient correctes. Lorsque l'on tente d'établir des lignes directrices basées sur des preuves (*evidence-based guidelines*) pour la pratique clinique, nous sommes confrontés à une contradiction inhérente à la méthodologie des études randomisées contrôlées: d'un côté, les efforts pour obtenir une validité interne reposent sur des échantillons rigoureusement sélectionnés, ce qui rend difficile la généralisation des résultats à la réalité du monde des patients ; de l'autre, la recherche d'une plus grande représentativité des échantillons d'étude induit des biais méthodologiques 45-46. Dans ce contexte il a été proposé de mener deux évaluations parallèles des résultats : les preuves habituelles d'efficacité des études d'intervention, et l'évidence « corroborative » évaluant la transposabilité des résultats au monde réel 47-48. Un sujet connexe est que l'utilisation de plusieurs médicaments ou 'polypharmacie' et que les combinaisons de traitement sont courantes en pratique clinique 49, alors que la plupart des preuves ne sont disponibles que pour des traitements en monothérapies.

En plus de ces problèmes, les conflits d'intérêt soulevés par la relation entre les médecins et l'industrie pharmaceutique 50 créent encore plus de doutes. L'utilisation intensive des travaux de collaborateurs a récemment suscité une attention accrue concernant la crédibilité de ces publications parmi la communauté scientifique 51, dans les médias et chez les politiques 52. Si nous ajoutons les inquiétudes quant aux interventions psychiatriques et leurs effets secondaires involontaires 53-54, nous psychiatres, nos patients et le public allons devenir de plus en plus inquiets en ce qui concerne la validité des preuves qui prouvent que nos interventions professionnelles agissent de façon appropriée.

L'absence de base théorique cohérente

« Posez une question à trois psychiatres et vous obtiendrez quatre réponses ». J'ai entendu ce commentaire et ses variations de la part des politiciens et des administrateurs de santé, comme pour s'excuser de n'avoir rien fait, chaque fois que j'essayais d'obtenir d'eux un soutien pour améliorer les soins psychiatriques et augmenter les ressources. Des croyances surévaluées et des panacées ne sont pas rares en médecine, mais il est possible que nulle part ailleurs qu'en psychiatrie tant d'idéologies ne fleurissent.

C'est un truisme de dire que la psychiatrie est scindée en de multiples directions et sous-directions de pensées. Si l'on considère qu'une base commune de connaissances représente le critère de définition de toute profession, ce clivage représente une menace importante à la cohérence de notre profession. En général, les manuels couvrent tous les aspects 55, et l'intégration des savoirs est librement favorisée, mais elle n'est pas mise en œuvre dans la pratique. Il existe à travers le monde des associations de psychiatrie biologique, de psychothérapie, de psychothérapie sociale, toutes proclamant comme ayant pour objectif principal une meilleure offre de soins aux malades (souvent avec des liens étroits ou une coopération avec les disciplines et professions apparentées). Chaque approche possède sa propre base de connaissances, de conférences et de journaux. Entre eux, le ton devient de plus en plus irrité 56-60, d'autant plus qu'il y a des enjeux et des ressources en jeu 61.

En ayant travaillé et vécu pendant un certain temps dans un esprit spécifique, et en ne voyant que des groupes restreints de patients, il est dangereux, voire impossible, de changer d'opinion. C'était pareil pour nos anciens psychiatres, qui développaient leurs concepts dans des environnements spécifiques – par exemple, E. Kraepelin travaillant surtout avec des patients psychotiques dans les hôpitaux psychiatriques, et S. Freud s'occupant essentiellement de patients névrosés en consultation privée, chacun possédant peu d'expérience ou une expérience limitée de l'environnement de l'autre – ceci aboutissait donc à des conceptions complètement différentes 62. Il est bien entendu difficile d'être au diapason de tous les courants de la psychiatrie, même si les associations professionnelles (telle que la WPA) organisent régulièrement des congrès où toutes les approches professionnelles sont représentées. Le danger de se scinder ou d'être absorbé par d'autres professions 1 est clairement illustré pour la psychiatrie aux Etats Unis à travers l'écart qui existe entre « les deux cultures » la biologie psychiatrique et la psychothérapie, tel que cela a été décrit par un scientifique neutre et de l'extérieur 63, et par les épithètes de « stupide » et « sans cervelle » échangés entre les membres de ces deux parties 64. Les recommandations mettent généralement l'accent sur la combinaison des deux approches, mais les systèmes de remboursement ne favorisent pas une telle intégration.

LES DÉFIS DE L'EXTERIEUR

Le mécontentement du client

Bien que la critique de la psychiatrie de la part des professionnels s'exprime depuis longtemps 17-18 et continue encore aujourd'hui 65, le mécontentement vis à vis de notre profession

s'exprime de plus en plus par nos « clients », les patients. Alors que les critiques à l'intérieur d'une profession sont susceptibles de créer une dynamique de développement, le mécontentement des clients concernés peut, lui, être délétère.

Au cours des dernières décennies, j'ai vu apparaître de nouveaux termes pour parler de nos patients. On a d'abord parlé de « client », puis de « consommateur » (ce qui sous-entend le droit à recevoir un service adéquat). Par la suite « usager » puis « usager de service », des termes difficiles à traduire de l'anglais, mais très utilisés dans le monde anglophone, ont circulé parmi les professionnels et sont même apparus dans les rapports gouvernementaux. Ces termes eux-mêmes impliquent un changement dans la relation entre médecin et patient, le modèle « asymétrique » paternaliste se voyant remplacé par des modèles plus symétriques (tels que les modèles « informatifs », « interprétatifs » et « intentionnels ») 66. De plus, en remplaçant le mot « patient », ces termes indiquent une prise de distance par rapport à la médecine. Enfin sont arrivés les termes d' « ex-usager », « ex-patient » et « survivant de la psychiatrie » soulignant un détachement complet de la psychiatrie.

L'expression d'un « mécontentement » couvre en réalité un spectre assez large, depuis le concept de « survivant de la psychiatrie » 67, qui implique que la psychiatrie ne devrait même pas exister, jusqu'à d'autres formes de mécontentement, qui critiquent « l'état » de la psychiatrie 68. Aujourd'hui, l'internet permet aux personnes ayant suivi un traitement psychiatrique d'échanger leurs expériences. Les expériences négatives sont rapportées, mais aussi les expériences positives, lesquelles sont toutes rendues mondialement publiques dans les récits personnels (69-70). Les thèmes sont divers, et s'étendent des diagnostics aux traitements pharmacologiques, des mesures obligatoires au manque de considération par rapport à la qualité de vie. Les membres de la famille aussi (appelés « soignants » naturels ou *caregivers* aujourd'hui dans le monde anglophone) expriment leur mécontentement vis à vis de la psychiatrie, bien que souvent exprimant un autre point de vue que les usagers.

Les associations indépendantes d'aide par soi-même (*self-help organizations*) liées à la santé mentale foisonnent, fondées par des « clients » 71 et des « soignants » 72. Celles-ci sont devenues pertinentes non seulement en termes d'octroi de droits et de gains de confiance en soi pour leurs membres, mais elles sont également présentes dans les conférences et dans la création de sociétés de formation et cabinets de conseil (i.e., 73), ainsi qu'au niveau politique, où, selon la coopération des politiciens et des administrateurs de santé, elles peuvent participer au processus de planification.

Aujourd'hui, de nombreuses associations et groupes d'usagers et d'organismes se focalisent sur le concept de rétablissement (recovery) 74, de plus en plus préconisé comme l'objectif principal dans la stratégie de santé mentale dans beaucoup de pays anglophones. Certains experts déclarent que cela n'est qu'un « consensus rhétorique » et soulignent le besoin de différencier le rétablissement « clinique » du rétablissement « personnel » 75, de même que la « rétablissement comme résultat » du « rétablissement comme processus ». Des malentendus surviennent également lorsque le mot est traduit en d'autres langues.

Aujourd'hui, ce souci des besoins des clients et de leur inclusion est soutenu par les documents d'organismes internationaux tels que les Nations Unies 76, la Commission Européenne 77, le Conseil de l'Europe 78, et l'OMS 79. La profession psychiatrique a contribué à cette perspective : par exemple, les recommandations pour « une prise en charge améliorée de la santé mentale » ont été élaborées, donnant une importance égale à « l'éthique », aux « résultats » et à « l'expérience », y compris l'expérience des usagers 80, et les questions de la qualité de vie qui sont abordées 81. Néanmoins, les critiques des clients perdurent.

Compétition avec d'autres professions

Comme Abbott 26 l'a remarqué, les professions, en plus de définir leur base de connaissances et d'étendre leur champ de compétence, se méfient des intrus. Dans l'ère postmoderne, avec la croissance d'expertises culturelles professionnelles 82, il y a de plus en plus « d'intrus » dans ce territoire que la psychiatrie considère le sien. Et inconsciemment ou consciemment, afin d'attirer la clientèle, ces derniers se servent souvent du stigmatisme lié au fait d'être traité par un psychiatre.

Au niveau médical, ce sont les neurologues, les généralistes et les médecins qui pratiquent une médecine alternative en compétition avec celle des psychiatres. Par exemple, dans beaucoup de pays, le volume des ordonnances d'antidépresseurs est bien plus important en médecine générale qu'en psychiatrie. Il va sans dire que les neurologues revendiquent pour eux les syndromes organiques cérébraux, mais selon le système de remboursement en place, ils traitent aussi les patients psychiatriques dans beaucoup de pays.

