

Le diagnostic des internés :
y a-t-il des différences
de part et d'autre de la
frontière linguistique ?

L'utilisation de jeux de rôle
filmés pour l'apprentissage
de la communication
médecin-patient

Quelles sont les solutions
internes et externes
(concept de résilience) que
nous pouvons apporter
face à un parent «toxique»
(ou pervers manipulateur
narcissique) ?

Psychiatrie communautaire.
Citoyens, patients et
professionnels : un projet
artistique commun dans la
société civile

L'analyse de la
demande aux urgences
psychiatriques : une
approche systémique

Choisir différemment AUJOURD'HUI pour faire la différence DEMAIN¹⁻⁴

Facile⁵⁻⁷

Rapidement efficace. Aucun complément oral nécessaire.^{8,9}

ONCE-MONTHLY prolonged release
suspension for injection
XEPLION®
paliperidone palmitate

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT: Xep lion 25 mg, suspension injectable à libération prolongée. Xep lion 50 mg, suspension injectable à libération prolongée. Xep lion 75 mg, suspension injectable à libération prolongée. Xep lion 100 mg, suspension injectable à libération prolongée. Xep lion 150 mg, suspension injectable à libération prolongée. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE:** 25 mg, suspension injectable à libération prolongée. Chaque seringue préremplie contient 39 mg de palmitate de paliperidone équivalent à 25 mg de paliperidone. 50 mg, suspension injectable à libération prolongée. Chaque seringue préremplie contient 78 mg de palmitate de paliperidone équivalent à 50 mg de paliperidone. 75 mg, suspension injectable à libération prolongée. Chaque seringue préremplie contient 117 mg de palmitate de paliperidone équivalent à 75 mg de paliperidone. 100 mg, suspension injectable à libération prolongée. Chaque seringue préremplie contient 156 mg de palmitate de paliperidone équivalent à 100 mg de paliperidone. 150 mg, suspension injectable à libération prolongée. Chaque seringue préremplie contient 234 mg de palmitate de paliperidone équivalent à 150 mg de paliperidone. **FORME PHARMACEUTIQUE:** Suspension injectable à libération prolongée. La suspension est de couleur blanche à blanc cassé. La suspension est de pH neutre (environ 7,0). **Indications thérapeutiques:** Xep lion est indiqué dans le traitement d'entretien de la schizophrénie chez les patients adultes stabilisés par la paliperidone ou la rispéridone. Chez les patients adultes sélectionnés atteints de schizophrénie et ayant précédemment répondu à la paliperidone ou à la rispéridone orale, Xep lion peut être utilisé sans stabilisation préalable par un traitement oral si les symptômes psychotiques sont légers à modérés et si un traitement injectable à action prolongée est nécessaire. **Posologie et mode d'administration:** Posologie: Les doses initiales de Xep lion recommandées sont de 150 mg au jour 1 et de 100 mg une semaine plus tard (jour 8), les deux doses étant administrées dans le muscle deltoïde afin d'atteindre rapidement des concentrations thérapeutiques. La troisième dose doit être administrée un mois après la seconde dose d'initiation. La dose d'entretien mensuelle recommandée est de 75 mg ; certains patients peuvent bénéficier de doses plus faibles ou plus élevées dans l'intervalle recommandé allant de 25 à 150 mg en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité. Les patients en suppositoires ou comprimés précédemment stabilisés sous différentes doses de paliperidone orale sous forme de comprimés à libération prolongée peuvent attendre une exposition similaire à paliperidone à l'état d'équilibre avec les injections. Les doses d'entretien de Xep lion nécessaires pour atteindre une exposition similaire à l'état d'équilibre sont indiquées dans le tableau suivant. **Doses de paliperidone sous forme de comprimés à libération prolongée et de Xep lion requises pour atteindre une exposition à la paliperidone similaire à l'état d'équilibre lors d'un traitement d'entretien.** Dose précédente de paliperidone sous forme de comprimés à libération prolongée: Injection de Xep lion, 3 mg par jour; 25-50 mg tous les mois, 6 mg par jour; 75 mg tous les mois, 9 mg par jour; 100 mg tous les mois, 12 mg par jour; 150 mg tous les mois. La paliperidone orale ou la rispéridone orale précédemment administrée peut être arrêtée au moment de l'instauration du traitement par Xep lion. Certains patients peuvent bénéficier d'un arrêt progressif. Certains patients passant d'une dose de paliperidone plus élevée (par exemple, 9-12 mg par jour) à des injections dans le muscle fessier avec Xep lion peuvent avoir une exposition plasmatique plus faible au cours des 6 premiers mois après le changement. Par conséquent, de façon alternative, il pourrait être envisagé de faire des injections dans le muscle deltoïde pendant les 6 premiers mois. **Substitution de l'injection de rispéridone à action prolongée par Xep lion:** Lors de la substitution de l'injection de rispéridone à action prolongée, initier le traitement par Xep lion à la place de l'injection suivante programmée. Xep lion doit ensuite être poursuivi à intervalles mensuels. Le schéma posologique d'instauration de la première semaine incluant les injections intramusculaires (jour 1 et 8, respectivement) décrit en rubrique Posologie et mode d'administration ci-dessus n'est pas nécessaire. Les patients précédemment stabilisés par différentes doses de rispéridone injectable à action prolongée peuvent attendre une exposition à la paliperidone similaire à l'état d'équilibre lors d'un traitement d'entretien par des doses mensuelles de Xep lion comme suit. **Doses de rispéridone injectable à action prolongée et de Xep lion requises pour atteindre une exposition à la paliperidone similaire à l'état d'équilibre:** Dose précédente de rispéridone injectable à action prolongée: Injection de Xep lion, 25 mg toutes les 2 semaines; 50 mg tous les mois; 37,5 mg toutes les 2 semaines; 75 mg tous les mois; 50 mg toutes les 2 semaines; 100 mg tous les mois. L'arrêt des médicaments antipsychotiques doit être effectué conformément aux informations de prescription associées. Si Xep lion est interrompu, ses propriétés de libération prolongée doivent être prises en compte. Il est recommandé de réévaluer périodiquement la nécessité de poursuivre un traitement contre les symptômes extrapyramidaux (SE). **Oubli de doses:** Évitez l'oubli de doses: Il est recommandé que la seconde dose d'instauration de Xep lion soit administrée une semaine après la première dose. Afin d'éviter un oubli de dose, les patients peuvent recevoir la seconde dose 4 jours avant ou après l'échéance de la première semaine (jour 8). De même, il est recommandé que la troisième injection et les injections suivantes après le schéma d'instauration soient administrées mensuellement. Pour pallier à un oubli d'une dose mensuelle, les patients peuvent recevoir l'injection jusqu'à 7 jours avant ou après l'échéance mensuelle. Si la date de la seconde injection de Xep lion (8-4 jours) est oubliée, la recommandation d'instaurer à nouveau le traitement dépend de la durée qui s'est écoulée depuis la première injection reçue par le patient. **Oubli de la seconde dose d'instauration (< 4 semaines après la première injection):** Si moins de 4 semaines se sont écoulées depuis la première injection, alors le patient devra recevoir la seconde injection de 100 mg dans le muscle deltoïde dès que possible. Une troisième injection de 75 mg de Xep lion dans le muscle deltoïde ou le muscle fessier devra être administrée 5 semaines après la première injection (quelle que soit la date de la seconde injection). Par la suite, le cycle mensuel normal des injections dans le muscle deltoïde ou le muscle fessier de doses allant de 25 à 150 mg, en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité, sera poursuivi. **Oubli de la seconde dose d'instauration (4 à 7 semaines après la première injection):** Si 4 à 7 semaines se sont écoulées depuis la première injection de Xep lion, reprendre le traitement par deux injections de 100 mg comme suit: 1. une injection dans le muscle deltoïde dès que possible; 2. une autre injection dans le muscle deltoïde une semaine plus tard; 3. reprise du cycle normal mensuel des injections dans le muscle deltoïde ou le muscle fessier de doses allant de 25 à 150 mg, en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité. **Oubli de la seconde dose d'instauration (> 7 semaines après la première injection):** Si plus de 7 semaines se sont écoulées depuis la première injection de Xep lion, recommencer le traitement comme décrit ci-dessus dans le schéma d'instauration de Xep lion. **Oubli d'une dose d'entretien mensuelle (1 mois à 6 semaines):** Après l'instauration, le cycle d'injection de Xep lion recommandé est mensuel. Si moins de 6 semaines se sont écoulées depuis la dernière injection, alors la dose précédemment stabilisatrice devra être administrée dès que possible, suivie par des injections à intervalles mensuels. **Oubli d'une dose d'entretien mensuelle (> 6 semaines à 6 mois):** Si plus de 6 semaines se sont écoulées depuis la dernière injection de Xep lion, la recommandation est la suivante: **Pour les patients stabilisés par des doses allant de 25 à 100 mg:** 1. une injection dans le muscle deltoïde dès que possible de la même dose que celle par laquelle le patient était précédemment stabilisé; 2. une autre injection dans le muscle deltoïde (même dose) une semaine plus tard (jour 8); 3. reprise du cycle mensuel normal des injections dans le muscle deltoïde ou dans le muscle fessier de doses allant de 25 à 150 mg, en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité. **Pour les patients stabilisés par 150 mg:** 1. une injection d'une dose de 100 mg dans le muscle deltoïde dès que possible; 2. une autre injection d'une dose de 100 mg dans le muscle deltoïde une semaine plus tard (jour 8); 3. reprise du cycle normal mensuel des injections dans le muscle deltoïde ou dans le muscle fessier de doses allant de 25 à 150 mg, en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité. **Oubli d'une dose d'entretien mensuelle (> 6 mois):** Si plus de 6 mois se sont écoulés depuis la dernière injection de Xep lion, recommencer le traitement comme décrit ci-dessus dans le schéma d'instauration de Xep lion. **Populations particulières: Patient âgé:** L'efficacité et la sécurité chez les patients âgés de plus de 65 ans n'ont pas été établies. En général, la posologie de Xep lion recommandée pour les patients âgés présentant une fonction rénale normale est la même que celle des patients adultes plus jeunes dont la fonction rénale est normale. Toutefois, certains patients âgés pouvant avoir une fonction rénale diminuée, un ajustement posologique peut être nécessaire (voir **Insuffisance rénale** ci-dessous pour les recommandations posologiques chez les patients présentant une insuffisance rénale). **Insuffisance rénale:** Xep lion n'a pas été étudié de manière systématique chez les patients présentant une insuffisance rénale. Chez les patients présentant une insuffisance rénale légère (clairance de la créatinine \geq 50 à < 80 ml/min), les doses initiales de Xep lion recommandées sont de 100 mg au jour 1 du traitement et 75 mg une semaine plus tard, les deux doses étant administrées dans le muscle deltoïde. La dose d'entretien mensuelle recommandée est de 50 mg dans un intervalle allant de 25 à 100 mg en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité. Xep lion n'est pas recommandé chez les patients présentant une insuffisance rénale modérée ou sévère (clairance de la créatinine < 50 ml/min). **Insuffisance hépatique:** D'après l'expérience acquise avec la paliperidone orale, aucune adaptation posologique n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée. La paliperidone n'ayant pas été étudiée chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère, la prudence est recommandée chez ces patients. **Population pédiatrique:** La sécurité et l'efficacité de Xep lion chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans n'ont pas été établies. Aucune donnée n'est disponible. **Mode d'administration:** Xep lion est destiné à l'administration intramusculaire uniquement. Il ne doit pas être administré par une autre voie. Il doit être injecté lentement, en profondeur dans le muscle deltoïde ou fessier. Chaque injection doit être administrée par un professionnel de santé. L'administration doit être effectuée par une injection unique. La dose ne doit pas être administrée sous forme d'injections séparées. Les doses d'instauration des jours 1 et 8 doivent chacune être administrées dans le muscle deltoïde afin d'atteindre rapidement des concentrations thérapeutiques. Après la seconde dose d'initiation, les doses d'entretien mensuelles peuvent être administrées soit dans le muscle deltoïde soit dans le muscle fessier. Un changement du muscle fessier au muscle deltoïde (et vice versa) doit être envisagé en cas de douleur au site d'injection et si la gêne associée n'est pas bien tolérée (voir rubrique Effets indésirables). Il est également recommandé d'alterner entre les côtés gauche et droit (voir ci-dessus). Pour les instructions relatives à l'utilisation et la manipulation de l'injection, voir la notice (information destinée aux professionnels de santé). **Administration dans le muscle deltoïde:** La taille de l'aiguille recommandée pour les administrations initiales et d'entretien de Xep lion dans le muscle deltoïde est déterminée par le poids du patient. Pour les patients ayant un poids \geq 90 kg, voir la notice (information destinée aux professionnels de santé). **Administration dans le muscle fessier:** Pour ceux ayant un poids < 90 kg, l'aiguille de 1 pouce 23 Gauge (25,4 mm x 0,64 mm) est recommandée. Les injections dans le muscle deltoïde doivent être alternées entre les deux muscles deltoïdes. **Administration dans le muscle fessier:** La taille de l'aiguille recommandée pour l'administration d'entretien de Xep lion dans le muscle fessier est l'aiguille de 1 pouce 22 Gauge (38,1 mm x 0,72 mm). L'administration doit être faite dans le quadrant supra-externe de la fesse. Les injections dans le muscle fessier doivent être alternées entre les deux muscles fessiers. **Contre-indications:** Hypersensibilité à la substance active, à la rispéridone ou à l'un de ses excipients. **Effets indésirables:** Résumé du profil de sécurité d'emploi: Les effets indésirables (EI) les plus fréquemment rapportés au cours des essais cliniques ont été l'insomnie, céphalée, anxiété, infection des voies respiratoires supérieures, réaction au site d'injection, parkinsonisme, prise de poids, akathisie, agitation, sédation/somnolence, nausée, constipation, sensation vertigineuse, douleur musculo-squelettique, tachycardie, tremblement, douleur abdominale, vomissement, diarrhée, fatigue et dystonie. Parmi ces effets indésirables, l'akathisie et la sédation/somnolence sont apparues dose-dépendantes. Liste récapitulative des effets indésirables: Les effets