Les psychologues, psychothérapeutes, travailleurs sociaux cliniques constituent d'autres groupes professionnels importants qui entrent en compétition avec les psychiatres. En Autriche, il y a presque dix fois plus de psychologues cliniciens /psychothérapeutes officiellement reconnus que de psychiatres. Aux Etats-Unis, en 1990, 80,000 travailleurs sociaux cliniques étaient actifs dans le domaine socio-psychologique psychiatrique, dont

un quart dans la pratique privée 1. Les psychologues rivalisent aussi dans le secteur psychologique et psychothérapeutique : aux Etats Unis, par exemple, selon l'APA, depuis 1995 des projets de loi proposant un droit de prescription pour les psychologues ont été étudiés cent fois dans 23 états différents. Ils ont été rejetés 96 fois, à l'exception du Nouveau Mexique, de la Louisiane, du Wisconsin, et de l'Oregon qui ont mis en place une législation adéquate 83.

Il existe aussi des défis plus systématiques, tel que le programme d' « amélioration de l'accès aux thérapies psychologiques » en Angleterre, dans le cadre duquel 3600 « thérapeutes psychologues » sont formés en « thérapie cognitive comportementale » 84. De plus, un document des autorités anglaises sur les « nouvelles façons de travailler » 85 accorde davantage aux psychiatres un rôle de supervision, et promeut plutôt d'autres professions dans les services de santé mentale quant au contact direct avec le patient. Etant donné le manque de psychiatres dans les pays en voie de développement, ce nouveau cadre leur est spécifiquement adressé 86. Comme l'a exprimé un psychiatre anglais, cette proposition crée un dilemme: « Les psychiatres doivent continuer à voir les patients en première instance, pas seulement dans le cadre de la supervision. Si , en tant que corps consultatif, nous ne voyons plus qu'un nombre réduit de cas, et que nous supervisons d'autres professionnels qui, eux, en voient un bien plus grand nombre que nous, ce n'est qu'une question de temps avant que nous perdions le respect, la crédibilité et la compétence » 87.

Comment réagir à ces développements ? Comment garder l'équilibre entre notre propre identité et l'identité d'autres professions, dans un domaine où le chevauchement des expertises est de plus en plus commun ? Comment organiser la coopération d'une manière satisfaisante ? Des questions fondamentales sont posées ici, telle que l'opposition entre la pratique privée et le secteur public, entre les pratiques indépendantes et les pratiques collectives, entre la prise en charge des responsabilités et des risques, ainsi que le traitement hospitalier et les soins de secteur. Le travail d'équipe mérite une attention particulière 88.

L'image négative

Je me considère comme une personne d'aspect et de comportement normal. Dans mes échanges avec de nouvelles personnes en dehors de mon milieu professionnel, il est inévitable, au bout d'un certain temps, d'annoncer ma profession. On ne me croit pas: « vous êtes psychiatre ? ». Je ne sais pas ce qu'ils sous-entendent quand ils me répondent de la sorte, mais j'en suis venu à interpréter leur réaction comme un compliment. Bon sang, mais de quoi s'attendent-ils à ce qu'un

psychiatre ait comme apparence ou un certain mode de comportement.

Tout psychiatre connaît bien ce genre de réaction et en a fait l'expérience : il y a quelque chose de particulier à notre profession, la façon dont les gens nous perçoivent. Les représentations de la psychiatrie dans les films sont rarement positives 89 et un certain nombre de stéréotypes à notre égard circulent, notamment par le biais de descriptions humoristiques, tels que « le professeur cinglé », « l'analyste » et « l'interrogateur distant » 68-90. Certains de ces stéréotypes se réfèrent peut être au temps où les psychiatres travaillaient essentiellement en milieu hospitalier, à l'écart de la vie normale, et où on considérait que, ce faisant ils devenaient eux-mêmes des êtres étranges, ne différant pas de beaucoup de leurs patients 91.

Il a été suggéré que de telles représentations pèsent dans la décision des étudiants de médecine à éviter la psychiatrie comme spécialisation 92, ou qu'elles provoquent l'abandon prématuré de la formation en psychiatrie 93: les médecins qui avaient commencé une formation en tant que psychiatre en Angleterre, mais qui ont abandonné, s'accordent souvent à dire que la psychiatrie a une mauvaise image publique et qu'ils ne sont pas suffisamment respectés par les médecins dans d'autres disciplines.

En ce qui concerne le contact des patients avec la psychiatrie, une étude basée sur des cas rapportés au sein de la population générale en Allemagne montre que seulement une minorité des personnes interrogées recommandent la visite chez un psychiatre comme premier choix 94. Des résultats similaires ont été rapportés en Autriche et en Australie 95. Les gens ont probablement peur qu'en venant nous consulter, ils risquent d'être stigmatisés et discriminés, si cela se sait. La population générale émet un fort souhait de mise à distance des personnes souffrant de troubles mentaux 96, et la stigmatisation et la discrimination sont bien connues et décrites 97. Ceci est connu de tous ceux qui développent des problèmes psychologiques et considèrent le recours à une aide professionnelle. De plus, les gens pourraient imaginer que les psychiatres (par contraste avec les psychologues et psychothérapeutes) vont les traiter principalement avec des médicaments, et c'est ce que la majorité des personnes refuse : dans une enquête autrichienne, une grande majorité recommandait en premier lieu une psychothérapie, même en cas de démence, et ce pourcentage atteignait 73 % 95.

La « stigmatisation » des psychiatres n'est pas suffisamment étudiée 98, comparée à celle de nos patients. Il se peut qu'il y ait aussi une relation plus complexe entre ces deux sujets. Il a été suggéré que les membres de la profession psychiatrique pourraient être simultanément stigmatisés, stigmatisés et des agents puissants

de destigmatisation 99. Avec tant de questions ouvertes, il est compréhensible que la WPA finance un projet de recherche sur la « stigmatisation de la psychiatrie et des psychiatres » 9.

OU VA LA PSYCHIATRIE ET QUI Y VA ?

Selon des informations reçues du secrétariat de la WPA, il y a plus de 200 000 psychiatres certifiés à travers le monde dans les 134 sociétés membres de la WPA. Il existe des différences régionales, notamment un grand écart entre les pays développés et ceux en développement. Il est donc difficile de définir la tendance générale dans le développement de la profession psychiatrique. Les facteurs qui l'influencent sont multiples et varient d'un pays à l'autre.

Mais, de manière générale, le recrutement dans la profession baisse. Et même si les prévisions dans beaucoup de pays montrent que la demande de psychiatres 100, ou du moins de services psychiatriques 101, va augmenter, notamment dans les pays en voie de développement 86, des doutes persistent à savoir si nous, en tant que profession, pourrions répondre à cette demande. Par conséquent, la WPA a initié des activités afin de promouvoir le choix de la psychiatrie chez les étudiants en médecine et de rendre la spécialité plus attractive en améliorant la possibilité d'accéder rapidement à des postes en psychiatrie 8-9.

Aux Etats Unis, le nombre d'étudiants en médecine qui optent pour une carrière en psychiatrie est en baisse depuis plus de deux décennies, selon une étude publiée en 1995 102. Un rapport publié en 2009 donne un tableau plus optimiste, tout en indiquant que plus de 30 % des résidents en psychiatrie sont des diplômés en médecine internationaux 101. En Angleterre, en 2008, les psychiatres généralistes figuraient sur la liste nationale des professions en manque de recrues (*shortage occupation list*) du *Migration Advisory Committee* (Comité de Conseil en Migration, qui facilite le recrutement international) et 80 % d'élèves passant l'examen *MRCPsych* étaient des diplômés en médecine internationaux 100. Le *Royal College of Psychiatrists* en Grande Bretagne considère que le « recrutement en psychiatrie a atteint son point de crise » 103.

Dans les pays en développement, il y a une pénurie évidente de psychiatres avec, par exemple, seulement un psychiatre pour une population de 640 000 au Pakistan 4. Un groupe de travail de la WPA a discuté de la « fuite de cerveaux » depuis les pays en développement vers les pays industrialisés (en général vers les Etats-Unis, le Royaume Uni, le Canada, l'Australie) 104. Ajouté aux autres motifs, il est clair qu'une pénurie de psychiatres dans les pays industrialisés facilite cette fuite des cerveaux.

Certaines raisons à la baisse de recrutement ne peuvent s'expliquer que localement, sur des critères tels que les changements dans le curriculum de formation, l'allongement des journées de travail, les heures supplémentaires non payées, une réduction des salaires, ou une surcharge de tâches administratives. L'écart entre le secteur public et le secteur privé, ce dernier devenant de plus en plus attirant dans beaucoup de pays, pourrait devenir encore plus important dans le futur. En Australie, il semble que c'est la pénurie de psychiatres dans le secteur public qui a engendré un flux de psychiatres d'Afrique, de l'Inde et de la Chine 105. En Allemagne, la pénurie de psychiatres travaillant en milieu hospitalier s'est aggravée, en partie due au fait que les Pays Bas et la Suisse offrent de meilleures conditions de travail 5.

Le recrutement en psychiatrie est un processus complexe, soumis aux attitudes des étudiants en médecine, à l'image de la psychiatrie, à la disponibilité de postes, et à d'autres facteurs 106. Une des raisons pour la baisse de recrutement en psychiatrie, qui revient encore et encore 92-93-107, est l'abandon des étudiants en médecine et la perception négative du domaine de la psychiatrie, liés au manque de défi intellectuel, aux doutes par rapport à l'efficacité des traitements psychiatriques, aux opinions négatives de nos pairs et des universitaires en ce qui concerne la psychiatrie, au peu de prestige associé avec la psychiatrie en médecine ; la peur de la violence pourrait aussi être un facteur 108. Dans une étude récente, des diplômés en médecine anglais, qui au départ avaient choisi la psychiatrie mais qui ne l'ont pas poursuivi comme carrière, ont rapporté parmi les raisons de leur abandon le statut peu reluisant de la psychiatrie parmi les disciplines médicales, le peu ou l'absence d'amélioration chez beaucoup de patients, et l'absence d'« evidence based » pour le diagnostic et le traitement 93. Certains argumentent que le recrutement pourrait être amélioré en donnant à la psychiatrie une identité neuroscientifique plus nette 56-57-109. Mais on pourrait tout aussi bien argumenter le contraire 59.

Evidemment, l'identité d'une profession et son statut en médecine et en société sont des facteurs importants de motivation et de démotivation – d'où le titre de cette section « Où va la psychiatrie et qui y va ? » tiré d'un article de la revue *Academic Medicine* 110 associant le recrutement en psychiatrie aux Etats-Unis à ses frontières d'attributions et aux ambiguïtés de son cadre conceptuel étriqué. Mais où va la psychiatrie ?

LE FUTUR DE LA PSYCHIATRIE

Beaucoup soutiendraient que notre discipline a gagné en statut par une augmentation importante des connaissances acquises au travers des

décennies passées. Néanmoins, tout indique que la connaissance diagnostique et thérapeutique psychiatrique est soumise à une crise de crédibilité, et que la cohérence de notre discipline est menacée par l'existence de sous groupes idéologiques. De plus, nous sommes de plus en plus critiqués par nos patients et leurs soignants (notamment par le biais d'Internet); d'autres professions réclament de plus en plus de segmentation dans notre champ de compétence, et notre image vis à vis de la société et de la médecine est moins positive que ce que la plupart d'entre nous pourraient penser. Pour un observateur extérieur, beaucoup de critères qui définissent une profession se trouvent donc mis en danger.

Malgré cela, certains auteurs sont confiants que la psychiatrie survivra. Pichot, qui considère que la psychiatrie est menacée d'être « incorporée dans d'autres spécialités médicales » ou d'être « privée de son caractère médical », a conclu – dans une perspective historique à long terme – que la crise de la psychiatrie n'est « autre qu'un épisode transitoire dans son histoire »1. Et l'auteur de l'article dans *Academic Medicine* cité ci dessus 110, après avoir analysé en détail les difficultés que traverse la psychiatrie, exprime sa confiance dans le fait que « l'art est long, la vie est courte, mais la psychiatrie perdurera sûrement », et en mettant en avant « un milieu intellectuel riche » et « un style de vie contrôlable » que les futurs élèves devraient pouvoir anticiper. Mais, peut-on se fier simplement aux répétitions de l'histoire et l'attrance d'un milieu intellectuel, sans parler de la promesse d'un style de vie contrôlable 111?

La conclusion que « l'art est long, la vie est courte, mais la psychiatrie perdurera sûrement » 110 est suivie d'un post-scriptum succinct mais concluant et montrant bien l'ambiguïté de l'auteur : « Il n'est tout simplement pas clair de savoir sous quelle forme, ni avec qui, cela est susceptible de se mettre en place ». Il n'y a pas de doute que la psychiatrie offre des services indispensables à la société. Mais il n'est pas certain qu'elle puisse le faire dans le futur en tant que profession indépendante (bien qu'elle soit déjà divisée en sous spécialités, (médicolégale, pédopsychiatrie, psychiatrie de l'adolescent, gériatrique) et en coopération avec d'autres professions, ou qu'elle (ou une de ses sous spécialités) ne souffrira pas d'une « mainmise plus ou moins hostile » de la part d'autres professions.

Au sein de la psychiatrie, et en partie en réaction aux défis exposés ci dessus, un processus « d'écémage » s'observe, avec des sous-groupes substantiels de notre profession qui se concentrent sur des segments et traitements spécifiques, plus gratifiants intellectuellement et financièrement, et qui souvent impliquent moins de stigmatisation, un statut plus élevé, de meilleures perspectives de carrières

académiques, et un style de vie plus contrôlable, laissant donc aux autres les tâches plus ingrates, telles que la prise en charge des patients suicidaires ou violents, dont les troubles mentaux perdurent, ou qui présentent des addictions à l'alcool ou aux drogues. Un processus général de la société moderne qui accélère les tendances centrifuges en psychiatrie est le déclin du généraliste au profit de l'ascension du spécialiste, ce dernier bénéficiant généralement d'un plus grand prestige et d'une meilleure rémunération, mais qui fonctionne souvent selon le schéma « J'ai une réponse, avez-vous une question ? » - laissant ceux qui ont besoin de leurs services sans orientation précise.

Si la psychiatrie doit perdurer en tant que profession, il lui faut trouver un noyau conceptuel. Ce à quoi cela ressemblera n'est pas encore clair. Les piliers de la psychiatrie traditionnelle –

l'expérience clinique, une connaissance compréhensive de la psychopathologie et des qualités de communication avec les malades – pourraient se perdre en tant que dénominateurs communs dans l'environnement actuel de la spécialisation, et il a été suggéré qu'une « renaissance de la psychopathologie » pourrait s'avérer nécessaire [112](#). Certains corps professionnels s'efforcent de définir le profil du psychiatre comme psychiatre généraliste [113-114](#). Cela vaut la peine de participer à de telles discussions de façon plus large. Néanmoins, ces discussions devraient être complétées par une analyse rigoureuse et ouverte des motifs qui poussent les psychiatres à travailler dans des contextes spécifiques et à propager des approches spécifiques, par l'analyse des motivations et des intérêts qui sous-tendent les rôles visibles joués par les psychiatres aujourd'hui dans différents contextes.

RÉFÉRENCES

- Pichot P. The history of psychiatry as a medical profession. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N, editors. *New Oxford textbook of psychiatry*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. pp. 17–27.
- Malhi GS. Professionalizing psychiatry: from 'amateur' psychiatry to a mature profession. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118:255–258. [[PubMed](#)]
- Brown N, Bhugra D. 'New' professionalism or professionalism derailed? *Psychiatr Bull*. 2007;31:281–283.
- Gadit AA, Khalid N. Human rights and international recruitment of psychiatrists: dilemma for developing countries. *J Pak Med Assoc*. 2006;56:474–476. [[PubMed](#)]
- Schneider F. Zunehmender Ärztemangel in Psychiatrie und Psychotherapie: Neue Wege für die Nachwuchsförderung. In: Raueiser S, editor. *Psychiatrie gestalten: Qualität – Finanzierung – System*. Irsee: Grizeto; in press.
- Poole R, Bhugra D. Should psychiatry exist? *Int J Soc Psychiatry*. 2008;54:195–196. [[PubMed](#)]
- Baker M, Menken M. Time to abandon the term mental illness. *BMJ*. 2001;322:937–937.
- Maj M. The WPA Action Plan 2008–2011. *World Psychiatry*. 2008;7:129–130. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry*. 2009;8:65–66. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- Marners A. Psychiatry's 200th birthday. *Br J Psychiatry*. 2008;193:1–3. [[PubMed](#)]
- Cruess SR, Cruess RL. Understanding medical professionalism: a plea for an inclusive and integrated approach. *Medical Education*. 2008;42:755–757. [[PubMed](#)]
- Siegrist H. Professionalization/professions in history. In: Smelser NJ, Baltes PB, editors. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*. Amsterdam: Elsevier; 2004. pp. 12154–12160.
- Coady M. The nature of professions: implications for psychiatry. In: Bloch S, Green SA, editors. *Psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2009. pp. 85–98.
- World Health Organization. *International statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision of the international list of diseases and causes of death*. Geneva: World Health Organization; 1949.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 1st ed. Washington: American Psychiatric Association; 1952.
- Kendler K. An historical framework for psychiatric nosology. *Psychol Med*. 2009;39:1935–1941. [[PubMed](#)]
- Hartung FE. Manhattan madness: the social movement of mental illness. *Sociological Quarterly*. 1963;4:261–272.
- Scheff TJ. *Being mentally ill*, 2nd ed. Piscataway: Aldine Transaction; 1984.
- Halliwel E. Psychiatric diagnoses are less reliable than the stars. www.timesonline.co.uk.
- Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009–2011. *World Psychiatry*. 2009;8:129–130. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- Regier D, Narrow W, Kuhl EA. The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2009;166:645–650. [[PubMed](#)]
- Owen MJ, Craddock N, Jablensky A. The genetic deconstruction of psychosis. *Schizophr Bull*. 2007;33:905–911. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*. 2003;160:4–12. [[PubMed](#)]
- Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *Br J Psychiatry*. 2007;190:210–216. [[PubMed](#)]
- Van Os J. 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;120:363–372. [[PubMed](#)]
- Abbott AD. *The system of professions: an essay on the division of expert labour*. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
- Summerfield D. Depression: epidemic or pseudo-epidemic? *J Roy Soc Med*. 2006;99:161–162. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- Redlich F, Kleinlein P. The concept of health in psychiatry. In: Leighton AH, Clausen JA, Wilson RN, editors. *Explorations in social psychiatry*. New York: Basic Books; 1957. pp. 138–164.
- Maj M. Are we able to differentiate between true mental disorders and homeostatic reactions to adverse life events? *Psychother Psychosom*. 2007;76:257–259. [[PubMed](#)]
- Andrews G, Goldberg DP, Krueger W. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med*. 2009;39:1993–2000. [[PubMed](#)]
- Kaymaz N, van Os J, Murray et al. (2004) revisited: is bipolar disorder identical to schizophrenia without developmental impairment? *Acta Psychiatr Scand*. 2009;120:249–252. [[PubMed](#)]
- Mezzich JE, Salloum IM. Clinical complexity and person-centered integrative diagnosis. *World Psychiatry*. 2008;7:1–2. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- Kendler KS, Appelbaum PS, Bell CC. Issues for DSM-V: DSM-V should include a conceptual issues work group. *Am J Psychiatry*. 2008;165:174–175. [[PubMed](#)]
- Mullins-Sweatt S, Widiger T. Clinical utility and DSM-V. *Psychological Assessment*. 2009;21:302–312. [[PubMed](#)]
- Shorter E, Tyrer P. Separation of anxiety and depressive disorders: blind alley in psychopharmacology and classification of disease. *BMJ*. 2003;327:158–160. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- Dobrinsky K. The good, the bad, and the severely mentally ill: official and informal labels as organizational resources in community mental health services. *Soc Sci Med*. 2009;69:722–788. [[PubMed](#)]
- Sackett D, Rosenberg WMC, Muir Gray JA. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71–72. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med*. 2008;5:260–268.
- Turner EH, Matthews AM, Linardatos E. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J*