suivants sont tous les EI rapportés avec la paliperidone par catégorie de fréquence estimée à partir des essais cliniques menés avec la paliperidone. Les termes et fréquences suivants sont utilisés: très fréquent (\geq 1/10), fréquent (\geq 1/100, <1/10), peu fréquent (\geq 1/1 000, <1/100), rare (\geq 1/10 000, <1/1 000), très rare (\geq 1/10 000, <1/10 000) et fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Classes de Systèmes Organes: **Fréquence:** Effet indésirable. Infections et infestations: **Fréquent:** infection des voies respiratoires supérieures, infection des voies unaires, grippe. **Peu fréquent:** pneumonie bronchite, infection des voies respiratoires supérieures, sinusite, cystite, infection auriculaire, amygdalite, onychomycose, cellulite. **Rare:** infection oculaire, acrodermatite, abcès sous-cutané. Affections hématologiques et du système lymphatique: **Peu fréquent:** diminution de la numération de globules blancs, thrombocytopénie, anémie. **Rare:** neutropénie, augmentation de la numération des eosinophiles. **Indéterminée:** agranulocytose. Affections du système immunitaire: **Fréquent:** hypersensibilité. **Indéterminée:** réaction anaphylactique. Affections endocriniennes: **Fréquent:** hyperprolactinémie. **Rare:** sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique, présence de glucose urinaire. Troubles du métabolisme et de la nutrition: **Fréquent:** hyperglycémie, prise de poids, perte de poids, diminution de l'appétit. **Peu fréquent:** diabète*, hyperinsulinisme, augmentation de l'appétit, anorexie, augmentation des triglycérides sanguins, augmentation du cholestérol sanguin. **Rare:** acidocétose diabétique, hypoglycémie, polydipsie. **Indéterminée:** intoxication à l'au. Affections psychiatriques: **Très fréquent:** insomnie. **Fréquent:** agitation, dépression, anxiété. **Peu fréquent:** trouble du sommeil, manie, diminution de la libido, nervosité, cauchemar. **Rare:** état de confusion, somnambulisme, épuisement affectif, anorgasme. **Indéterminée:** trouble des conduites alimentaires lié au sommeil. Affections du système nerveux: **Fréquent:** parkinsonisme*, akathisie*, sédation/ somnolence, dystonie*, sensation vertigineuse, dyskinésie*, tremblement, céphalée. **Peu fréquent:** dyskinésie tardive, syncope, hyperactivité psychomotrice, vertige orthostatique, perturbation de l'attention, dysarthrie, dysgueusie, hypoesthésie, parésie, **Rare:** syndrome main des neuroleptiques, ischémie cérébrale, non réponse au stimuli, perte de la conscience, diminution du niveau de la conscience, convulsion*, trouble de l'équilibre, coordination normale. **Indéterminée:** coma diabétique, titubation céphalique. Affections oculaires: **Peu fréquent:** vision trouble, conjonctivite, sécheresse oculaire. **Rare:** glaucome, trouble du mouvement oculaire, réversion oculaire, photophobie, augmentation du lacrymation, hypermie oculaire. **Indéterminée:** syndrome de l'iris hypotonique (préopérateur). Affections de l'oreille et du labyrinthe: **Peu fréquent:** vertiges, acouphènes, douleur auriculaire. Affections cardiaques: **Fréquent:** tachycardie. **Peu fréquent:** bloc auriculo-ventriculaire, trouble de la conduction, allongement de l'intervalle QT, syndrome de tachycardie orthostatique posturale, bradycardie, électrocardiogramme anormal, palpitations. **Rare:** fibrillation auriculaire, arythmie sinuale. Affections vasculaires: **Fréquent:** hypertension. **Peu fréquent:** hypotension, hypotension orthostatique. **Rare:** thrombose veineuse, bouffées de chaleur. **Indéterminée:** embolie pulmonaire, ischémie. Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales: **Fréquent:** toux, congestion nasale. **Peu fréquent:** dyspnée, encombrement des voies respiratoires, sifflements, douleur pharyngolaryngée, épistaxis. **Rare:** syndrome d'apnée du sommeil, congestion pulmonaire, râles. **Indéterminée:** hyperventilation, pneumonie d'aspiration, dysphonie. Affections gastro-intestinales: **Fréquent:** douleur abdominale, vomissement, nausée, constipation, diarrhée, dyspepsie, douleur dentaire. **Rare:** douleur abdominale, gastro-entérite, dysphagie, sécheresse buccale, flatulente. **Rare:** pancréatite, gonflement de la langue, incontinence fécale, fécalome, chéilite. **Indéterminée:** occlusion intestinale, ulcère. Affections hépatobiliaires: **Fréquent:** augmentation des transaminases. **Peu fréquent:** augmentation des gamma-glutamyltransférases, augmentation des enzymes hépatiques. **Indéterminée:** jaunisse. Affections de la peau et du tissu sous-cutané: **Peu fréquent:** urticaire, prurit, rash, alopecie, eczéma, sécheresse cutanée, érythème, acné. **Rare:** toxicidémie, hyperkératose, pellicules. **Indéterminée:** angioedème, décoloration de la peau, dermatite séborrhéique. Affections musculo-squelettiques et systémiques: **Fréquent:** douleur musculo-squelettique, douleur dorsale, arthralgie. **Peu fréquent:** augmentation de la créatine phosphokinase sanguine, spasmes musculaires, raidissement musculaire, faiblesse musculaire, douleur au niveau du cou. **Rare:** rhabdomyolyse, entlure des articulations. **Indéterminée:** posture anormale. Affections du rein et des voies urinaires: **Peu fréquent:** incontinence urinaire, pollakiurie, dysurie. **Rare:** rétention urinaire. Affections graves, puerpérales et périnatales: **Indéterminée:** syndrome de sevrage médicamenteux néonatal. Affections des organes de reproduction et du sein: **Fréquent:** aménorrhée, galactorrhée. **Peu fréquent:** dysfunctionnement érectile, trouble de l'éjaculation, trouble menstruel, gynécomastie, dysfunctionnement sexuel, douleur mammaire. **Rare:** gêne mammaire, engorgement mammaire, accroissement mammaire, écoulement vaginal. **Indéterminée:** priapisme. Troubles généraux et anomalies au site d'administration: **Fréquent:** pyrexie, asthénie, fatigue, réaction au site d'injection. **Peu fréquent:** œdème de la face, œdème, augmentation de la température corporelle, démarche anormale, douleur thoracique, gêne thoracique, malaise, induration. **Rare:** hypothermie, frissons, soit syndrome de sevrage médicamenteux, abcès au site d'injection, cellulite au site d'injection, kyste au site d'injection, hématome au site d'injection. **Indéterminée:** diminution de la température corporelle, nécrose au site d'injection, ulcère au site d'injection. Lésions, intoxications et complications liées aux procédures: **Peu fréquent:** chute. * La fréquence de ces effets indésirables est qualifiée comme « indéterminée » car ils n'ont pas été observés lors d'essais cliniques et/ou de rapports post-commercialisation portant sur le palmitate de paliperidone. Ils proviennent soit de rapports spontanés post-commercialisation et la fréquence ne peut être déterminée, soit de données issues d'essais cliniques portant sur la rispéridone (quelle que soit la formulation) ou la paliperidone orale. * Se référer à: « Hyperprolactinémie » ci-dessous. * Se référer à: « Symptômes extrapyramidaux » ci-dessous. * Dans les essais contrôlés versus placebo, un diabète a été rapporté chez 0,32 % des sujets traités par Xep lion comparé à un taux de 0,39 % dans le groupe placebo. L'incidence globale de tous les essais cliniques était de 0,65 % chez tous les sujets traités par palmitate de paliperidone. * **L'insomnie** inclut: insomnie initiale, insomnie du milieu de la nuit; la **convulsion** inclut: crise de Grand mal; le **œdème** inclut: œdème généralisé, œdème périphérique, œdème qui prend le godet; les **troubles menstruels** incluent: menstruation retardée, menstruation irrégulière, oligomenorrhée. **Effets indésirables observés avec les formulations à base de rispéridone:** La paliperidone est le métabolite actif de la rispéridone, par conséquent, les profils des effets indésirables de ces composés (incluant les deux formulations orale et injectable) s'appliquent l'un à l'autre. Description de certains effets indésirables: **Réaction anaphylactique:** Rarement, des cas de réaction anaphylactique après l'injection de Xep lion ont été rapportés depuis le début de la commercialisation chez les patients ayant précédemment toléré la rispéridone orale ou la paliperidone orale. **Réactions au site d'injection:** L'effet indésirable lié au site d'injection le plus fréquemment rapporté a été la douleur. La majorité de ces réactions a été rapportée comme étant de sévérité légère à modérée. L'évaluation par les sujets de la douleur au niveau du site d'injection réalisée à l'aide d'une échelle analogique visuelle tendait à diminuer en fréquence et en intensité durant toute la période des études de phases 2 et 3 avec Xep lion. Les injections dans le muscle deltoïde ont été perçues comme légèrement plus douloureuses que les injections dans le muscle fessier. Les autres réactions au site d'injection ont été principalement d'intensité faible et ont inclus induration (fréquente), prurit (peu fréquent) et nodules (rare). **Symptômes extrapyramidaux:** Les symptômes extrapyramidaux incluaient une analyse poolée des termes suivants: parkinsonisme (incluant hypersecretion salivaire, raidissement musculo-squelettique, parkinsonisme, salivation, phénomène de la dose dentée, bradychimie, hypokinésie, faciès figé, tension musculaire, akathisie, rigidité de la langue, rigidité musculaire, démarche parkinsonienne, réflexe palébréal anormal et tremblement parkinsonien de repos), akathisie (incluant akathisie, impatience, hyperkinésie et syndrome des jambes sans repos), dyskinésie (dyskinésie, contractions musculaires, choréochréthésie, athétose et myoclonie), dystonie (incluant dystonie, hyperurie, torticolis, contraction musculaires involontaires, contraction musculaire, biphéosphasme, crise oculogyre, paralysie de la langue, spasme facial, laryngospasme, myotonie, opisthotonus, spasme oropharyngé, pleurothotonus, spasme de la langue et trismus) et tremblement. Il est à noter qu'un spectre plus large de symptômes est inclus, qui n'ont pas nécessairement une origine extrapyramidale. **Prise de poids:** Dans l'étude de 13 semaines comprenant la dose d'initiation de 50 mg, la proportion de patients présentant une prise de poids anormale \geq 7 % a montré une tendance dose-dépendante, avec un taux d'incidence de 15 % dans le groupe placebo comparé à des taux de 6 %, 8 % et 13 % dans les groupes traités par Xep lion 25 mg, 100 mg et 150 mg respectivement. Pendant la période de transition/entretien de 33 semaines en ouvert de l'essai de prévention de rechute à long terme, 12 % des patients traités par Xep lion répondaient à ce critère (prise de poids \geq 7 % après la phase en double aveugle jusqu'à la fin de l'étude); le changement de poids moyen (ET) à partir du début de l'étude en ouvert était de +0,7 (4,79) kg. **Hyperprolactinémie:** Dans les essais cliniques, des augmentations médianes de la prolactine sérique ont été observées chez les patients des deux sexes qui ont reçu Xep lion. Des effets indésirables pouvant suggérer une augmentation du taux de prolactine (par exemple aménorrhée, galactorrhée, troubles menstruels, gynécomastie) ont été rapportés au total chez < 1 % des patients. Effets de classe: Un allongement de l'intervalle QT, des arythmies ventriculaires (fibrillation ventriculaire, tachycardie ventriculaire), une mort subite inexplicable, un arrêt cardiaque et des torsades de pointes peuvent survenir avec les antipsychotiques. Des cas de thromboses veineuses, incluant des cas d'embolies pulmonaires et de thromboses veineuses profondes, ont été rapportés avec les médicaments antipsychotiques (fréquence indéterminée). **Déclaration des effets indésirables suspects:** La déclaration des effets indésirables suspects après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé doivent tout effet indésirable suspecté via: Belgique: l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (www.afmips.be); Luxembourg: Direction de la Santé - Division de la Pharmacie et des Médicaments Via Louvigny - Allée Marconi L-2120 Luxembourg. Site internet: <http://www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html>. **Nature et contenu de l'emballage extérieur:** Seringue préremplie (copolyamide d'oléfine cyclique) munie d'un bouchon-piston, d'une valve antiretour et d'un capuchon (caoutchouc bromobutyloxy) avec une aiguille de sécurité de 1/12 pouce 22 Gauge (0,72 mm x 38,1 mm) et une aiguille de sécurité de 1 pouce 23 Gauge (0,64 mm x 25,4 mm). Présentation: Le conditionnement contient 1 seringue préremplie et 2 aiguilles. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beersel, Belgique. **NUMÉROS D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ:** EU/11/1672/001 (25 mg); EU/11/1672/002 (50 mg); EU/11/1672/003 (75 mg); EU/11/1672/004 (100 mg); EU/11/1672/005 (150 mg). **MODE DE DELIVRANCE:** Médicament soumis à prescription médicale. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE:** 31/05/2018. Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande.

References: 1. Pandina GJ et al. Journal of Clinical Psychopharmacology (2010) 30 (3) 235-244. 2. Hough D et al. Schizophrenia Research (2010) 116 (2-3): 1077-117. 3. Gopal S et al. J Psychopharmacol (2011); 25 (5): 685-697. 4. Nicholl D et al. Curr Med Research Opin (2010); 26 (6): 1471-1481. 5. SmPC Xep lion. G. Citrome L. Int. J. Clin. Pract. Jan 2010; 64, 2: 216-239. 6. Gopal S et al. Curr. Med. Res. Opin. 2010; 26 (2): 377-87. B. Alphas L et al. Annals of General Psychiatry (2011); 10: 12. 9. Gopal S et al. Innovations in clinical neuroscience. 2011;8:26-33.

Téléphone: 0800 93 377 - E-mail: janssen@jacbe.jnj.com - Internet: www.janssen.com/belgium

Janssen-Cilag NV



© Janssen-Cilag NV - PHEB/EXEP/0918/0001 - vuer Vincent Seymhaeve Antwerpseweg 15-17, 2340 Beersel

Comité de Direction :

Julien MENDELEWICZ
Arlette SEGHERS
Marc ANSSEAU
Emmanuel BRASSEUR

Comité de Rédaction :

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

Comité Scientifique :

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



PSYCHIATRICA BELGICA

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

SOMMAIRE

LE DIAGNOSTIC DES INTERNÉS : Y A-T-IL DES DIFFÉRENCES DE PART ET D'AUTRE DE LA FRONTIÈRE LINGUISTIQUE ? L. DE PAGE, K. GOETHALS	3
L'UTILISATION DE JEUX DE RÔLE FILMÉS POUR L'APPRENTISSAGE DE LA COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT : UNE EXPÉRIENCE PILOTE SUR 262 ÉTUDIANTS H. GIVRON, M. DESSEILLES	8
QUELLES SONT LES SOLUTIONS INTERNES ET EXTERNES (CONCEPT DE RÉSILIENCE) QUE NOUS POUVONS APPORTER FACE À UN PARENT « TOXIQUE » (OU PERVERS MANIPULATEUR NARCISSIQUE) ? C. DURAY-PARMENTIER, N. NIELENS	16
PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE. CITOYENS, PATIENTS ET PROFESSIONNELS : UN PROJET ARTISTIQUE COMMUN DANS LA SOCIÉTÉ CIVILE M.-S. GUILLON, R. MONAMI, D. WURMBERG, P. DORNSTETTER, C. CLAUDEL, S. GARCIA, F. BARTHOLOMÉ	31
L'ANALYSE DE LA DEMANDE AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES : UNE APPROCHE SYSTEMIQUE H. ROLIN, C. LEYS, P. VERBANCK, C. KORNREICH, P. FOSSION	36

Les ACTA PSYCHIATRICA BELGICA
paraissent trimestriellement
Abonnement annuel 2018 :
Belgique : 130 €

Abonnement : Elena KREMER
Avenue Octave Michot, 4B
B-1640 Rhode-Saint-Genèse
E-mail : abonnement@srmmb.be

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

Edit. resp. : Ph. de TIMARY, Prés. SRMMB
Siège social SRMMB : 205, rue de Bricgnot,
B-5002 Saint-Servais/Namur
ISSN : 0300-8967, dépôt légal dès parution

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

Illustration de couverture :
Bénédicte Pirene



DR. GABRIELLE
CREMER
CONSULTING

MEDICAL EDITING

- Révision linguistique de textes scientifiques
- Adaptation aux instructions pour auteurs
- Soumission aux revues

MEDICAL TRANSLATION

- Traduction par des « native speakers »
- Relecture par un second linguiste
- Contrôle final par un médecin

MEDICAL WRITING

- Rédaction de publications scientifiques
- Brochures d'information pour professionnels de santé
- Contenu éditorial pour sites internet

TRES GRANDE REACTIVITE ET QUALITE IRREPROCHABLE

POUR TOUTE INFORMATION, UNE SEULE ADRESSE :

INFO@CREMERCONSULTING.COM

14 rue Sleidan · F-67000 Strasbourg
Tel. : +33 (0)3 88 35 14 72 · Mobile : +33 (0)6 24 63 03 40
www.cremerconsulting.com

 **CREMERCONSULTINGSARL**

LE DIAGNOSTIC DES INTERNÉS : Y A-T-IL DES DIFFÉRENCES DE PART ET D'AUTRE DE LA FRONTIÈRE LINGUISTIQUE ?

DIAGNOSES OF BELGIAN FORENSIC PATIENTS : IS THERE A BIAS BETWEEN DUTCH- AND
FRENCH-SPEAKING CLINICIANS ?

Louis DE PAGE(a), Kris GOETHALS(b)

(a) Psychologue Psychothérapeute analytique indépendant et Chercheur au Centre Hospitalier Jean Titeca
(b) Universitair Forensisch Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen & Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI),
Universiteit Antwerpen, Belgique

Résumé

En Belgique, les internés (personnes ayant commis un crime ou un délit dans un état de maladie mentale et par conséquent, contraintes aux soins) sont pris en charge dans des trajectoires de soin qui leur sont propres. Vu la situation linguistique et communautaire du pays, différentes pratiques de prise en charge sont fréquemment constatées et l'expérience clinique en atteste. Dans cet article, nous examinons l'hypothèse d'un biais diagnostic de part et d'autre de la frontière linguistique. Pour ce, nous avons examiné les diagnostics formulés pour des patients ayant été traités de part et d'autre de la frontière linguistique. Il s'avère qu'il n'y a pas de divergences significatives mis à part pour les profils ou psychose et trouble de la personnalité s'entremêlent. Ce biais s'applique potentiellement à 30-60 % des internés. Les implications thérapeutiques de ce biais sont discutées.

Mots-clés : diagnostics, psychiatrie médico-légale, biais diagnostic, schizophrénie, trouble de la personnalité.

Summary

In Belgium, criminally ill offenders are committed through an exclusive health care system. Because of the linguistic situation of Belgium (both Dutch and French speaking communities), difference in practices have been observed. In this article, we examined the possibility of a diagnostic bias between Dutch and French speaking clinicians. We compared diagnoses formulated for patient who have been diagnosed by clinicians of both communities. Our results suggest a diagnostic bias for comorbid psychotic and personality disorders. This bias might be occurring to 30-60% of this population. Implications of this bias are discussed.

Key words: diagnosis, forensic psychiatry, diagnostic bias, schizophrenia, personality disorders.

Samenvatting

In België worden geïnterneerden (personen die een misdaad gepleegd hebben in een toestand van geestelijke ziekte, en die gedwongen worden tot zorg) behandeld in specifieke zorgtrajecten. Gezien de taal- en communautaire situatie van het land, zagen verschillen in het behandelen van geïnterneerden het daglicht. Klinische ervaring benadrukte deze verschillen. In dit artikel onderzoeken we het bestaan van een bias in het diagnosticeren van geïnterneerden van beide kanten van de taalgrens. Hiervoor bestudeerden we de diagnoses die gesteld werden op geïnterneerden die aan beide kanten van de taalgrens gediagnosticeerd werden. Uit onze resultaten blijkt dat er geen significante verschillen zijn buiten voor comorbide psychose en persoonlijkheidsstoornissen. Deze bias treft mogelijks 30-60% van de geïnterneerde populatie. Implicaties van deze bias worden besproken.

Trefwoorden : diagnose, forensische psychiatrie, diagnostische bias, schizofrenie, persoonlijkheidsstoornis.

INTRODUCTION

En Belgique, divers projets de soins sous contrainte réservés aux internés* sont fréquemment basés sur le diagnostic de ces patients. Cependant, la pratique clinique ainsi que les prévalences psychiatriques publiées révèlent des différences diagnostiques considérables. Par exemple, Cosyns *et al.*

rapportent 41,7% de troubles de la personnalité et 11,6% de troubles psychotiques en Flandre et des proportions inverses pour la Wallonie¹. D'autres études, de part et d'autre de la frontière linguistique, décrivent des chiffres très différents pour des populations théoriquement semblables^{2,3}. Se peut-il, dès lors, qu'il y ait des manières différentes de diagnostiquer de part et d'autre de la frontière linguistique ? Les diagnostics sont-ils de faux-amis ? Cela impliquerait que, pour une même pathologie, un interné soit orienté différemment à travers l'offre de soins déjà restreinte et problématique.

Si on sait quelque chose avec certitude sur le processus diagnostique, c'est qu'il est a) polémique, b) plus incertain

(*). Les internés sont des personnes ayant commis des crimes ou des délits pour lesquels ils ont été reconnu irresponsable de leurs actes sur base d'une maladie mentale (Loi du 1 juillet 1964 relativement à l'internement). L'internement est une mesure de soins contraints, non pas une peine, qui peut durer plusieurs années.

que ce qu'on peut laisser croire et c) sujet à une vaste gamme d'influences^{4,5}. Avant d'attribuer irrévocablement la variance diagnostique au biais linguistique, il faut considérer d'autres phénomènes influençant la cohérence diagnostique : 1) une pathologie évolue au cours de la vie d'un individu, 2) certains diagnostics seraient plus stables que d'autres (personnalité, retard mental etc. vs. dépression, trouble anxieux etc.), 3) un accident neurologique peut créer un schisme dans la continuité diagnostique, 4) les critères diagnostiques évoluent avec la science, 5) les informations dont dispose le clinicien (psychométrie, hétéro-anamnèse etc.), 6) le temps d'observation (expertise vs. hospitalisation), 7) le contexte de l'évaluation, ainsi que d'autres paramètres⁶.

De plus, différentes études ont souligné le haut taux de comorbidité régnant dans la population internée², ce qui n'est pas sans complexifier les analyses car les prédominances des composantes diagnostiques peuvent également fluctuer.

Une hypothèse qui émerge spontanément est la question de l'orientation psychopathologique de part et d'autre de la frontière linguistique. La Francophonie est-elle plus psychanalytique (comme c'est le cas en France) et la Flandre plus cognitivo-comportementale (comme c'est le cas dans d'autres pays Anglo-Saxons) ? L'orientation psychothérapeutique détermine les points d'attention auquel le clinicien doit être sensible et la compréhension d'un tableau clinique et oriente *in fine* le diagnostic⁷.

Il nous paraît essentiel, comme l'a adéquatement souligné Ruisen, de distinguer le diagnostic de la classification diagnostique⁸. Un diagnostic est le produit d'un processus diagnostique qui reprend l'identification de signes pathologiques. Une classification est la division en catégories de phénomènes pathologiques. Le diagnostic est donc un produit sur mesure, la classification est universelle, statique et descriptive. Dans cet article, nous questionnons l'existence d'un biais systémique Flandre vs. Francophonie au niveau du processus diagnostique.

MÉTHODE

LA POPULATION

Pour cette étude, nous avons identifié des patients internés qui avaient été diagnostiqués avant, pendant et/ou après leur internement des deux côtés de la frontière linguistique. Nous avons répertorié tous les diagnostics que ces patients avaient reçus. Nous avons identifié un total 34 patients provenant du Centre hospitalier Jean Titeca, de l'Unité psychiatrique médico-légale « Phileas » de Dave, de la Commission de Défense sociale de Gand, de la Maison de Justice de Bruxelles et de Namur, ainsi que des personnes ayant été suivies par le service mobile Eolia de Bruxelles. Il s'agit de 34 individus (dont 2 femmes) avec une moyenne de 43,73 ans (SD=9,84). Pour 50 % d'entre eux, le français était la langue la mieux maîtrisée, pour 18 % c'était le néerlandais (26 % de données manquantes).

Toutes les précautions usuelles en rapport avec le secret médical, les principes éthiques et le respect de la vie privée ont été prises.

L'ENCODAGE

Les diagnostics sont issus d'expertises, de rapports médicaux, ou de services psycho-sociaux des prisons. Ces intervenants ont formulé des diagnostics sans classification uniforme, ce qui nous a obligés à regrouper les diagnostics récoltés selon 9 catégories (**TABLEAU 1**). Ces catégories ont été établies intuitivement sur base des fréquences des diagnostics collectés et permettent de rendre compte de l'entière des diagnostics collectés. Dans le cas d'un trouble schizo-affectif ou d'un trouble bipolaire avec caractéristiques psychotiques, le diagnostic fut encodé dans les catégories relatives à la psychose et aux troubles de l'humeur simultanément pour rendre compte de ces deux composantes. Dans le cas d'un diagnostic de personnalité « différé », ce diagnostic a été comptabilisé car a) cela signifiait qu'une attention à un diagnostic de personnalité a été émise et b) nous avons choisi d'interpréter cela comme

TABLEAU 1 : Catégorie diagnostique mutuellement exclusive pour l'encodage des diagnostics récoltés.

CATÉGORIE	PATHOLOGIE
Psychose	Psychose, schizophrénie, trouble délirant, ...
Trouble de la personnalité	Trouble de la personnalité (spécifié ou non), structure de personnalité, psychopathie
Retard mental	Retard mental
Atteinte neurologique	Atteinte neurologique (Parkinson, syndrome frontal, Korsakoff, ...)
Pathologie sexuelle	Auteurs d'infraction à caractère sexuel, paraphilie, ...
Abus de substances	Abus ou dépendance à une substance
Trouble de l'humeur	Trouble de l'humeur, dépressions, trouble bipolaire, cyclique, ...
Fonctionnement global	Les précisions dans les diagnostics du fonctionnement global, le plus souvent selon l'axe V du DSM-IV
Facteurs psychosociaux et environnementaux	Influence sur la psychopathologie de facteurs psychosociaux ou environnementaux (souvent, mais pas exclusivement, en rapport avec l'axe III du DSM-IV)

la non-exclusion d'un diagnostic de personnalité (pathologique ou non).