- Med. 2008;358:252–260. [PubMed] 40. Mathew EJ, Charney DS. Publication bias and the efficacy of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 2009;166:140–145. [PubMed]
41. Hopewell S, Loudon K, Clarke MJ. Publication bias in clinical trials due to statistical significance or direction of trial results. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1:MR000006.
42. Gilbody S, Wahlbeck K, Adams C. Randomized controlled trials in schizophrenia: a critical perspective on the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105:243–251. [PubMed]
43. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*. 2005;353:1209–1232. [PubMed]
44. Jones PB, Barnes TRE, Davies L. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia. Cost utility of the latest antipsychotic drugs in schizophrenia study (CUTLASS 1). *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:1079–1087. [PubMed]
45. Jane-Llopis E, Katschnig H, McDaid D. Evidence in public mental health. Commissioning, interpreting and using evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer. Luxembourg: European Commission; www.timesonline.co.uk.
46. Fleischhacker WW, Goodwin GM. Effectiveness as an outcome measure for treatment trials in psychiatry. *World Psychiatry*. 2009;8:23–27. [PMC free article] [PubMed]
47. Weightman A, Ellis S, Cullum A. Grading evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting a framework. London: Health Development Agency; 2005.
48. Rush AJ. The role of efficacy and effectiveness trials. *World Psychiatry*. 2009;8:34–35. [PMC free article] [PubMed]
49. Ghaemi SN, editor. Polypharmacy in psychiatry. New York: Dekker; 2002.
50. Schowalter JE. How to manage conflicts of interest with industry? *Int Rev Psychiatry*. 2008;20:127–133. [PubMed]
51. Dunbar CE, Tallman MS. ‘Ghostbusting’ at Blood. *Blood*. 2009;113:502–503. [PubMed]
52. Singer N, Wilson D. Medical editors push for ghostwriting crackdown. *New York Times*. 2009 Sep 18;
53. Mayou RA, Ehlers A, Hobbs M. Road traffic accident victims: three-year follow-up of a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2000;176:589–593. [PubMed]
54. Berk M, Parker G. The elephant on the couch: side effects of psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009;43:787–794. [PubMed]
55. Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N, editors. *New Oxford textbook of psychiatry*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
56. Goodwin GM, Geddes JR. What is the heartland of psychiatry? *Br J Psychiatry*. 2007;191:189–191. [PubMed]
57. Craddock N, Antebi D, Attenburrow M. Wake-up call for British psychiatry. *Br J Psychiatry*. 2008;193:6–9. [PubMed]
58. Nutt DJ, Sharep M. Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *J Psychopharmacol*. 2008;22:3–6. [PubMed]
59. Fava GA. The decline of pharmaceutical psychiatry and the increasing role of psychological medicine. *Psychother Psychosom*. 2009;78:220–227. [PubMed]
60. Kingdon D, Young AH. Debate: Research into putative biological mechanisms of mental disorders has been of no value for clinical psychiatry. *Br J Psychiatry*. 2007;191:285–290. [PubMed]
61. Fava GA. Financial conflicts of interest in psychiatry. *World Psychiatry*. 2007;6:19–24. [PMC free article] [PubMed]
62. Katschnig H. Hundert Jahre wissenschaftliche Psychiatrie. Sigmund Freud, Emil Kraepelin, Émile Durkheim und die moderne Psychiatrie. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 1998;110:207–211. [PubMed]
63. Luhmann TM. *Of two minds. An anthropologist looks at American psychiatry*. New York: Vintage Books; 2000.
64. Lipovsky ZJ. Psychiatry. Mindless or brainless? Both or neither? *Can J Psychiatry*. 1989;34:249–254. [PubMed]
65. Bracken P, Thomas P. *Postpsychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
66. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267:2221–2226. [PubMed]
67. European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry. www.enusp.org.
68. Morgan G. on behalf of the Highland user group. Why people are often reluctant to see a psychiatrist. *Psychiatr Bull*. 2006;30:346–347.
69. Alaska Mental Health Consumer Network. Recovery stories. akmhweb.org.
70. InfoScotland. www.wellscotland.info.
71. Intervoice. www.intervoiceonline.org.
72. European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness. www.eufami.org.
73. Working to Recovery. www.workingtotherecovery.co.uk.
74. Amering M, Schmolke M. *Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities*. Chichester: Wiley Blackwell; 2009.
75. Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatria Soc*. 2008;17:128–137.
76. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. *Convention on the rights of persons with disabilities*. www2.ohchr.org.
77. European Union. *European pact for mental health and wellbeing*. ec.europa.eu.
78. European Health Committee. *Recommendation CM/Rec (2009) 3 of the Committee of Ministers to member states on monitoring the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder*. wcd.coe.int.
79. World Health Organization Regional Office for Europe. *Mental health declaration for Europe: facing the challenges, building solutions*. www.euro.who.int.
80. Thornicroft G, Tansella M. *Better mental health care*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
81. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. *Quality of life in mental disorders*, 2nd ed. Chichester: Wiley; 2006.
82. Whitley R. Postmodernity and mental health. *Harv Rev Psychiatry*. 2008;16:352–364. [PubMed]
83. Stotland NL. Presidential address. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1100–1104. [PubMed]
84. *Improving Access to Psychological Therapies*. www.iapt.nhs.uk.
85. Department of Health. *New ways of working for psychiatrists: enhancing effective, person-centred services through new ways of working in multidisciplinary and multi-agency contexts*. www.dh.gov.uk.
86. Patel V. The future of psychiatry in low- and middle-income countries. *Psychol Med*. 2009;39:1759–1762. [PubMed]
87. Gee M. New Ways of Working threatens the future of the psychiatric profession. *Psychiatr Bull*. 2007;31:315–315.
88. Burns T. *Community mental health teams. A guide to current practice*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
89. Byrne P. Why psychiatrists should watch films (or What has cinema ever done for psychiatry?). *Advances in Psychiatric Treatment*. 2009;15:286–296.
90. Von Sydow K. *Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit*. *Psychotherapeut*. 2007;52:322–333.
91. Appel KE, Pearson MM. Facilities for psychiatric education survey of psychiatric departments in medical school. *Am J Psychiatry*. 1959;115:698–705. [PubMed]
92. Tamaskar P, McGinnis R. Declining student interest in psychiatry. *JAMA*. 2002;287:1859–1859. [PubMed]
93. Lambert TW, Turner G, Fazel S. Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. *Psychol Med*. 2006;36:679–684. [PubMed]
94. Riedel-Heller S, Matschinger H, Angermeyer MC. *Mental disorders – who and what might help? Help-seeking and treatment preference of a lay public*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40:167–174. [PubMed]
95. Jorm AF, Angermeyer M, Katschnig H. Public knowledge of and attitudes to mental disorders: a limiting factor in the optimal use of treatment services. In: Andrews G, Henderson S, editors. *Unmet need in psychiatry. Problems, resources, responses*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999. pp. 399–413.
96. Jorm AF, Oh E. Desire for social distance from people with mental disorders: a review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009;43:183–200. [PubMed]
97. Thornicroft G. *Shunned Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
98. Persaud R. Psychiatrists suffer from stigma too. *Psychiatr Bull*. 2000;24:284–285.
99. Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19:137–155. [PubMed]
100. Workforce Review Team, NHS. *Workforce summary - General psychiatry*. www.wrt.nhs.uk.
101. Vernon DJ, Salsberg E, Erikson C. *Planning the future mental health workforce: with progress on coverage, what role will psychiatrists play?* *Acad Psychiatry*. 2009;33:187–191. [PubMed]
102. Sierles FS, Taylor MA. Decline of U.S. medical student career choice of psychiatry and what to do about it. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1416–1426. [PubMed]

103. Royal College of Psychiatrists. www.rcpsy-ch.ac.uk.
104. Gureje O, Hollins S, Botbol M. Report of the WPA Task Force on Brain Drain. World Psychiatry. 2009;8:115–118. [PMC free article] [PubMed]
105. Jablensky A. Personal communication. 2009 Sep
106. Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. Br J Psychiatry. 2002;180:307–312. [PubMed]
107. Holm-Petersen C, Hansen VS, Gyrd-Hansen D. The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes towards psychiatry. Acta Psychiatr Scand. 2007;116:308–311. [PubMed]
108. Molyneux G, Wright B, Rush G. Psychiatric training - a dangerous pursuit. Psychiatr Bull. 2009;33:189–192.
109. Sondergard L. Recruitment problems in psychiatry: just a matter of more exposition? Acta Psychiatr Scand. 2007;116:235–237. [PubMed]
110. Cooper RA. Where is psychiatry going and who is going there? Acad Psychiatry. 2003;27:229–233. [PubMed]
111. Rao NR. Recent trends in psychiatry residency workforce with special reference to international medical graduates. Acad Psychiatry. 2003;27:269–276. [PubMed]
112. Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. Br J Psychiatry. 1998;172:458–460. [PubMed]
113. Royal College of Psychiatrists. Roles and responsibilities of the consultant in general adult psychiatry. Council Report C140. London: Royal College of Psychiatrists; 2006.
114. European Union of Medical Specialists. The profile of a psychiatrist. www.uem-spsychiatry.org.