ANALYSE DES DONNÉES

Pour chaque patient, nous avons classifié les diagnostics récoltés par communauté linguistique dont les diagnostics étaient issus. Ensuite, des proportions ont été calculées par patient par catégorie psychopathologique. Par exemple, pour le patient X, trois des quatre (75 %) diagnostics établis en Flandre indiquent un abus de substances, contre la moitié des diagnostics francophones. Des moyennes de ces proportions par patient ont été calculées et comparées à l'aide de Z-tests (qui permettent la comparaison de proportions). Nous corrèlerons également les proportions diagnostiques des deux communautés afin d'évaluer la convergence de celles-ci.

La rareté de cette population, en plus de la nature non systématique des données collectées, ne permettent malheureusement pas d'analyses statistiques plus poussées. La fragilité de ces analyses se situe dans le fait qu'il est plus facile d'être unanime entre deux cliniciens qu'entre dix. Les dossiers plus « fournis » ou les patients avec des parcours plus longs, peuvent donc être désavantagés.

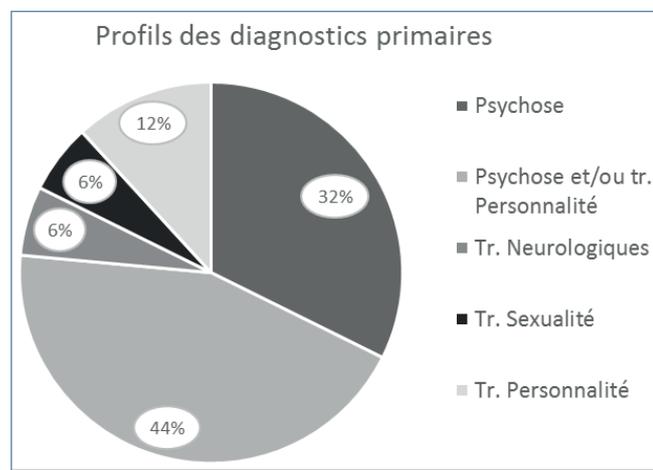
RÉSULTATS

DESCRIPTIFS

Nous avons identifié 34 internés ayant été diagnostiqués de part et d'autre la frontière linguistique. Nous avons collecté un total de 106 diagnostics néerlandophones et 98 francophones. Par patient, nous avons collectés entre 1 et 10 diagnostics, en moyenne 3,11 diagnostic NL et 2,88 FR.

Il s'avère que les deux communautés s'accordent sur le diagnostic principal dans 56 % des cas, dans les autres cas, la dissension opère sur la comorbidité (ou non) de psychose et de trouble de la personnalité (**FIGURE 1**).

FIGURE 1 : Profils des diagnostics primaires.



COHÉRENCE ENTRE DIAGNOSTICS

Sur l'entièreté de l'échantillon, nous avons trouvé une tendance à diagnostiquer plus psychose chez les francophones ($Z=1,72$; $p=,08$) et une tendance à diagnostiquer plus de

déficit intellectuel chez les néerlandophones ($Z=1,81$; $p=,07$). Les diagnostics sur le fonctionnement global (Axe V – GAF) ou relatifs aux facteurs psychosociaux et environnementaux (Axe IV) ne sont rapportés que dans (respectivement) 7 % et 1 % des diagnostics. Les proportions de diagnostics francophones et néerlandophones convergent avec une magnitude modérée à grande ($r=,47$ [Tr. Personnalité] jusqu'à $r=,72$ [Psychose], $p<,01$ pour toutes les corrélations).

L'échantillon contient trop peu d'internés présentant un diagnostic de problématique sexuelle ($n=2$), mais pour ces quelques cas, les deux communautés sont cohérentes dans leurs diagnostics. Pour les troubles sexuels primaires, les deux communautés retiennent des diagnostics de personnalité dans la moitié des cas. Il en va de même pour les troubles neurologiques ($n=2$, une maladie de Korsakoff et une maladie de Parkinson). Une certaine incohérence est qualitativement perceptible avant le trauma.

Pour les patients chez qui l'ensemble des diagnostics semble indiquer une psychose (sans diagnostic de trouble de la personnalité), soit 32 % de l'échantillon, les francophones semblent plus souvent diagnostiquer uniquement une psychose ($Z=2,4$; $p=,02$), ce qui entraîne une plus grande cohérence sur ce diagnostic, mais potentiellement aussi plus de faux-négatifs. Il n'y a pas d'autres indications de biais dans ce sous-groupe.

Pour les profils avec une majorité de diagnostics de trouble de la personnalité, il y a également une grande cohérence entre les cliniciens des deux communautés linguistiques ($Z=-1,02$; $p=,31$).

Pour les profils où s'entremêlent trouble de la personnalité et psychose, il y a une cohérence pour la composante de la personnalité ($Z=,74$; $p=,46$), mais toujours une nette et robuste tendance en Francophonie à diagnostiquer plus de psychoses ($Z=2,3$; $p=,02$). Quand on restreint l'échantillon aux patients ayant au moins deux diagnostics de part et d'autre de la frontière linguistique, on observe que cette différence au niveau de la psychose se maintient, mais qu'une tendance à diagnostiquer plus de trouble de la personnalité du côté néerlandophone se creuse. On remarque également que plus de diagnostics liés à l'intelligence sont rapportés en Flandre ($Z=2,37$; $p=,02$).

DISCUSSION

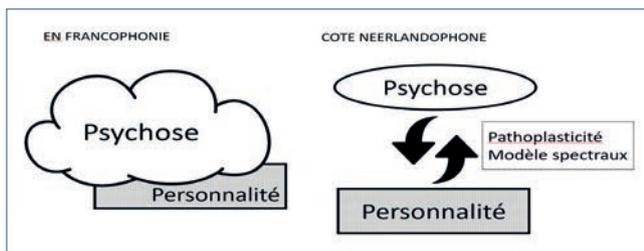
Il apparaît que des diagnostics d'abus de substances, de déficience mentale, ou de composantes thymiques sont des diagnostics majoritairement secondaires. Les diagnostics neurologiques, de trouble sexuel, de psychose simple ou d'un trouble unique de la personnalité, ne sont pas sujets à des biais significatifs dans les diagnostics.

Les profils diagnostiques problématiques sont ceux où s'entremêlent psychose et trouble de la personnalité. Malheureusement, à l'heure actuelle, nous ne disposons pas de prévalences psychiatriques fédérales pour la population internée entière. Cependant, des estimations suggèrent que potentiellement 30 % à 60 % des internés qui seraient concernés^{1,2,3,9,10}.

Nos résultats confirment notre expérience clinique : en Flandre, une psychose est fréquemment considérée comme transitoire, assimilée à la phase symptomatologique (positive

et productive), alors qu'en Francophonie, la psychose est considérée comme plus ancrée assimilée dans la personnalité. En francophonie, la psychose est peut être conceptualisée comme un nuage qui recouvre la personnalité (et diffère le diagnostic formel de celle-ci), alors qu'en Flandre, la personnalité « teint » la psychose, lui donne forme (« *pathoplasticity* »¹¹), ou s'exprime selon des modèles spectraux (FIGURE 2). Nous doutons que ces résultats répondent de manière directe à une Francophonie plus psychanalytique et à une orientation plus cognitivo-comportementale anglo-saxonne en Flandre.

FIGURE 2 : Représentation conceptuelle de l'interaction "Psychose-Trouble de la personnalité" de part et d'autre de la frontière linguistique.



Concernant les diagnostics de trouble sexuel, il nous faut préciser que cette population est difficile à représenter dans des prévalences de diagnostic formel². En effet, ce n'est pas forcément parce qu'il y a un trouble sexuel, qu'il y a un diagnostic DSM-IV-TR apparenté. En Francophonie, cette difficulté est palliée par l'usage du terme « Auteur d'Infractions à Caractère Sexuel » (AICS), mais qui n'est pas, faut-il le rappeler, un diagnostic psychiatrique.

Notre étude indique également que nos homologues néerlandophones ont une nette tendance trans-nosographique à s'intéresser au fonctionnement cognitif des internés. Depuis

des années le centre de recherche « KeFor » de l'OPZ Rekem s'intéresse à la question¹². En Francophonie, cet aspect-là ne serait pas considéré comme moins pertinent, mais un fonctionnement cognitif perturbé serait plus fréquemment considéré comme conséquent à la psychose (qui est plus diagnostiqué, cfr ci-haut), ce qui en différencierait une évaluation formelle.

Lors d'une première discussion de ces résultats, les praticiens expliquaient ces résultats, au-delà des différences conceptuelles, en termes de réticences¹³. Par exemple, mentionner un diagnostic relatif à la personnalité et/ou au QI d'un interné diminue drastiquement ses chances d'être accepté dans des structures de soin. Lors de cette même présentation, l'hypothèse avait été émise qu'un diagnostic de trouble de la personnalité pourrait survenir plus fréquemment après des hospitalisations répétées (comme explication à un revers de prise en charge). Nous n'avons pas pu confirmer cette hypothèse : il n'y a pas d'association entre l'âge et les diagnostics de personnalité, ni entre l'âge et le nombre de diagnostics.

Enfin, nous pensons que nos collègues néerlandophones ont une plus longue pratique des instruments psychométriques de l'évaluation du risque, mais aussi de mesure de la personnalité et du QI. Ceci pourrait avoir cultivé une attention plus systématique à ces caractéristiques cliniques.

Malgré l'existence de biais diagnostiques de part et d'autre de la frontière linguistique, nous devons nous rappeler que pour un même patient, le diagnostic pu un être frein dans l'une des communautés, mais pas dans l'autre, ou inversement. C'est pourquoi nous recommandons aux praticiens, lors de phases de sélection de patients, de nuancer les conclusions diagnostiques des dossiers au vue de nos résultats et de tenter des périodes d'essai clinique.

LIMITATIONS

Il nous faut insister sur la fragilité de la méthodologie. Certes, elle permet de mettre en avant, pour les mêmes patients, les biais diagnostiques, mais elle n'en reste pas moins sommaire et appliquée à un nombre limité de cas. La fiabilité des diagnostics est habituellement calculée à un moment fixe par plusieurs juges ayant la même formation, avec un cadre de référence commun, qui ont rencontré des patients et non sur des analyses diachroniques de dossier. Cependant, cette étude pilote est une première en Belgique et elle permet de comprendre les grandes divergences de la littérature.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement Pierre Oswald et BCNBP pour nous avoir encouragés à réaliser cette recherche. Pour nous avoir renseigné des cas, notre gratitude va également à Nancy Merckx et Henri Heimans de la Commission de Défense sociale de Gand, à Dominique Namur de la Maison de Justice de Namur, à Ilse Schellaert de la Maison de Justice de Bruxelles, à Bénédicte de Villers et Angélique Dugauquier de l'Unité psychiatrique medico-légale de Dave, à Pierre Titeca, Francisco Repiso, Mohamed Stitou et Lucie De Smet du Centre hospitalier Jean Titeca, ainsi qu'à Marie Rémy et son équipe Eolia.

RÉFÉRENCES

1. Cosyns P, D'Hont C, Janssens D, Verellen R. Geïnterneerden in België. De cijfers. (Internees in Belgium. The Numbers). Panopticon. 2077;28:1.
2. Oswald P, Saloppé X, Ducro C, Macquet D, Cornu P.-J., Pham T et al. Caractéristiques cliniques d'une population internée : un cas particulier, l'établissement de défense sociale « Les Marronniers » à Tournai (Belgique). L'Encéphale ; 2016.
3. Jeandarme I, Habets P. Forensisch psychiatrisch onderzoek in Vlaanderen. Presented at the 15 Jaar Forensische Psychiatrie in Vlaanderen: medium security, Thomas More, Antwerpen ; 2016.
4. Caplan P.-J., Cosgrove L. Bias in psychiatric diagnosis. Rowman & Littlefield ; 2004.
5. Poland J. Bias and schizophrenia. Bias in Psychiatric Diagnosis: How Perspectives and Politics Replace Science. 2004:149-70.
6. Matuszak J, Piasecki M. Inter-rater reliability in psychiatric diagnosis: collateral data improves the reliability of diagnoses. Psychiatric Times. 2012;29(10):12.
7. Eells T.-D. Psychotherapy case formulation: History and current status. In Handbook of Psychotherapy Case Formulation. 2th. New York : The Guilford Press, 2007.
8. Ruisen A. Diagnostiek en classificatie scheiden in de psychiatrie - hoe de DSM-5 zinvol ingezet kan worden voor het vak. Tijdschrift Voor Psychiatrie. 2014;56(8):523-30.
9. De Page L, de Villers B, Dugauquier A, Pham T, Saloppé X, Thiry B. Psychopathological Profile of the Belgian Forensic High-Risk Population. (n.d.).
10. Equipe de Recherche Cartographie Internés. Présentation des résultats de la cartographie des internés. Bruxelles, 2016.
11. Widiger T.-A. Personality and psychopathology. World Psychiatry. 2011;10(2):103-6.
12. Pouls C, Jeandarme I. Risk Assessment and Risk Management in Offenders with Intellectual Disabilities : Are We There Yet ? Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities. 2015.
13. Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry. L'internement en 2016: Nouvelles hypothèses et questionnements inédits. Bruxelles ; 2016.

AUTEUR CORRESPONDANT

LOUIS DE PAGE

Centre Hospitalier Jean Titeca
Rue de la luzerne 11
1030 Schaerbeek
E-mail : louis.de.page@gmail.com

L'UTILISATION DE JEUX DE RÔLE FILMÉS POUR L'APPRENTISSAGE DE LA COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT : UNE EXPÉRIENCE PILOTE SUR 262 ÉTUDIANTS

THE USE OF FILMED ROLE-PLAY FOR LEARNING DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION:
A PILOT EXPERIMENT ON 262 STUDENTS

Hélène GIVRON(a), Martin DESSEILLES(b)

(a)Psychologue, Assistante à la Faculté de Médecine à l'Université de Namur

(b)Psychiatre, Psychothérapeute et Professeur à la Faculté de Médecine à l'Université de Namur

Résumé

Une communication de qualité permet une meilleure compréhension, observance et satisfaction des patients. Les chercheurs nous informent qu'il est possible d'entraîner et de développer ses compétences communicationnelles. Toutefois, cela passe par de la pratique. Dans cet article, nous décrivons comment nous avons implémenté des jeux de rôle chez 262 étudiants en médecine afin d'entraîner leurs capacités de communication, à la moitié de leur formation. Les résultats nous informent que les étudiants sont demandeurs de développer ces compétences. Ils identifient des lacunes en termes de compétences verbales (reformulation, clarification) et non verbales (contact oculaire). Cette première expérience nous permet de conclure que le jeu de rôle semble être un moyen pertinent pour développer les compétences communicationnelles et relationnelles des futurs médecins.

Mots-clés : relationship medicine-patient, communication, role-play, medicine students.

Summary

A good communication leads to a better comprehension, observance and satisfaction of the patients. Researchers inform us that this competence may be trained and developed. However this knowledge must be practiced. In this article, we describe how we implemented role-play with 262 medical students to train their communication skills during their third year of medicine. The results inform us that students are eager to learn these skills. They identify gaps in terms of verbal (reformulation, clarification) and non-verbal (eye contact) skills. This first experiment allows us to conclude that role-play seems to be a relevant means to develop the communication and relational skills of the future doctors.

Key words: relationship medicine-patient, communication, role-play, medicine students.

Samenvatting

Goede communicatie zorgt voor beter begrip, therapietrouw en tevredenheid van de patiënt. Onderzoekers vertellen ons dat het mogelijk is om te trainen en ontwikkelen van hun communicatieve vaardigheden. Dit vereist echter oefening. In dit artikel beschrijven we hoe rollenspellen bij 262 medische studenten worden geïmplementeerd om hun communicatieve vaardigheden in de helft van hun opleiding te trainen. De resultaten vertellen ons dat studenten verzoekers zijn om deze vaardigheden te ontwikkelen. Ze constateren een gebrek aan verbale (herformulering, verduidelijking) en nonverbale (oogcontact) vaardigheden. Deze eerste ervaring stelt ons in staat om te concluderen dat rollenspel lijkt een geschikte manier om communicatieve en sociale vaardigheden van de toekomstige artsen te ontwikkelen.

Trefwoorden : relationship medicine-patient, communication, role-play, medicine students.

INTRODUCTION

Les modes de communication entre les personnes changent entre autres avec l'évolution des moyens technologiques d'information et de communication. Les informations sont plus abondantes et plus accessibles, mais ne sont pas toujours vraies, précises ou pertinentes. Les patients arrivent parfois avec un diagnostic qu'ils ont posé eux-mêmes, après la consultation de sites web plus ou moins fiables et attendent de leur médecin de connaître ces sources et de les dépasser. Les études de médecine consistent-elles exclusivement à engranger beaucoup d'informations ? Comment se gère cette information entre le patient et le médecin ?

Si le savoir est une qualité indispensable, ce n'est pas une qualité suffisante. Dans ce cadre d'autonomisation du patient, l'attitude paternaliste du médecin doit laisser place à une attitude plus participative, faisant appel à d'autres compétences relationnelles et communicationnelles¹.

Depuis une trentaine d'années, les études confirment le caractère essentiel d'une bonne communication dans la prise en charge d'un patient², favorisant une approche plus centrée sur le patient³. Une communication de qualité (instaurer une relation de collaboration, être à l'écoute des

questions et craintes, fournir des informations) a une influence positive pour le patient, le médecin et le système de soins de santé. Premièrement, le résultat des soins est amélioré pour le patient : meilleur diagnostic, meilleure observance du traitement, plus grande satisfaction^{4,5}, diminution des symptômes⁶ et *in fine*, amélioration de la santé du patient⁷⁻⁹. Une communication médecin-patient de qualité présente également des avantages pour les médecins dont le bien-être est amélioré¹⁰⁻¹⁴. Ces médecins éprouvent moins de stress (notamment moins de plaintes judiciaires¹⁵) et plus de satisfaction liés au travail¹⁶. Enfin, de manière plus globale, les conséquences d'une communication efficace en santé sont notables pour la société. Des auteurs rapportent un séjour hospitalier plus court et un moindre coût en termes de visites^{17,18}. De plus, une pratique centrée sur le patient améliore l'efficacité des soins en diminuant les tests diagnostiques et les renvois vers d'autres spécialistes^{14,19}. Enfin, les patients souffrent également de difficultés de communication (difficultés à poser leurs questions, décrire leurs symptômes, etc.). En développant les compétences communicationnelles des professionnels de la santé, on aide également les patients à mieux communiquer¹. La communication étant un processus interactif, il semble essentiel que les patients communiquent également efficacement.

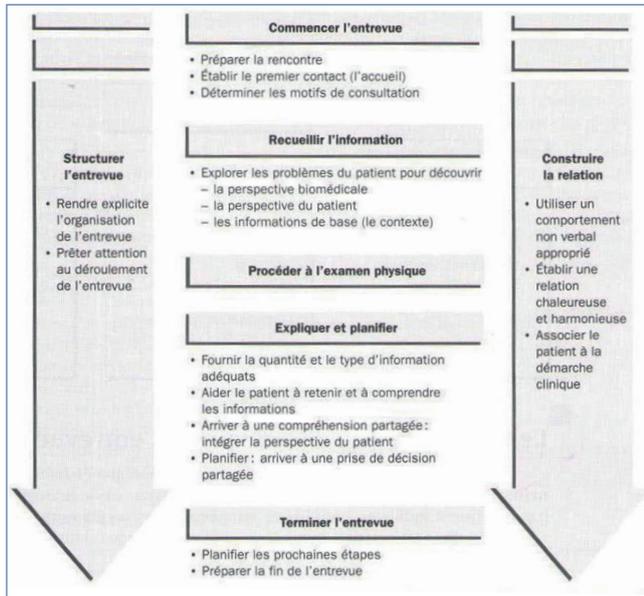
À l'heure actuelle, les habiletés relationnelles et communicationnelles sont dès lors reconnues de manière officielle comme une « compétence clinique essentielle en médecine »²⁰. En plus du savoir technique indispensable, il est essentiel que les professionnels de la santé développent des compétences communicationnelles et relationnelles. Pourtant, d'importantes lacunes dans ces compétences ont été recensées lors de diverses études : les médecins comprennent souvent mal les raisons pour lesquelles le patient consulte²¹; ils sous-estiment le désir d'information du patient²² et accordent trop peu d'attention au contexte de vie et aux facteurs psychosociaux de l'individu²³. Lorsque l'on interroge les principaux intéressés, les médecins estiment que leur principale difficulté dans la maîtrise de leur profession est la communication avec les patients²⁴. En outre, les patients sont les plus critiques concernant les problèmes de communication avec leur médecin (c'est d'ailleurs la cause la plus fréquente des plaintes judiciaires médicales²⁵).

Plusieurs chercheurs concluent qu'il est « essentiel et urgent de mettre en place des stratégies propres à relever le défi de l'apprentissage de la communication par les médecins »²⁶. Les compétences communicationnelles et relationnelles ne sont pas uniquement naturelles ou développées au cours de l'exercice de la profession. Des études ont prouvé qu'il est possible d'enseigner et d'apprendre les compétences de communication pour améliorer la relation entre un professionnel et un patient²⁷⁻³¹. Dès lors, afin de favoriser le transfert des résultats scientifiques et de répondre aux demandes des patients³², nous avons décidé d'implémenter un entraînement aux compétences communicationnelles chez nos étudiants en médecine. Des auteurs ont montré qu'à cause de leur anxiété, les étudiants disposant de bonnes capacités communicationnelles les perdent fréquemment en face de patients réels. Dès lors, il paraît essentiel d'entraîner en contexte, le plus tôt possible, ces compétences dans leur cursus³³, avant leurs premiers contacts avec des patients. Sur base de la littérature, il

semble que le meilleur moyen d'entraîner ses compétences communicationnelles soit l'expérimentation, par des jeux de rôle^{26,27}. Le fait d'expérimenter soi-même un contenu théorique serait une des façons les plus efficaces de l'intégrer, permettant jusqu'à 80 % de rétention en mémoire de l'information³⁴. Un jeu de rôle est une technique d'apprentissage active, qui a pour fonction de permettre à l'apprenant d'expérimenter un aspect du savoir professionnel. Dans ce cas, cela permettait aux étudiants « d'exercer des habiletés de communication ou d'essayer différentes façons d'intervenir et d'en percevoir les effets, dans un contexte protégé, non préjudiciable au patient »³⁵. Selon Riera *et al.*, le jeu de rôle permet de diminuer les craintes des étudiants envers des situations de la vie réelle³⁶. Concernant l'opérationnalisation de ces jeux de rôle, il semble que ce soient les ressources qui doivent guider le choix de leur mise en place. Les deux principales contraintes étant le coût humain (temps) et financier (l'utilisation de patients standardisés comme dans l'ECOS -examen clinique objectif structuré- est onéreuse). Par ailleurs, la littérature nous informe que les étudiants peuvent éprouver des résistances, voire de l'anxiété à la réalisation de jeux de rôle³⁷. Il est dès lors essentiel de s'assurer que le climat soit propice à leur mise en place. Il est important de créer un climat sécurisant, favorisant l'apprentissage, mais également suffisamment sérieux, en insistant sur le fait qu'il est attendu des étudiants qu'ils acceptent la responsabilité et les fonctions de leur rôle et fassent du mieux qu'ils peuvent³⁸.

Suite à une revue de la littérature portant sur les résultats de recherche et d'expertise accumulée dans le domaine, Millette *et al.* ont établi une stratégie efficace pour l'enseignement et l'apprentissage de la communication professionnelle en santé²⁶. Dans celle-ci, il est en outre important de se baser sur un référentiel spécifique sur la communication, structuré de manière cohérente, établissant clairement les apprentissages à acquérir et basé sur les données de la recherche. À cette fin, nous nous sommes appuyés sur le modèle de consultation médicale « Calgary-Cambridge » développé par Kurtz et Silverman et structuré en 6 étapes³⁹. Il a l'avantage d'être fondé sur des données empiriques et théoriques. Selon, Millette *et al.*, ce guide « constitue une excellente source et une base solide pour l'élaboration d'un cursus de formation à la communication médecin-patient et peut être utilisé comme modèle de référence pour la pratique et l'enseignement de l'entrevue médicale »²⁶. Selon ce dernier, la consultation est structurée en 6 étapes : le début de l'entrevue, le recueil de l'information, l'examen physique, l'explication, la planification et la fin de l'entrevue. La grille d'analyse de l'acquisition de ces habiletés spécifiques permet d'observer la présence de comportements mesurables et de les valider. La version présentée ci-dessous est la plus récente comprenant un « cadre élargi » de l'entrevue médicale³⁰. À côté des 6 étapes ou tâches à réaliser par le médecin, sont indiqués les objectifs plus généraux poursuivis par cette tâche. Ces auteurs proposent un cadre au clinicien en précisant qu'il est essentiel de l'adapter à la singularité de chaque entretien (figure 1).

FIGURE 1



Modèle de consultation médicale issu de l'ouvrage de Richard et Lussier (2016), p.211, avec l'autorisation de reproduction des auteurs

Enfin, les jeux de rôle peuvent être filmés, offrant ainsi la possibilité aux étudiants de se revoir et d'identifier d'éventuels points aveugles (différence entre ce qu'on croit faire et ce qu'on fait réellement). Des auteurs ont affirmé que l'utilisation de méthode d'apprentissage réflexif (par l'utilisation de vidéo) est un moyen utile pour développer les compétences communicationnelles⁴⁰. Cette méthode, nécessitant une information au préalable et la signature d'un consentement éclairé a été jugée valide pour examiner la communication médecin-patient, car son influence sur les participants n'est que marginale^{41,42} ; elle ne semble présente que pendant les 4 premières minutes⁴³. Dès lors, une période de découverte des lieux et de « warm-up » est primordiale avant de commencer le jeu de rôle.