COMMENTAIRES DES DISCUTANTS

La psychiatrie en crise ? Retour aux références fondamentales.

A. JABLENSKI

Des patients doivent pouvoir tirer le bénéfice maximal des compétences médicales et de la formation diversifiée du psychiatre.

N. CRADDOCK, B. CRADDOCK

L'âge d'or de la psychiatrie appartient à l'avenir.

R. MUÑOZ

Construire une passerelle sur la traditionnelle division de la médecine : un rôle pour le psychiatre ?

S. HOLLINS

La psychiatrie est vivante et se porte bien.

S.S. SHARFSTEIN

La psychiatrie : une profession spéciale ou une spécialité médicale ?

F. LOLAS

La médecine, l'affect et les services de santé mentale.

G. IKKOS, N. BOURAS, D. MCQUEEN, P. ST. JOHN-SMITH

La psychiatrie, spécialité médicale : défi et enjeux.

W. GAEBEL, J. ZIELASEK, H.R. CLEVELAND

Les psychiatres auront le dessus.

F. LIEH-MAK

La psychiatrie et le psychiatre ont un grand avenir devant eux.

D. NDETEI

RAPPORTS DE RECHERCHE

L'hypomanie : une perspective transculturelle.

J. ANGST, T.D. MEYER, R. ADOLFSSON, P. SKEPPAR, M. CARTA ET AL

Ce travail examine la validité transculturelle d'un instrument d'évaluation approfondie de l'hypomanie, la *checklist* 32 pour l'hypomanie, dans sa première version révisée (HCL-RI). Elle a été appliquée à 2606 patients de 12 pays, de 5 régions géographiques (Europe du Nord, du Sud et de l'Est, Amérique du Sud, Asie de l'Est).

De plus, des membres du réseau européen GAMIAx ont apportés leurs travaux et leurs résultats. Des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires des éléments de la liste ont permis d'étudier la stabilité transrégionale des capacités de mesure de l' HCL-32 RI, notamment l'influence du sexe et de l'âge comme variante.

Au-delà de diverses cultures, une structure à deux facteurs a été reconnue et confirmée : le premier facteur (F1) reflétait les aspects les plus positifs de l'hypomanie (être plus actif, en état

d'excitation, avoir confiance en soi et être doué de bonnes compétences cognitives) ; le second facteur (F2) reflétait les aspects les plus négatifs (être irritable, impulsif, négligent et vulnérable aux addictions). Les capacités de mesure de la HCL-32 RI sont restées nettement indifférentes aux différences culturelles. Un petit nombre d'items seulement montraient les différences transculturelles dans l'évaluation de l'hypomanie avec cet instrument. Le facteur 2 était plus élevé chez les hommes et dans les syndromes maniaques les plus sévères ; le facteur F1 était plus élevé dans l'Europe du Nord et de l'Est, tout en étant plus faible en Amérique du Sud.

Les scores diminuaient légèrement avec l'âge : la fréquence des 32 items se révélaient particulièrement stable dans les diverses zones

géographiques, à deux exceptions près : les Européens du Sud avaient une fréquence plus faible des symptômes en général, tandis que les Européens de l'Est avaient des scores plus élevés

d'addiction à des substances. Ces résultats plaident pour évaluer la capacité internationale de la HCL-32 RI comme instrument de mesure approfondi de l'hypomanie.

La prévalence et le profil de la psychose non affective dans l'enquête de santé mentale et de bien être au Nigéria.

O. GUREJE, O. OLOWOSEGUN, K. ADEBAYO, D.J. STEIN

Cette étude cherchait à déterminer la prévalence et les corrélats de la psychose sans trouble de l'affectivité chez les Nigériens adultes. Cette étude faisait partie de l'enquête de santé mentale et de bien être du Nigéria et elle fut menée dans 8 des 22 états du Nigéria, représentant environ 22% de la population de ce pays.

Des entretiens en face à face avec des adultes de plus de 18 ans furent pratiqués en utilisant la version 3 de l'entrevue à visée de diagnostic international de l'OMS (CIDI.3)

Une réévaluation clinique fut conduite par des cliniciens sur un échantillon partiel de patients ayant répondu à l'interview. On a pu ainsi constater que le CIDI-3 avait une validité d'évaluation satisfaisante, cohérente avec les explorations approfondies des cliniciens, avec des valeurs de kappa se situant entre 0.52 et 0.72

correspondant aux catégories de psychoses non affectives définies de façon étroite ou large.

La prévalence de psychoses non affectives sur la durée de vie était de 2,1 %, les hallucinations visuelles étant le symptôme le plus habituellement rapporté tandis que les délires de référence étaient les moins fréquents.

La psychose non affective était significativement la plus commune chez les habitants des villes.

Les personnes avec un risque élevé de psychose non affective se concentraient tant dans les études sur la durée de la vie que dans la recherche de troubles co-morbides sur une période de 12 mois en référence au DSM 4. On retrouvait le même risque élevé pour les personnes dans les études fonctionnelles de rôle, de base et instrumentales. Seule une minorité d'entre ces personnes avaient reçu un traitement.

RAPPORT D'UNE SECTION DE LA WPA

Les troubles de la personnalité : une nouvelle perspective globale

PETER TYRER,^{1,2} ROGER MULDER,^{1,3} MIKE CRAWFORD,^{1,2} GILES NEWTON-HOWES,⁴ ERIK SIMONSEN,^{1,5} DAVID NDETEI,⁶ NESTOR KOLDOBSKY,⁷ ANDREA FOSSATI,⁸ JOSEPH MBATIA,⁹ AND BARBARA BARRETT¹⁰

¹WPA SECTION ON PERSONALITY DISORDERS, ²DEPARTMENT OF PSYCHOLOGICAL MEDICINE, IMPERIAL COLLEGE, LONDON,

³DEPARTMENT OF PSYCHOLOGICAL MEDICINE, UNIVERSITY OF OTAGO, CHRISTCHURCH, NEW ZEALAND, ⁴HAWKES BAY DISTRICT HEALTH BOARD, NEW ZEALAND

⁵INSTITUTE OF PERSONALITY THEORY AND PSYCHOPATHOLOGY (IPTP), ROSKILDE, DENMARK, ⁶UNIVERSITY OF NAIROBI, KENYA

⁷NATIONAL UNIVERSITY, LA PLATA, ARGENTINA, ⁸SAN RAFFAELE HOSPITAL, MILAN, ITALY, ⁹MINISTRY OF HEALTH, DAR ES SALAAM, TANZANIA

¹⁰CENTRE FOR ECONOMICS OF MENTAL HEALTH, LONDON

RÉSUMÉ

Les troubles de la personnalité sont désormais reconnus dans le champ de la psychiatrie comme une pathologie à part entière. Bien qu'elle soit encore souvent méconnue dans la pratique, les études ont montré qu'il s'agit d'une pathologie courante, source de morbidité considérable, associée aux coûts élevés de services et pour la société, et qui interfère, le plus souvent de façon négative, dans le développement de traitements pour d'autres troubles mentaux. Aujourd'hui, nous sommes en mesure de démontrer que les troubles de la personnalité, tels qu'ils sont classifiés à présent, affectent environ 6 % de la population mondiale, et que les différences entre les pays ne montrent pas de variation consistante. Nous avons de plus en plus d'évidence que certains traitements, pour la plupart psychologiques, sont bénéfiques pour cette catégorie de troubles. Il s'avère maintenant nécessaire de développer une nouvelle classification qui se montrera plus utile aux cliniciens ; la section de la WPA sur les troubles de la personnalité y travaille actuellement.