MÉTHODOLOGIE

PROCÉDURE

Comme abordé ci-dessous, selon de nombreux auteurs, la maîtrise des habiletés communicationnelles est complexe et ne se limite pas à l'apprentissage de connaissances en communication². Les professionnels de santé doivent appliquer peu à peu ces connaissances pour qu'elles deviennent des comportements. Selon Kurtz *et al.*, il existe 5 étapes essentielles pour acquérir un niveau professionnel de compétence² : la connaissance du répertoire des habiletés à maîtriser (1), l'observation d'interactions avec des patients (2), la rétroaction constructive, descriptive et détaillée à propos du comportement observé (3), la mise en pratique des habiletés (4) et enfin l'approfondissement des habiletés (5). Les travaux pratiques (TP) que nous avons proposés à nos étudiants ont été élaborés sur base de cette structure. Premièrement, une séance de prébriefing d'une heure a permis de développer une série de connaissances (1) : l'importance de la communication professionnelle, la communication non verbale, l'empathie et les différentes étapes d'un entretien médical selon l'approche

« Calgary-Cambridge »³⁹. Durant cette séance, deux vidéos (illustrant la relation entre un médecin et son patient) ont été projetées afin de permettre aux étudiants d'observer (2) des sujets en interaction. Ensuite, une analyse de ces séquences a été réalisée afin d'apporter une rétroaction constructive (3) de ce qui avait été observé. Pour mettre en pratique ces habiletés (4), un jeu de rôle fut proposé, en binôme, sur base d'un canevas de rôles dans une séquence d'entretien. Enfin, dans le but d'approfondir leurs habiletés (5), une séance de débriefing de deux heures fut donnée, afin de revenir sur leurs jeux de rôle en insistant sur la transposition possible de ces acquis et expériences pour leur vie professionnelle future. Lors de ce débriefing, les enregistrements vidéo ont permis de revoir des séquences pertinentes. Nous avons demandé l'accord des étudiants présents sur ces images et avons pris soin de ne sélectionner que des séquences illustrant des comportements verbaux et non verbaux jugés excellents. A nouveau, les règles de non-jugement, de respect et de confidentialité avaient été rappelées avant les visionnements. Ces règles ont été respectées et plus encore, les étudiants se sont spontanément applaudis les uns les autres après avoir vu ces séquences vidéo.

PARTICIPANTS

262 étudiants en 2^e et 3^e bachelier en médecine de l'Université de Namur ont réalisé ces jeux de rôle entre octobre et décembre 2016, quelques mois avant leur premier stage (juin 2017). Il s'agissait de 90 hommes et 172 femmes, ayant de 19 à 25 ans ($M=20.47$, $SD=.88$). Ces jeux de rôle étaient obligatoires, dans le cadre de travaux pratiques du cours de psychologie médicale. Le taux de participation était donc de 100 %.

LE BRIEFING ET LE JEU DE RÔLE

Comme dit ci-dessus, lors de la réalisation de jeux de rôle, des conditions de respect et de confidentialité doivent être assurées aux participants. A cette fin, avant la réalisation du jeu de rôle (de 15 minutes et filmé), les étudiants ont complété un engagement de confidentialité ainsi qu'un contrat de cession de droits à l'image. Nous avons jugé que cette confidentialité était l'occasion d'aborder un point éthique transférable pour leur pratique future. En effet, afin de réaliser correctement son travail, le médecin a besoin d'avoir accès à toutes les informations pertinentes concernant la maladie du patient. Sans confiance ni certitude de confidentialité, le patient peut se montrer craintif à l'idée d'énoncer des informations sensibles, voire embarrassantes à son sujet.

Ensuite, chaque étudiant tirait au sort une vignette qui était soit celle du rôle de patient, soit celle du rôle de médecin. Le cas clinique était le même pour tous les étudiants (nous leur demandions de le garder confidentiel afin de maintenir la découverte du cas clinique pour tous les étudiants). La vignette décrivait le cas d'un patient (le genre était adapté à celui de l'étudiant qui devait jouer ce patient) qui consultait en panique son médecin généraliste. Depuis le décès récent de son meilleur ami suite à un cancer de la peau foudroyant, le patient utilisait une application afin d'analyser ses grains de beauté mensuellement. Ce mois-ci, cette application avait signalé un risque élevé de cancer de la peau pour un bouton présent sur son front. Le patient avait pour directive de jouer un patient extrêmement paniqué, écoutant peu. Le médecin avait pour consigne de poser le diagnostic d'un simple

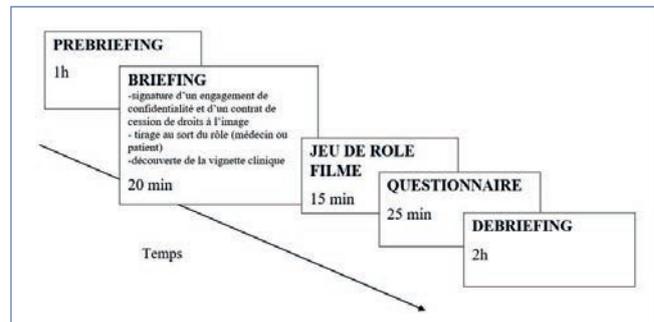
bouton d'acné et pouvait proposer un traitement (crème) si le patient souhaitait accélérer le processus de guérison. Nous souhaitons que la situation ne soit pas trop complexe afin d'être adaptée au niveau de compétence et de pratique de l'étudiant⁴⁴. Après avoir découvert cette vignette, les étudiants n'eurent pas la possibilité d'en discuter afin que l'échange reste le plus spontané possible (le patient ne connaissait pas le diagnostic à l'avance afin de s'assurer qu'il joue vraiment un patient paniqué). Nous attendions du médecin qu'il respecte une procédure en deux temps : faire preuve d'abord d'écoute, d'empathie et de réassurance envers son patient, puis, seulement dans un deuxième temps, fournir à celui-ci des informations plus théoriques (qui expliquées plus tôt n'auraient pas été entendues ni retenues par le patient submergé par la panique). La taille de l'échantillon ainsi que les contraintes d'encadrement et de temps n'ont permis de proposer qu'un des deux rôles aux étudiants. Afin que les étudiants « patients » bénéficient également d'un feedback sur leurs compétences communicationnelles, nous les avons briefés sur l'importance des bonnes compétences communicationnelles du patient également (la communication étant un processus interpersonnel) et dans le cadre actuel d'empowerment du patient, nous leur avons demandé, à eux aussi, d'être vigilants à leurs compétences communicationnelles.

À la suite du jeu de rôle, nous avons demandé à tous les étudiants de répondre à un questionnaire évaluant leurs expériences et apprentissages. Les questions qui leur ont été posées étaient premièrement quantitatives : « évaluez de 0 à 10 les compétences communicationnelles de votre médecin/patient », « évaluez de 0 (pas du tout) à 10 (extrêmement fort) votre niveau de stress au moment du jeu de rôle », etc. Nous avons demandé aux patients d'évaluer sur une échelle allant de 1 (absolument pas) à 4 (très) s'ils s'étaient sentis persuadés, écoutés et rassurés par leur médecin, ainsi que s'ils allaient suivre ou non le traitement proposé. Nous avons posé les mêmes questions aux médecins (combien ils pensaient que le patient s'était senti persuadé, écouté et rassuré et s'il allait ou non suivre le traitement recommandé). Ensuite, des mesures qualitatives ont également été prises via la possibilité de sélectionner différentes compétences communicationnelles à améliorer. Des compétences étaient présentées aux patients évaluant leur médecin : compétences de reformulation, de clarification, d'empathie, de comportement non verbal et de clôture d'entretien. D'autres étaient proposées aux médecins évaluant leur patient : compétences de formulation de leur demande, d'énumération de leurs symptômes, de contact oculaire et débit de parole.

De manière schématique, la structure de ces TP de plus ou moins 4 heures était donc la suivante : 1h de prébriefing en auditoire, 20 minutes de briefing (signature des documents et découverte des vignettes), 15 minutes de jeu de rôle par binôme, 25 minutes de questionnaire et 2h de débriefing (figure 2).

Comme il s'agissait d'une première expérience à cette échelle, il a été demandé à chaque étudiant d'évaluer ces TP, afin de pouvoir y apporter des modifications et améliorations pour les années futures. Enfin, en ce qui concerne le coût, mise à part la nécessité d'une caméra, de cartes-mémoire et d'impression, la réalisation de ces TP a représenté un coût important en temps humain. En tenant compte de la revue de la littérature,

FIGURE 2



la préparation des cours, les cours, les 131 jeux de rôle, le visionnage des jeux de rôle et l'analyse des questionnaires, le temps est estimé à 230 heures.

RÉSULTATS

EVALUATION DES COMPÉTENCES COMMUNICATIONNELLES

Les « patients » ont évalué les compétences communicationnelles de leur médecin de 4 à 10/10 ($M=8.19/10$, $SD=1.21$). Ils les incitent à développer les compétences de reformulation, d'empathie et de clôture d'entretien. Les « médecins » ont évalué les compétences communicationnelles de leur patient de 6 à 10/10 ($M=8.37/10$, $SD=0.96$). Ils leur demandent de développer les compétences suivantes : formuler plus clairement leur demande et mieux la structurer (ne pas donner trop d'informations en même temps) et parler moins vite. Médecins et patients ont souhaité voir les compétences de communication non verbales de leur partenaire s'améliorer, principalement au niveau du maintien du contact oculaire.

Au niveau émotionnel, les étudiants se sont sentis majoritairement détendus, mais ceux ayant le rôle de médecin étaient en moyenne plus stressés ($M=5.98/10$, $SD= 2.19$) que ceux ayant le rôle de patient ($M=3.79/10$, $SD= 2.55$). Une comparaison de moyennes (*one-way ANOVA*) a été appliquée (les moyennes étaient supposées égales lorsque la p-valeur était supérieure à .05). Les résultats ont indiqué que les moyennes étaient significativement différentes pour le score de stress des deux rôles. Cela a permis d'affirmer que les étudiants jouant le rôle du médecin étaient significativement plus stressés que les étudiants jouant le rôle de patient ($F(1,262) = 3.95$, $p = .048$). Ce qui pourrait éventuellement être lié au fait que chaque étudiant avait déjà expérimenté la position de patient, mais aucun celle du médecin (tableau 1).

Cet article s'en tient à la description des fréquences des réponses rapportées par les étudiants et n'a pas pour objectif d'aller plus loin dans l'analyse. Toutefois, il est intéressant de noter qu'à part sur la dimension de prise du traitement où un « oui » massif est rapporté (synonyme d'une certaine assurance), les étudiants « médecins » semblent nuancés concernant l'effet potentiel de leurs compétences communicationnelles sur leur patient et ne vont pas dans les extrêmes. Le « tout à fait » étant rarement rapporté sur les dimensions de persuasion, écoute et réassurance. Ceci est peut-être lié à une inexpérience dans l'évaluation de ces dimensions, à de l'humilité, ou encore à une certaine réserve, inhérente au fait qu'on ne peut jamais être certain de savoir ce que pense réellement l'autre.

TABLEAU 1

Patient	Dimensions	Evaluation		Fréquences
		« Je me suis senti »		
Persuasion		Très convaincu		53.79%
		Convaincu		44.70%
		Peu convaincu		1.51%
		Absolument pas convaincu		0%
Ecoute		Très écouté		56.82%
		Écouté		40.15%
		Un peu écouté		3.03%
		Pas du tout écouté		0%
Réassurance		Très rassuré		62.12%
		Rassuré		35.61%
		Un peu rassuré		2.27%
		Pas du tout		0%
Prise du traitement		Oui		88.64%
		Peut-être		10.61%
		Non		0.75%
Médecin		« Je pense que le patient a dû se sentir »		Fréquences
Persuasion		Très convaincu		
		Convaincu		73.28%
		Peu convaincu		3.82%
		Absolument pas convaincu		0.76%
Ecoute		Très écouté		37.40%
		Écouté		60.31%
		Un peu écouté		1.53%
		Pas du tout écouté		0.76%
Réassurance		Très rassuré		38.17%
		Rassuré		56.49%
		Un peu rassuré		4.58%
		Pas du tout		0.76%
Prise du traitement		Oui		87.79%
		Peut-être		11.45%
		Non		0.76%

Tableau 1 – Fréquences des réponses rapportées par les patients et médecins sur les dimensions de persuasion, écoute, réassurance et prise du traitement.

FEEDBACK DES ÉTUDIANTS SUR CES JEUX DE RÔLE

Comme dit ci-dessus, les étudiants ont été invités à remplir une évaluation des TP. De manière générale, 92 % des étudiants ont rapporté avoir « tout à fait ou plutôt » apprécié ces jeux de rôle et 91 % en avoir tiré un apprentissage. 90,25 % ont la sensation qu'ils y repenseront pendant leurs futurs stages et 94 % qu'ils adapteront leur attitude en stage suite à ce jeu de rôle. 91 % d'entre eux ont répondu qu'il s'agissait d'un moyen intéressant de formation en médecine et 89 % qu'il fallait les systématiser à tous les étudiants en médecine.

Lorsqu'on les interroge sur le moment le plus adéquat pour dispenser ces TP, 84,55 % ont choisi la réponse « avant les stages ». Certains ont même proposé « tout au long de la formation » ou encore « avant et après les stages pour voir la progression ».

Lorsqu'on demande aux étudiants des pistes d'amélioration pour ces TP, ils rapportent regretter ne pas pouvoir tous expérimenter la position du patient ET du médecin, ne pas pouvoir réaliser plusieurs jeux de rôle, à différents moments de leur formation et ne pas avoir un débriefing en petits groupes, avec des feedbacks individualisés et la possibilité de revoir, chacun, la vidéo de leur jeu de rôle.

Lors des jeux de rôle, de nombreux étudiants ont rapporté que c'était la première fois qu'ils entendaient parler de la relation patient-médecin dans leur cursus. Or, cela leur paraissait essentiel pour « devenir de bons médecins ».

Pour conclure cette évaluation, les étudiants semblent donc percevoir un intérêt à ces jeux de rôle dans leur formation. Notons toutefois qu'une minorité d'entre eux trouve que ces TP représentent « trop de temps pour un petit cours de 2 crédits ». La majorité des étudiants sont demandeurs de plus de temps consacré à l'apprentissage de la communication et la relation

patient-médecin tout au long de leur formation. Dans leur étude, Roze des Ordon et al. ont également noté que les étudiants s'engageaient dans leur programme de développement des compétences communicationnelles de manière enthousiaste et le jugeaient comme « aidant » et représentant une « valeur ajoutée » à leur formation⁴⁵. Ces résultats nous invitent dès lors à tenter de dégager davantage d'heures à la réalisation de ces jeux de rôle. Un entraînement plus soutenu permettrait, en plus de développer les compétences communicationnelles des futurs médecins, de diminuer leur niveau de stress associé à la rencontre avec le patient. La familiarité avec la position de médecin leur permettrait d'aborder plus sereinement leur patient lors de leur stage et de leur pratique future, ce qui est essentiel pour l'instauration d'une relation et communication de qualité.