Mots clés : Trouble de la personnalité, Classification, Traitement, Co morbidité, Epidémiologie

Pendant les 50 dernières années, le trouble de la personnalité a atteint un niveau de compréhension et même une respectabilité qui lui permet aujourd'hui d'être considéré comme un partenaire égal d'autres troubles mentaux. Avant les années 60, le trouble de la personnalité était considéré, à l'exception peut-être de la personnalité antisociale, comme un diagnostic imprécis et peu fiable, sans grande valeur clinique. Depuis lors, et notamment depuis l'introduction du DSM-III en 1980, il est de plus en plus reconnu que le trouble de la personnalité, malgré des imperfections dans sa classification, peut être décrit et évalué de façon fiable. On a démontré que le trouble de la personnalité peut avoir une influence importante sur l'expression d'autres troubles mentaux lors qu'il est présent comme condition co-morbide, et qu'il pourrait bénéficier d'un traitement spécifique. Cet article discute la pertinence de ces données à l'échelle mondiale, car le sujet est particulièrement pertinent pour les pays pauvres où, jusqu'à récemment, le trouble de la personnalité n'a été que rarement étudié.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Même si les enquêtes nationales sur la morbidité liée aux maladies mentales sont aujourd'hui plus courantes dans les pays industrialisés, elles prennent rarement en compte le trouble de la personnalité. Ceci résulte principalement de la difficulté à réaliser des évaluations du trouble de la personnalité, notamment par des enquêteurs non spécialisés. Par conséquent, il existe encore très peu d'études de ce genre dans la littérature 1-3. Néanmoins, avec l'utilisation de plus en plus fréquente d'évaluations courtes pour dépister le trouble de la personnalité 4,5, il est possible de réaliser les évaluations par des enquêteurs non spécialisés et de fournir des données valables. Trois études épidémiologiques majeures sur le trouble de la personnalité ont été publiées dans

les cinq dernières années. Les résultats sont résumés dans le tableau 1. De loin, la plus grande de ces études a été réalisée à travers 10 pays différents, dont six des pays à revenus faibles ou moyens. Cette étude est particulièrement significative car elle démontre que les troubles de la personnalité ne sont pas moins prévalents en dehors de l'Europe, de l'Amérique du Nord et de l'Australie, où toutes les données antérieures ont été recueillies. Cette étude est aussi importante car elle montre que les problèmes de fonctionnement social parmi les personnes atteintes de trouble de la personnalité sont cliniquement significatifs, même si l'impact d'autres troubles de santé mentale associés a été dépisté 6.

Tableau 1 Méthodes d'étude et prévalence du trouble de la personnalité à partir d'études épidémiologiques publiées récemment

Auteur, année (réf.)	Pays	Méthode	Prévalence (%)	Instruments de dépistage
Huang et al, 2009 (6)	Europe de l'ouest (WE), Colombie (C), Liban (L), Mexique (M), Nigeria (N), République populaire de Chine (PRC), Afrique du Sud (SA), Etats Unis (US)	Enquêtes des foyers à imputation multiple utilisée pour prédire le taux de troubles de la personnalité calculés à partir des moyennes des estimations de prévalence d'imputation multiple	WE : 2,4 C : 7,9 L : 6,2 M : 6,1 N : 2,7 PRC : 4,1 SA : 6,8 US : 7,6	Questions sur 33-items pour le dépistage (EU., C), L'international (L.), Personality Disorder (M.), Examination IPDE (N.)
Coid et al, 2006 (3)	Angleterre, Pays de Galle, Ecosse	Enquête sur un échantillon stratifié de 15 000 foyers (n=628)	4,4	SCID-II questionnaire pour le dépistage
Grant et al, 2004 (7)	Etats-Unis d'Amérique	Echantillon aléatoire (<i>National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions</i>) (n=43,093)	14,8	Programme d'interview <i>Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities</i> de la version du DSM-IV

Même si les enquêtes nationales sur la morbidité liée aux maladies mentales sont aujourd'hui plus courantes dans les pays industrialisés, elles prennent rarement en compte le trouble de la personnalité. Ceci résulte principalement de la difficulté à réaliser des évaluations du trouble de la personnalité, notamment par des enquêteurs non-spécialisés. Par conséquent, il existe encore très peu d'études de ce genre dans la littérature 1-3. Néanmoins, avec l'utilisation de plus en plus

fréquente d'évaluations courtes pour dépister le trouble de la personnalité 4,5, il est possible de réaliser les évaluations par des enquêteurs de base et de fournir des données valables.

Trois études épidémiologiques majeures sur le trouble de la personnalité ont été publiées dans les cinq dernières années. Les résultats sont résumés dans le tableau 1. De loin la plus grande de ces études a été réalisée à travers 10 pays

différents, dont six pays à revenus faibles ou moyens. Cette étude est particulièrement significative car elle démontre que les troubles de la personnalité ne sont pas moins prévalents en dehors de l'Europe, de l'Amérique du Nord et de l'Australie, où toutes les données antérieures ont été recueillies. Cette étude est aussi importante car elle montre que les problèmes de fonctionnement social parmi les personnes atteintes de trouble de la personnalité sont cliniquement significatifs, même si l'impact d'autres troubles de santé mentale associés a été dépisté 6.

COMMENT LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ COMORBIDE AFFECTE D'AUTRES TROUBLES MENTAUX

Maintenant que l'identification de la pathologie de personnalité est affirmée, il est désormais possible de porter notre attention sur la façon dont ce groupe de troubles affecte d'autres troubles mentaux, tels que les troubles affectifs ou psychotiques, identifiés et traités habituellement dans le cadre des soins de santé mentale. Bien que la prévalence du trouble de la personnalité au sein d'un communauté varie entre 3 et 10 %, il apparaît de manière prévisible bien plus élevé dans un contexte de soins secondaires 8,9. En tant que tel, on pourrait s'attendre à ce qu'il ait un effet sur la délivrance du traitement psychopathologique et sur ses effets. Les recherches entreprises à ce jour étayeraient ce point de vue, bien qu'elles soient limitées dans la même mesure que les données épidémiologiques.

L'association la mieux étudiée est celle qui existe entre les troubles dépressifs et l'état de la personnalité. Plus de 60 études ont examiné la corrélation entre le trouble de la personnalité et la dépression et, en combinant les deux dans une approche de méta analyse, elles confirment que les personnes atteintes de troubles de la personnalité sont à peu près deux fois plus susceptibles de ne pas guérir d'un épisode dépressif que ceux qui n'ont pas de trouble de la personnalité (données non publiées). Ces données sont très similaires aux données initiales qui soulignent des résultats médiocres dans le traitement de la dépression lorsqu'une pathologie de la personnalité est présente 10. Ces études n'expliquent pas clairement si ces moins bons résultats sont dus au manque de traitements ciblés sur la pathologie de la personnalité, ou si le trouble de la personnalité agit comme diathèse dans de telles conditions 11.

Les données sont encore moins claires en ce qui concerne les troubles psychotiques. Ce champ de recherche n'est pas aussi bien développé, et même la prévalence de la pathologie de personnalité oscille de 4,5 à 100 % concomitante à ces troubles. Cette variation énorme paraît être liée au pays dans lequel

l'étude a eu lieu, les soins dispensés et les instruments utilisés pour mesurer la personnalité 12. Il n'est pas évident que les mesures de la personnalité dans la psychose soient fiables 13. Les résultats dans ce groupe sont eux-mêmes mal étudiés 14, bien qu'il y ait des indicateurs périphériques montrant que le trouble de la personnalité dans ce groupe est souvent exprimé en termes de violence 15, de criminalité 16, et de nouvelle hospitalisation 17.

D'autres études ont exploré les interactions de la pathologie de la personnalité et de maladies mentales lourdes, que ce soit dans le contexte des soins primaires ou de soins de seconde ligne. Ceci soutient la probabilité de moins bons résultats chez les patients atteints de troubles de la personnalité et qui sont, en général, traités pour des troubles de l'humeur et psychotiques. Les résultats recueillis sur une enquête de deux ans au sein d'une population australienne montrent que l'élément personnalité de la névrose pourrait être une des corrélations prédictives de mauvais résultats chez ceux qui sont atteints de maladie mentale 18. Les données croisées aussi ont suggéré que le trouble de la personnalité, surtout sa sévérité, pourrait être associé avec des besoins sociaux plus élevés et un plus grand dysfonctionnement social chez les patients dans un environnement de soins de seconde ligne en Angleterre 19.

De telles études suggèrent que le dysfonctionnement de la personnalité a un effet négatif sur les fonctions mentales et sur le traitement, mais qu'il reste relativement sous-traité. Pourquoi ? La réponse à cette question est potentiellement multifactorielle, bien que les attitudes des cliniciens vis à vis de ce groupe difficile à prendre en charge y soient pour beaucoup. Pendant plus de deux décennies, il a été suggéré que les cliniciens en santé mentale n'aimaient pas les patients atteints de troubles de la personnalité 20, et des données récentes suggèrent que les cliniciens perçoivent les patients atteints de troubles de la personnalité comme étant plus difficiles, malgré le manque de preuves objectives à cet égard 21. Ces attitudes peuvent avoir un impact négatif sur la délivrance des soins et, par conséquent, rendre plus difficile aux patients atteints de trouble de la personnalité et de troubles mentaux comorbides l'accès aux soins et une prise en charge appropriée à ces troubles.

Il apparaît donc que ces personnes atteintes de trouble de la personnalité et de troubles comorbides de la personnalité répondent moins bien au traitement, fonctionnent moins bien en société et sont stigmatisés par les cliniciens dans les services de seconde ligne, réduisant ainsi les chances qu'ils auraient de recevoir un traitement optimal. Cette combinaison de facteurs est potentiellement coûteuse, lorsque l'on considère l'activité des services sociaux et de santé.

LE COUT DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ

En Angleterre, le *King's Fund*, faisant en partie état d'un rapport récent sur la charge économique des problèmes de santé mentale, avait estimé les coûts de soins de santé et des services sociaux de toutes les personnes atteintes de trouble de la personnalité en contact avec leur médecin généraliste à £704 millions par an 22. En incluant les pertes de productivité, ce coût s'élève à £7,9 milliards par an. Aux Pays-Bas, Soeteman et coll. 23 avaient utilisé une approche similaire pour calculer les coûts des troubles de la personnalité, cette fois en utilisant des données relevées auprès de contacts dans le milieu de la de santé et des services sociaux, et en focalisant sur les usagers des services spécialisés en troubles de la personnalité. Ils ont calculé la charge totale du trouble de la personnalité comme étant de £11, 126 par patient.