DISCUSSION

Comme signalé par les étudiants, certaines limites sont à soulever. Premièrement, l'idéal aurait été que chaque étudiant puisse expérimenter à la fois le rôle du médecin et celui du patient afin de mieux percevoir l'impact de ses interventions. Ceci n'a pas été réalisable à cause de la taille de la cohorte et des contraintes de temps ainsi que d'encadrement. De plus, il aurait été plus profitable aux étudiants que la séance de débriefing se déroule en plus petits groupes, afin d'augmenter l'implication de chacun dans l'analyse des vidéos et de permettre à chaque étudiant de revoir son jeu de rôle. A nouveau, la taille de la cohorte et les contraintes de temps ainsi que d'encadrement nous ont contraints à réaliser ce débriefing en grand auditoire, permettant moins de participation de la part de chaque étudiant. En outre, pratiquer plusieurs jeux de rôle, avec des cas cliniques et des partenaires différents permettrait d'entraîner davantage les compétences communicationnelles des étudiants et serait idéal. En effet, selon Maier, pour acquérir une compétence, des opportunités répétées, accompagnées d'un feedback sont essentielles⁴⁶. Il semble que même améliorées, ces compétences peuvent décliner avec le temps si elles ne sont pas réactivées^{47,48}. Dès lors, il serait essentiel de continuer à entraîner ces étudiants avec des feedbacks réguliers et une formation continue^{26,47}. Des auteurs ont implémenté un entraînement aux compétences communicationnelles chez des médecins généralistes (adaptation de leurs cas complexes en scénarii, mis en scène à l'aide de patients standardisés)⁴⁹. Cette approche s'est avérée acceptable pour les médecins et prometteuse pour l'amélioration de leurs compétences.

Bien qu'ils nous donnent des pistes concernant les compétences communicationnelles à développer, ces résultats ne nous permettent pas de conclure à une quelconque amélioration de ces compétences communicationnelles des étudiants après la passation des jeux de rôle (aucune mesure baseline n'ayant été prise). Une piste d'amélioration pour le futur est l'utilisation de « patients standardisés » (vrais patients) ou « patients simulés » (personnes volontaires, recrutées et entraînées afin qu'elles adoptent les caractéristiques de patients réels). L'objectif étant que ces patients permettent aux étudiants d'apprendre et d'évaluer leurs compétences communicationnelles dans un environnement clinique simulé plus standardisé⁵⁰. L'utilisation de ces patients standardisés a déjà montré des résultats positifs entre autres dans l'apprentissage de compétences

empathiques^{51,52}.

Par ailleurs, comme énoncé ci-dessus, ces TP étaient cotés. Il est dès lors possible que les réponses des étudiants aient été biaisées afin de fournir des réponses désirables socialement. Les cotes moyennes concernant les compétences communicationnelles du partenaire étaient plutôt élevées. Cela est peut-être dû au fait que la plupart des étudiants ont réalisé leur jeu de rôle avec un ami (et pouvaient de surcroît craindre qu'une mauvaise note impacte négativement leur note globale aux TP). Toutefois, afin de contrôler ce biais, il leur était précisé que leur évaluation de ces TP serait traitée de manière anonyme.

En outre, concernant la méthodologie de jeu de rôle plus précisément, nous soulevons le fait que bien qu'il s'agisse d'un bon moyen d'apprentissage, on peut se demander dans quelle mesure l'apprentissage par observation n'est pas encore plus efficace. Selon des chercheurs⁵³, les étudiants sont fortement influencés par leurs superviseurs. L'observation de modèles de rôle constitue donc un moteur important pour l'apprentissage des compétences communicationnelles. Allant plus loin, Millette *et al.* affirment que s'il y a une discordance entre ce que les étudiants observent chez leurs cliniciens-modèles et les recommandations verbales ou écrites, ils suivront ce que leurs modèles font²⁶. Or à l'heure actuelle, peu de médecins ont bénéficié de cours sur les compétences communicationnelles. Ceci nous amène à un autre fondement (le sixième) de Millette *et al.* pour une stratégie efficace d'enseignement et d'apprentissage de la communication professionnelle en santé : les cliniciens-enseignants doivent être eux-mêmes des modèles de rôle d'une communication professionnelle en santé adéquate²⁶. Ainsi, pour que ces entraînements soient efficaces, il faudrait également que les cliniciens et enseignants soient

formés à l'animation de petits groupes et intéressés, voire entraînés, à la communication. Nous ajouterons même qu'ils soient formés aux compétences émotionnelles, lorsqu'on voit combien l'apprentissage par simulation peut engendrer des émotions intenses chez les participants.

Enfin, bien que nous nous soyons penchés sur la communication médecin-patient, il nous semble essentiel que l'entraînement des médecins aux compétences communicationnelles puisse également servir aux autres professionnels de la santé. Ces compétences doivent dès lors être transférées et utilisées lors de discussions en staff et avec l'équipe soignante de manière générale pour une meilleure communication au sein de l'équipe, pour le bien-être de celle-ci et la qualité des soins apportés au patient. Une piste permettant de favoriser ce transfert serait la réalisation de ce type de jeux de rôles avec des étudiants issus de différentes facultés et hautes écoles formant médecins, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants, etc.

Pour conclure, l'apprentissage par simulation semble être un outil pertinent et apprécié par les étudiants, même par ceux ayant émis des craintes dans un premier temps. L'instauration d'un climat de bienveillance et de non-jugement est essentielle à cet égard. Nous encourageons l'utilisation de jeux de rôle chez les étudiants en médecine, d'autant plus qu'elle permet un travail interactif de collaboration et de bienveillance entre eux ainsi qu'avec les enseignants. Des notions de collaboration et bienveillance tant délaissées parfois au profit d'un système axé sur la compétition. Dans cet ordre d'idée, nous invitons à la mise en place de jeux de rôles entre futurs soignants issus de différentes facultés afin de favoriser la découverte des rôles et compétences de chacun pour un meilleur travail en équipe et une diminution des représentations « hiérarchisées » du travail de chacun.

CONCLUSION

La réalisation de jeux de rôle filmés semble être un outil précieux pour développer les compétences communicationnelles et relationnelles des futurs médecins. Il offre la possibilité de se revoir et analyser son comportement verbal et non verbal. Un moment judicieux pour développer l'importance de la communication et la relation semble être avant les premiers stages d'observation, afin de donner une grille de lecture de la consultation médicale d'un point de vue interpersonnel. Idéalement, ces jeux de rôle devraient se poursuivre tout le long de la formation des étudiants afin de permettre une réelle évolution et un maintien de celle-ci.

RÉFÉRENCES

1. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé (2^e éd.). Canada : Editions du Nouveau Pédagogique; 2016.
2. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine (2^e éd). Floride : CRC Press; 2004.
3. Stewart *et al.* Patient-Centred Medicine: transforming the clinical method. Oxford : Radcliffe Medical Press ; 2003.
4. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 2001 ; 52(4) : 609-20.
5. Lewin S *et al.* Interventions for providers to promote a patient-centred approach to clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001 ; 4.
6. Kelley J, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Plos.* 2014 ; 9(4): e94207.
7. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters. *Med Care.* 1988 ; 26(7) : 657-75.
8. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *CMAJ.* 1995 ; 152(9) : 1210-2.
9. Stewart M., *et al.* Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control.* 1999 ; 3(1) : 25-30.
10. Grembowski D *et al.* Managed care, physician job satisfaction, and the quality of primary care. *J Gen Intern Med.* 2005 ; 20(3) : 271-7.
11. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci.* 2002 ; 29(2) : 23-9.
12. Roter DL *et al.* Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med.* 1995 ; 155(17) : 1877-84.
13. Wirtzer AW. No time to listen and talk to patients. *West J Med.* 1993 ; 158(6) : 639.
14. Wong YS, Lee A. Communication skills and doctor-patient relationship. *Medical Bulletin.* 2006 ; 11(3) : 7-9.
15. Beckman HB *et al.* The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med.* 1994 ; 154(12) : 1365-70.
16. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ.* 2002 ; 325(7366) : 697-700.
17. Hall JA, Roter DL, Rand CS. Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav.* 1981 ; 22(1) : 18-30.
18. Little P *et al.* Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ.* 2001 ; 323(7318) : 908-11.
19. Stewart M *et al.* The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000 ; 49(9) : 796-804.
20. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Projet canadien d'éducation des médecins spécialistes. ProMEDS 2000. Compétences pour le nouveau millénaire. Rapport du groupe de travail sur les besoins sociétaux ; 1996.
21. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J of Public Health.* 1981 ; 71(2) : 127-31.
22. Waitzkin H. Doctor-patient communication: Clinical implications of social scientific research. *JAMA.* 1984 ; 252(17): 2441-6.
23. Arborelius E, Bremberg S. What does a human relationship with the doctor mean? *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 1992 ; 10 : 163-9.
24. Beaulieu MD, Leclere H, Bordages G. Taxonomy of difficulties in general practice. *Can Fam Physician.* 1993 ; 39 : 1369-75.
25. Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Annals of Internal Medicine.* 1996 ; 125(9) : 730-7.
26. Millette B, Lussier MT, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins: aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie médicale.* 2004 ; 5(2) : 110-26.
28. Hauser K, Matthes J. Medical students' medication communication skills regarding drug prescription-a qualitative analysis of simulated physician-patient consultations. *Eur J Clin Pharmacol.* 2017 ; 73(4) : 429-35.
27. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach.* 1999 ; 21(6) : 563-70.
29. Hess R, Hagemeyer NE, Blackwelder R, Rose D, Ansari N, Branham T. Teaching Communication Skills to Medical and Pharmacy Students Through a Blended Learning Course. *Am J Pharm Educ.* 2016 ; 80(4) : 64.
30. Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med.* 2003 ; 78(8) : 802-9.
31. Liu C, Lim RL, McCabe KL, Taylor S, Calvo RA. A Web-Based Telehealth Training Platform Incorporating Automated Nonverbal Behavior Feedback for Teaching Communication Skills to Medical Students: A Randomized Crossover Study. *J Med Internet Res.* 2016 ; 8(9) : e246.
32. Lansky D. Measuring what matters to the public. *Health Aff.* 1998 ; 17(4) : 40-1.
33. Van Dalen J *et al.* Longitudinal and Concentrated Communication Skills Programmes: Two Dutch Medical Schools Compared. *Advances in Health Sciences Education.* 2002 ; 7(1) : 29-40.
34. Glasser W. Every student can succeed: finally a book that explains how to reach and teach every student in your school. Black Forest Press ; 2006.
35. Girard G, Clavet D, Boulé R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. *Pédagogie médicale.* 2005 ; 6(3) : 178-85.
36. Riera MJR, Cibanal LJ, Mora PMJ. Role-playing in the teaching-learning process of the nursing degree. Assessment of graduate (professionals). *Rev Enferm.* 2011 ; 34 : 17-24.
37. Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Medical Education.* 2007 ; 7(3) : 1-9.
38. Jones K. Simulations in Language Teaching. Cambridge : Cambridge University Press ; 1982.
39. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ.* 1996 ; 30(2) : 83-9.

40. Jorgensen M, Witt K. Teaching communications skills to medical students using a reflective teaching method and access to online video cases. *MedEdPublish*. 2016 ; 5.
41. Arborelius E, Timpka T. In what way may videotapes be used to get significant information about the patient-physician relationship? *Med Teach*. 1990 ; 12(2) : 197-208.
42. Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *Fam Pract*. 2000 ; 17(5) : 422-7.
43. Penner LA, Orom H, Albrecht TL, Franks MM, Foster TS, Ruckdeschel JC. Camera-Related Behaviors during Video Recorded Medical Interactions. *Journal of Nonverbal Behavior*. 2007 ; 31(2) : 99-117.
44. Duffy FD et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med*. 2004 ; 79(6) : 495-507.
45. Roze des Ordon AL, Doig CJ, Couillard P, Lord J. From Communication Skills to Skillful Communication: A Longitudinal Integrated Curriculum for Critical Care Medicine Fellows. *Acad Med*. 2017 ; 92(4) : 501-5.
46. Maier HW. Role playing: Structures and educational objectives. The International Child and Youth Care Network (consulté le 23.05.2017) <http://www.cyc-net.org/cyc-online/cycol-0102-roleplay.html>
47. Brown JB et al. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 1999 ; 131(11) : 822-9.
48. Chan CS et al. Communication skill of general practitioners: any room for improvement? How much can it be improved? *Med Educ*. 2003 ; 37(6) : 514-26.
49. Rollnick S, Kinnersley P, Butler C. Context-bound communication skills training: development of a new method. *Medical education*. 2002 ; 36(4) : 377-83.
50. Hopkins H. Johns Hopkins Medicine (consulté le 28.04.2017) http://www.hopkinsmedicine.org/simulation_center/training/standardized_patient_program
51. Steele DJ, Hulsman RL. Empathy, authenticity, assessment and simulation: a conundrum in search of a solution. *Patient Educ Couns*. 2008 ; 71(2) : 143-4.
52. Teherani A, Hauer KE, O'Sullivan P. Can simulations measure empathy? Considerations on how to assess behavioural empathy via simulations. *Patient Educ Couns*. 2008 ; 71(2) : 148-52.
53. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med*. 1994 ; 69(11) : 861-71.