Ces études peuvent être considérées comme étant un bon point de départ, mais elles ne fournissent pas une estimation de la charge économique totale du trouble de la personnalité, puisque les deux s'appuient sur des informations de personnes déjà en contact avec les services de soins. Bien que les usagers des services représentent des échantillons opportuns pour les besoins de la recherche, ils ne sont pas entièrement représentatifs de la population du trouble de la personnalité. En effet, nous savons que nombre d'individus atteints de troubles de la personnalité sont inconnus des services de soins 24, qu'ils rejettent le traitement plutôt qu'ils ne le recherchent pas 25, ou qu'ils sont en contact avec les services de soins mais qu'ils y reçoivent un diagnostic primaire différent 26. Donc, à ce jour, le coût réel du trouble de la personnalité reste inconnu, mais il est vraisemblablement substantiel, sollicitant les services d'institutions variées (santé, services sociaux, services judiciaires), et touchant ainsi à l'économie de façon plus étendue (incapacité à travailler, mort prématurée).

PREUVES D'EFFICACITE DU TRAITEMENT

La plupart des travaux réalisés sur le traitement du trouble de la personnalité ont portés sur des individus atteints de personnalité limite. Une revue systématique des études randomisées publiées jusqu'ici a conclu que trop peu d'études ont été réalisées pour tirer des conclusions définitives vis à vis du traitement de cette forme de trouble, mais elles ont souligné l'impact, limité si existant, de traitements pharmacologiques ainsi que les bénéfices prometteurs, bien qu'encore imprécis, des interventions psychosociales complexes, telle que la thérapie comportementale dialectique 27,28.

Le traitement des personnes atteintes du trouble de la personnalité limite a aussi été examiné

comme critère dans le développement de recommandations nationales. Depuis la publication des recommandations de l'American Psychiatric Association en 2001 29, le *National Institute for Clinical Excellence in England* (NICE) a publié de nouvelles recommandations de traitement du trouble de la personnalité limite et du trouble de la personnalité antisociale 30,31. Cette base d'évidence a mené à trois conclusions principales : a) les médicaments psychotropes n'ont aucune valeur prouvée chez les individus atteints de troubles de personnalité dans le long terme, et leurs effets secondaires empêchent généralement leur utilisation hormis pour des périodes courtes et lors des crises ; b) si d'autres traitements (principalement psychologiques) doivent être administrés, ils doivent l'être en utilisant une approche d'équipe structurée dans le cas de personnalité limite, et en utilisant une approche thérapeutique cognitive (notamment une prise en charge en groupe) dans le cas de trouble de la personnalité antisociale ; c) dans le cas du trouble de la personnalité antisociale, les interventions qui récompensent sont meilleures que celles qui punissent.

Il existe encore moins de données précises à partir desquelles on pourrait discuter du traitement chez des patients souffrant d'autres formes de troubles de la personnalité. Les études récentes de Svartberg et al 32 et d'Emmelkamp et al 33 font exception puisqu'elles examinent l'impact des traitements psychologiques chez les patients ayant des troubles de la personnalité du groupe (*cluster*) C. Les données de ces deux études se contredisent ; celle d'Emmelkamp et coll. démontrant une plus grande amélioration chez les individus ayant participé à 20 sessions de thérapie cognitive plutôt que de psychothérapie psychodynamique, alors que Svartberg et coll. ne relèvent aucune différence entre ces deux interventions.

Pour les patients qui résistent au traitement (Type R) (i.e., ils ne veulent pas que leur personnalité change), au contraire de ceux qui sont demandeurs (Type S) 25, il pourrait être plus utile d'essayer d'adapter l'environnement à la personnalité, et cela peut être fait systématiquement sous la forme d'une nidothérapie 34,35. Cette thérapie a été validée dans une étude randomisée récente 36.

La majorité de traitements putatifs réussis monopolisent énormément de temps et de ressources, et ils ont besoin d'être soutenus par une bonne base théorique et un engagement thérapeutique. Ces conclusions sont en adéquation avec celles du groupe d'experts sur la prise en charge de patients atteints de trouble de la personnalité 37, ce qui par ailleurs suggère qu'il n'y a pas de « panacée miracle » dans le traitement de ces troubles, et que dans la plupart des pays, les ressources sont de toute manière insuffisantes pour apporter ce genre de solution.

Même s'il est souhaitable que la recherche sur le traitement des troubles de la personnalité ne se limite pas à l'étude du trouble de la personnalité *borderline* ou limite, les données existantes soulignent qu'en pratique, les patients à qui on propose un traitement remplissent généralement les critères diagnostiques de plusieurs catégories de troubles de la personnalité 38,39. De telles données ajoutent du poids à la nécessité d'un reclassement du trouble de la personnalité, et cela afin de garantir que la nosologie en place ait une utilité clinique.

LE BESOIN D'UNE NOUVELLE CLASSIFICATION

Si nous nous fions aux données épidémiologiques, 3 à 10 % des adultes dans le monde seraient atteints de trouble de la personnalité. Mais, seulement une minorité d'entre eux (de l'ordre de un sur 20) serait atteinte de trouble de la personnalité sévère 40, et ce sont les personnes de ce groupe qui perturbent le plus les services et la société.

Pour les troubles de la personnalité les plus sévères, la classification existante n'apporte rien d'utile. Elle ne prend pas en compte la sévérité des troubles, et elle génère souvent la comorbidité de plusieurs troubles de la personnalité à travers des groupements (*clusters*) variés 41, tout comme l'utilisation fréquente du terme « trouble de la personnalité sans autre spécification », ce qui souligne le manque de satisfaction avec la classification actuelle, quand ce terme est utilisé plus que d'autres catégories de personnalité spécifiques, 42.

La section de la WPA sur les troubles de la personnalité explore actuellement de nouvelles façons de classifier le trouble de la personnalité dans l'ICD-11. Tout en faisant des suggestions par rapport à la classification de la sévérité explicités ci-dessus, la section examine une révision des descriptions des groupements de troubles majeurs de la personnalité. Le nombre de groupes serait réduit, évitant ainsi davantage les chevauchements, et améliorant leur utilité clinique.

Il y a une cohérence étonnante dans le nombre et les descriptions des dimensions principales du trouble de la personnalité dans les études réalisées chez des patients psychiatriques et les populations normales. Trois ou quatre dimensions sont observées de façon uniforme 43,44,45,46, en plus du modèle bien connu à cinq facteurs 47 qui a été proposé pour les descriptions communes de troubles de la personnalité au DSM-V 48.

La première dimension est un facteur potentiellement externalisé, hostile et agressif, qui incorpore les traits du trouble de la personnalité limite, antisociale, narcissique, histrionique (cluster B dans le DSM-IV) et souvent paranoïaque. Certaines études décrivent la séparation d'un facteur incorporant l'insensibilité,

l'absence de remords et le comportement criminel (psychopathie), alors que d'autres ne trouvent qu'un seul facteur global. La deuxième dimension est en général un facteur interne composé de comportement de type névrosé, inhibé et fuyant, y compris anxieux. Avant, on les nommait 'asthénie', mais aujourd'hui on les résume en traits de trouble de la personnalité fuyants et dépendants (faisant partie du groupe C) dans le DSM-IV. La troisième dimension inclut les symptômes schizoïdes : introversion et indifférence sociale, attitude distante et expression restreinte d'affect. Dans quelques études, ces caractéristiques se chevauchent avec le comportement excentrique et étrange et / ou avec des symptômes de trouble de personnalité paranoïaque, et un facteur supplémentaire, 'bizarreries', a été proposé pour en faire un modèle à six facteurs 49. Le quatrième facteur inclut l'obsession, la compulsion et le perfectionnisme et, même si ces dernières font actuellement partie du groupement C, les données empiriques suggèrent qu'ils pourraient être séparés. Dans certaines études cela compose une partie du facteur interne, mais la plupart des investigations déclarent que les symptômes du trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive se dégagent comme une série cohérente et relativement indépendante des comportements.

Alors qu'il existe encore peu de données validant la pertinence de ces facteurs, ils fournissent très certainement une meilleure description de la gamme des anomalies de la personnalité que les classifications actuelles. De plus, ils pourraient être adaptés à la psychologie du développement, ce qui permettrait au trouble de la personnalité d'être identifié bien avant l'âge limite actuel de 18 ans qui est intrinsèque au DSM-IV et à l'ICD-10 50. Leur utilité sera validée à partir de leur capacité à fournir un cadre plus utile pour organiser et expliquer la complexité de l'expérience clinique dans les troubles de la personnalité, ainsi qu'à prédire le résultat et guider les décisions thérapeutiques 51. Une nouvelle classification qui n'améliore pas l'utilité clinique serait une classification ratée.

Il ne paraît pas y avoir grand chose à perdre. Une enquête récente a démontré que les trois quarts des experts en troubles de la personnalité pensent que le système du DSM-IV actuel devrait être remplacé 42. Il semble préférable d'utiliser quatre facteurs (ou plus) qui se chevauchent plutôt que de continuer à penser que les dix troubles de la personnalité courants sont séparés, alors que maintes fois il a été prouvé qu'ils ne le sont pas.

L'étape suivante sera d'en dégager des cadres d'entretiens cliniques mieux structurés et qui incorporeront ces facteurs de manière efficace, ce qui devrait mener à une recherche compétente qui pourrait explorer si la connaissance concernant l'étiologie, le pronostic et le traitement,

est améliorée en utilisant la nouvelle classification.

Les diagnostics polythétiques du DSM-IV décrivent mal la psychopathologie spécifique et il est donc normal qu'ils n'arrivent pas à identifier les critères qui pourraient correspondre aux « facteurs principaux » du diagnostic de chaque trouble de la personnalité. L'absence de facteurs principaux clairement identifiés, et une approche du diagnostic d'un trouble de la personnalité de style « comptage de votes » (lister le nombre de symptômes observés chez un patient donné, évaluer si ce nombre est supérieur à une valeur limite arbitraire, ensuite poser le diagnostic), ne permettait pas aux cliniciens de poser des diagnostics différentiels parmi l'axe II de la classification. L'héritage de tout ceci est un système de diagnostic qui ne satisfait ni le chercheur, ni le clinicien, et qui n'est ni simple, ni précis, et donc inutile. Bien qu'il ait suscité de nombreuses recherches, un tant soit peu dispersées, sur l'étiologie, la psychopathologie, le cours et le traitement de troubles de la

personnalité, il y a aujourd'hui de bonnes raisons de considérer que l'approche du DSM-IV est totalement dépassée.

La section de la WPA sur les troubles de la personnalité est en train de considérer une révision des descriptions des groupements des troubles de la personnalité majeurs d'une manière qui non seulement paraît cliniquement sensée, mais qui en outre permet leur séparation avec d'autres troubles avec lesquels ils sont fréquemment confondus, tel que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) [52](#). Ce ne sera pas une tâche facile, et en arrivant à nos conclusions nous espérons utiliser le plus d'études cliniques possibles afin d'obtenir des données empiriques, non seulement dans les pays industrialisés, car une classification solide devrait bien marcher [53](#), et d'utiliser ces données plutôt que de dépendre du soutien incertain des opinions des comités de consensus, comme les classifications antérieures ont été, malheureusement, obligées de faire.

RÉFÉRENCES

1. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:590–596. [[PubMed](#)]
2. Cohen BJ, Nestadt G, Samuels JF. Personality disorder in later life: a community study. *Br J Psychiatry*. 1994;165:493–499. [[PubMed](#)]
3. Coid J, Yang M, Tyrer P. Prevalence and correlates of personality disorder among adults aged 16 to 74 in Great Britain. *Br J Psychiatry*. 2006;188:423–431. [[PubMed](#)]
4. Langbehn DR, Pfohl BM, Reynolds S. The Iowa personality disorder screen: development and preliminary validation of a brief screening interview. *J Person Dis*. 1999;13:75–89.
5. Moran P, Leese M, Lee T. Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2003;183:228–232. [[PubMed](#)]
6. Huang Y, Kotov R, de Girolamo G. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2009;195:46–53. [[PubMed](#)]
7. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:948–958. [[PubMed](#)]
8. Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K. The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. in press.
9. Cutting J, Cowen PJ, Mann AH. Personality and psychosis: use of the Standardised Assessment of Personality. *Acta Psychiatr Scand*. 1986;73:87–92. [[PubMed](#)]
10. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: a meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry*. 2006;188:13–20. [[PubMed](#)]
11. Tyrer P. Personality diatheses: a superior explanation than disorder. *Psychol Med*. 2007;37:1521–1525. [[PubMed](#)]
12. Newton-Howes G, Tyrer P, Yang M. The prevalence of personality disorder in schizophrenia: rates and explanatory modelling. *Psychol Med*. 2008;37:1–8.
13. Docherty J, Fiester S, Shea T. Syndrome diagnosis and personality disorders. In: Frances AJ, Hales RE, editors. *American Psychiatric Association annual review*. Vol. 5. New York: American Psychiatric Press; 1986. pp. 315–355.
14. Newton-Howes G, Tyrer P, Moore A. Personality disorder and outcome in schizophrenia: a negative systematic review. *Person Ment Health*. 2007;1:22–26.
15. Moran P, Walsh E, Tyrer P. Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis – report from the UK700 trial. *Br J Psychiatry*. 2003;182:129–134. [[PubMed](#)]
16. Moran P, Hodgins S. The correlation of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2004;30:791–801. [[PubMed](#)]
17. Tyrer P, Manley C, VanHorn E. Personality abnormality and its influence on outcome of intensive and standard case management: a randomised controlled trial. *Eur Psychiatry*. 2000;15(Suppl. 1):7–10. [[PubMed](#)]
18. Beard J, Heathcote K, Brooks R. Predictors of mental disorders and their outcomes in a community based cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:623–630. [[PubMed](#)]
19. Newton-Howes G, Tyrer P, Weaver T. Social function of patients with personality disorder in secondary care. *Psychiatr Serv*. 2008;59:1033–1037. [[PubMed](#)]
20. Lewis G, Appleby L. Personality disorder: the patients psychiatrists dislike. *Br J Psychiatry*. 1988;153:44–49. [[PubMed](#)]
21. Newton-Howes G, Weaver T, Tyrer P. Attitudes of staff towards patients with personality disorder in community health teams. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42:572–577. [[PubMed](#)]
22. McCrone P, Dhanasiri S, Patel A. Paying the price: the cost of mental health care in England to 2026. London: King's Fund; 2008.
23. Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R. The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:259–265. [[PubMed](#)]
24. National Institute of Mental Health in England. Personality disorder: no longer a diagnosis of exclusion. Leeds: National Institute of Mental Health in England; 2003.
25. Tyrer P, Mitchard S, Methuen C. Treatment-rejecting and treatment-seeking personality disorders: Type R and Type S. *J Person Disord*. 2003;17:265–270.
26. Ranger M, Methuen C, Rutter D. Prevalence of personality disorder in the caseload of an inner city assertive out-reach team. *Psychiatr Bull*. 2004;28:441–443.
27. Binks CA, Fenton M, McCarthy L. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. 2005
28. Binks C, Fenton M, McCarthy L. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. 2006
29. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;(Suppl. 158)
30. National Institute of Health and Clinical Excellence. Borderline personality disorder: treatment and management. London: National Institute of Health and Clinical Excellence; 2009.
31. National Institute of Health and Clinical Excellence. Antisocial personality disorder: treatment, management and prevention. London: National Institute of Health and Clinical Excellence; 2009.
32. Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2004;161:810–817. [[PubMed](#)]

33. Emmelkamp PM, Benner A, Kuipers A. Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2006;189:60–64. [[PubMed](#)]
34. Tyrer P, Sensky T, Mitchard S. The principles of nidotherapy in the treatment of persistent mental and personality disorders. *Psychother Psychosom*. 2003;72:350–356. [[PubMed](#)]
35. Tyrer P, Kramo K. Nidotherapy in practice. *J Ment Health*. 2007;16:117–131.
36. Ranger M, Tyrer P, Milošeska K. Cost-effectiveness of nidotherapy for comorbid personality disorder and severe mental illness: randomized controlled trial. *Epidemiol Psichiatria Soc*. 2009;18:128–136.
37. Crawford MJ, Price K, Rutter D. Dedicated community-based services for adults with personality disorder: Delphi study. *Br J Psychiatry*. 2008;193:342–343. [[PubMed](#)]
38. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:649–658. [[PubMed](#)]
39. Abbass A, Sheldon A, Gyra J. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196:211–216. [[PubMed](#)]
40. Tyrer P. Personality disorder and public mental health. *Clin Med*. 2008;8:423–427. [[PubMed](#)]
41. Bowden Jones O, Iqbal MZ, Tyrer P. Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. *Addiction*. 2004;99:1306–1314. [[PubMed](#)]
42. Bernstein DP, Iscan C, Maser J. Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *J Person Disord*. 2007;21:536–551.
43. Tyrer P, Alexander J. Classification of personality disorder. *Br J Psychiatry*. 1979;135:163–167. [[PubMed](#)]
44. Livesley WJ. A systematic approach to the delineation of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1987;144:772–777. [[PubMed](#)]
45. Mulder RT, Joyce PR. Temperament and the structure of personality disorder symptoms. *Psychol Med*. 1997;27:99–106. [[PubMed](#)]
46. Fossati A, Maffei C, Bagnato M. Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Compr Psychiatry*. 2000;41:206–215. [[PubMed](#)]
47. Costa PT, McCrae RR. Personality disorders and the five-factor model of personality. *J Person Disord*. 1990;4:362–371.
48. Widiger TA, Mullins-Sweatt SN. Five-factor model of personality disorder: a proposal for DSM-V. *Ann Rev Clin Psychol*. 2009;5:197–220. [[PubMed](#)]
49. Watson D, Clark LA, Chmielewski M. Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure. *J Person*. 2008;76:1545–1586. [[PubMed](#)]
50. Tackett JL, Balsis S, Oltmanns TF. A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dev Psychopathol*. 2009;21:687–713. [[PubMed](#)]
51. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*. 2003;160:4–12. [[PubMed](#)]
52. Philipsen A, Limberger MF, Lieb K. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2008;192:118–123. [[PubMed](#)]
53. Thuo J, Ndeti DM, Maru M. The prevalence of personality disorders in a Kenyan inpatient sample. *J Person Disord*. 2008;22:217–220

LETTRE AU RÉDACTEUR EN CHEF

Des annonces de ma propre mort d'une tumeur cérébrale cancéreuse n'ont pas été « evidence-based » (basées sur des preuves), tout au moins jusqu'à maintenant.

V. HALBRECH

LES NOUVELLES DE LA WPA

Le plan d'action 2010 du conseil des psychiatres en début de carrière de la WPA
A. FIORILLO, Z. LATTOVA, P. BRAHMBHATT, H. EL KHOLY, F. PICON

Le congrès régional d'Abuja au Nigéria le 22-24 octobre 2009
O. GUREJE

Les bourses de recherche de la WPA