AUTEURS CORRESPONDANTS

HÉLÈNE GIVRON
MARTIN DESSEILLES

Faculté de Médecine à l'Université de Namur
Département de Psychologie
Rue de Bruxelles, 61
5000 Namur
E-mail : helene.givron@unamur.be
E-mail : martin.desseilles@unamur.be

QUELLES SONT LES SOLUTIONS INTERNES ET EXTERNES (CONCEPT DE RÉSILIENCE) QUE NOUS POUVONS APPORTER FACE À UN PARENT « TOXIQUE » (OU PERVERS MANIPULATEUR NARCISSIQUE) ?

WHAT ARE THE INTERNAL AND EXTERNAL SOLUTIONS (CONCEPT OF RESILIENCE) THAT WE CAN BRING TO A « TOXIC » PARENT (OR PERVERSE NARCISSISTIC MANIPULATOR) ?

Carine DURAY-PARMENTIER(a), Noémie NIELENS(b)

(a)Psychothérapeute familiale et systémique, Certificat universitaire en l'Approche multidisciplinaire de l'Abus sexuel et Maltraitance, Centre de Psychothérapie de Namur, Vedrin

(b)Psychologue clinicienne, cognitivo-comportementale, Psychothérapeute familiale et systémique, Centre de Psychothérapie de Namur, Vedrin

Résumé

Comprendre la toxicité des relations dans laquelle est prise la victime d'un parent « toxique » et trouver des outils qui permettront à ces enfants, devenus adultes, de sortir de l'emprise dans laquelle ils sont pris, souvent depuis leur naissance. L'objectif de cet article est de pouvoir mieux comprendre et identifier ce concept de toxicité parentale non seulement par le fonctionnement même du parent « toxique » et des conséquences à l'égard de l'enfant, mais également sur le potentiel de développement social et relationnel. Autrement dit, comment devenir tuteur d'une résilience efficace face à une dynamique relationnelle toxique ? Par ailleurs, la notion de « pervers manipulateur narcissique » est un concept ayant une faible falsifiabilité pour laquelle cet article nécessite de faire la distinction avec d'autres pathologies sous-jacentes. A travers la recherche et l'étude bibliographique approfondie de multiples ouvrages internationaux reconnus, nos principales conclusions démontrent l'importance de comprendre non seulement la spécificité des schémas cognitifs et comportementaux tant du parent "toxique" que ceux de l'enfant devenu adulte et la possibilité de développement de résilience.

Mots-clés : toxicité parentale, manipulateur pervers narcissique, amour inconditionnel, traumatisme, parentification, faible estime de soi, sentiment d'efficacité personnelle, résilience, ressources, ajustement, représentation mentale, régulation émotionnelle.

Summary

Understanding the toxic relationships in which victims of a "toxic" parent are trapped, finding tools that will allow these grown-up children to get out of the grip they have been in, often since birth. The aim of this article is to better understand and identify this concept of parental toxicity, not only by the very functioning of the "toxic" parent and the consequences for the child, but also on the potential for social and cultural development and relationships. In other words, how to become a support of effective resilience in the face of toxic relationship dynamics ? Moreover, the notion of "perverse narcissistic manipulator" is a concept with a low falsifiability for which this article requires in order to distinguish other underlying pathologies. Through research and in-depth bibliographical study of many recognized international works, the main conclusions demonstrate the importance of understanding not only the specificity of the cognitive and behavioral patterns of both the "toxic" parent and those of the adult child, and the possibility of resilience development.

Key words : parental toxicity, narcissistic perverse manipulator, unconditional love, trauma, parentification, low self esteem, feeling of self-efficacy, resilience, resources, adjustment, mental representation, emotional regulation.

Samenvatting

De toxiciteit van de relaties waarin het slachtoffer van een "toxische" ouder wordt gevangen begrijpen, en hulpmiddelen vinden om deze kinderen, als volwassenen, in staat te stellen (toe te laten) zich uit de greep los te maken (komen waar ze zijn geweest), vaak sinds de geboorte. Het doel van dit artikel is dit concept van ouderlijke toxiciteit beter te begrijpen en te identificeren, niet alleen door het gedrag zelf van de toxische ouder en de gevolgen ervan voor het kind maar ook voor zijn sociale en relationele ontwikkelingspotentieel. Met andere woorden, hoe tutor worden van een efficiënte veerkracht tegenover (geconfronteerd) (met) een tox(ist)ische relatie (onele) dynamiek. Bovendien is het begrip "perverse narcistische manipulator" een concept met (lage)weinig falsifieerbaarheid waard(v)oor dit artikel een onderscheid met andere onderliggende pathologieën vereist. Doorheen het onderzoek en diepgaande bibliografische studie van veel internationaal erkende werken, bewijzen onze hoofdzakelijke conclusies hoe (het) belangrijk het is de specificiteit van de cognitieve en gedragspatronen te begrijpen zowel van de toxische ouder, als die van het volwassen geworden kind en de mogelijkheid van de veerkrachtige ontwikkeling.

Trefwoorden : ouderlijke toxiciteit, perverse narcistische manipulator, onvoorwaardelijke liefde, trauma, parentificatie, lage zelfwaardering, geloof in eigen kunnen, veerkracht, hulpbronnen, aanpassing, mentale voorstelling, emotionele regulatie of evenwicht.

« Les premières fées à se pencher sur notre berceau sont nos parents. Ils nous transmettent, inconsciemment, des graines mentales et émotionnelles qui se développent en nous. Ces graines sont chargées d'amour, de respect et d'indépendance pour les unes ; pour d'autres, elles sont chargées de culpabilité, de honte, de mépris, d'assujettissement et de peur ».

INTRODUCTION

L'association des mots « parents » et « toxiques » peut sembler étrange. C'est pourtant un véritable sujet à considérer car c'est toute la capacité à l'épanouissement des enfants et des futurs adultes qui est en jeu. Les influences néfastes agissent d'ailleurs souvent de façon pernicieuse. On évoque des mécanismes inconscients qui se perpétuent de génération en génération. Pourtant, il est difficile d'accepter de penser que son parent soit « toxique ». Il est souvent pensé qu'il agit avec maladresse et est de « bonne foi » et qu'il punit « pour notre bien » ; qu'il a eu, lui aussi, ses problèmes avec ses propres parents et qu'il est normal de le respecter et de l'aimer en lui montrant présence, reconnaissance et affection^{1,2}.

Alors, devons-nous obligatoirement aimer et respecter nos parents de façon inconditionnelle ?

Avoir peur de convenir que les « parents toxiques » existent, c'est croire qu'il est interdit de « toucher » aux parents sous le mythe qu'ils sont des parents. Or il existe bien des parents respectueux de la personnalité et des besoins de leurs enfants. Toutefois, il existe aussi, malheureusement, des parents aux comportements déviants, donc nuisibles, dans un monde qui a bien du mal à les repérer³. C'est donc par respect pour tous les parents bienveillants de leurs enfants que nous allons tenter de comprendre ce que c'est que la toxicité parentale. Plus précisément, les différentes lectures nous ont conduit à formuler la question de la façon suivante : *Quelles sont les solutions internes et externes (concept de résilience) que nous pouvons apporter face à un parent « toxique » ?*

En effet, les parents « toxiques » sont de véritables fléaux pour leur enfant. La toxicité parentale concerne les parents qui empoisonnent la vie de leur enfant et les empêchent de se construire. Au lieu de les soutenir, ils les rabaissent. Grandir, s'épanouir face à un parent toxique est de l'ordre de « l'impossible ». De nombreuses conséquences sont étayées comme non seulement les carences affectives, la mauvaise estime de soi, le sentiment de culpabilité comme des blessures qui marqueront toute la vie l'enfant victime, même devenu adulte¹⁻³.

Au travers des chapitres qui vont suivre, nous allons permettre d'identifier ce qu'est un parent toxique, souvent appelé « personne perverse manipulatrice narcissique » (MPN). La notion de MPN est, comme d'autres concepts tels le « burn out » devenu un concept « bateau » à faible falsifiabilité pour laquelle cet article nécessite au préalable de faire la distinction avec d'autres pathologies sous-jacentes et ainsi éviter des amalgames lors de nos entretiens cliniques. C'est la raison pour laquelle, nous avons choisi d'utiliser le terme « toxique », concept beaucoup plus neutre au niveau diagnostique. Ensuite, nous nous pencherons sur la compréhension de la dynamique relationnelle dans laquelle est prise l'enfant victime d'un parent toxique et proposer des outils qui permettront à ces enfants, devenus adultes, de sortir de l'emprise dans laquelle ils sont, souvent depuis leur naissance. Autrement dit, comment devenir tuteur d'une résilience efficace pour soi-même ?

PRÉSENTATION DU CONCEPT DU PARENT « TOXIQUE » VERSUS PARENT « SAIN »

QU'EST-CE QU'UN PARENT « TOXIQUE » ?

Partons d'un exemple simple : un enfant joue en courant dans le jardin. Il tombe. Il se fait « naturellement » mal. Son parent, le plus souvent culpabilisé dans son rôle, lui dira sans doute que « ce n'est rien et qu'il n'a pas mal ». En verbalisant de cette façon cet incident, il va convaincre l'enfant que la douleur qu'il ressent est moins importante que son désir qu'il aille bien. L'enfant, alors dissocié intérieurement entre son ressenti douloureux et son désir d'être à la hauteur de ce qu'il sent important pour son parent, minimisera sa sensation de douleur en ravalant, apprenant par là-même que, dans le choix entre ce qu'il sent par lui-même et ce que son parent lui dit qu'il doit ressentir, il a toujours intérêt à se conformer à la perception de l'adulte s'il veut être aimé^{4,5}. Et nous savons bien que tout enfant a besoin de se sentir aimé. Plus tard, devenu adulte, ayant été formé à la confusion émotionnelle entre ce qu'il sent de lui-même et ce que sentent les autres de lui, il se méfiera de son propre ressenti et aura des difficultés d'engagement relationnel (amoureuse, amicale...) parce qu'il n'a jamais eu le droit, dans son enfance, de vivre ses propres émotions et en a très peur. Dès lors, il est difficile de parler d'amour quand, en tant que parent, on se permet de critiquer et imposer son avis parental sur les choix de vie de son enfant devenu adulte. Pourtant, quel parent n'est pas un jour ou l'autre tombé dans le piège du « j'ai fait cela pour son bien » ce qui lui a permis de légitimer son action maladroite, pour ne pas dire imposante et « maltraitante » ? Certains s'y enferment en n'en démontant pas. Ce faisant, ils deviennent des parents « toxiques » car ils ne voient les besoins de leurs enfants qu'à travers leurs besoins à eux. D'un point de vue analytique, on peut appeler cette dynamique relationnelle parentale comme une attitude « incestuelle » car elle fait obstacle à la séparation en empêchant l'enfant de se développer par lui-même et donc d'accéder à son autonomie réelle. Suzan Forward utilise le terme « toxique » pour décrire ces parents défaillants : « Comme une toxine chimique, les dommages émotionnels infligés par ces parents se répandent dans tout l'être de l'enfant et au fur et à mesure que celui-ci grandit, la souffrance grandit avec lui¹. Quel meilleur mot que « toxiques » pour décrire des parents qui font subir à longueur de temps traumatisme, abus, critiques de toutes sortes à leurs enfants, et qui, la plupart du temps, continuent à se comporter ainsi même après que les enfants soient devenus des adultes ? ». Faisons une petite parenthèse pour comprendre mieux ce qui caractérise l'incestuel (terme analytique utilisé ci-dessus). Nous évoquerons donc dans l'incestuel une absence de fantasme : l'incestuel relève de l'agir. Racamier définit l'incestuel comme « ce qui dans la vie psychique individuelle et familiale porte l'empreinte de l'inceste non fantasmé, sans que soient nécessairement accomplies les formes génitales »⁶. Mais contrairement à l'inceste, il s'agit ici d'un agir non génital. Pour

Racamier, l'incestuel, c'est finalement « *un inceste moral* ». En conséquence, l'autorité, la mise en place de limites de même que l'altérité y est difficilement reconnue par l'enfant. Selon Defontaine⁶⁻⁸, l'incestuel, à l'origine, puise ses racines dans les carences affectives vécues dans la petite enfance au niveau d'une séduction narcissique insatisfaisante formant une blessure, un trauma intrapsychique infantile. Pour Maurice Hurni et Giovanna Stoll⁹, auteurs de « *La Haine de l'amour* », l'inceste est considéré comme l'explication de la perversité. En ce qui concerne donc le parent « toxique »^{10,11} nous pouvons le définir comme un parent incapable de répondre aux besoins émotionnels de son enfant. Il est défaillant et dysfonctionnel. Il est brutal, violent physiquement et psychologiquement. Il a des comportements inappropriés. Il est également dénigrant, dévalorisant et accablant. Il peut se montrer dominant, manipulateur, critique et démissionnaire. Il ne veille donc pas à l'épanouissement spécifique de son enfant. Au contraire, ce parent se positionne face à lui comme « tout-puissant ». Il détruit l'amour-propre de l'enfant. Il le rend responsable de son malheur et ne lui offre ni stabilité ni cadre.

QU'EST-CE QU'UN PARENT « SAIN » ?

Arcoulin décrira un parent « sain » comme un parent respectueux de son enfant se remettant en question et découvrant (parfois même douloureusement) que, puisque son enfant n'est pas lui, il ne lui appartient pas¹⁰. Il convient alors qu'il ne peut pas tout savoir ce qui est « bon pour lui ». En fait, il découvre que, dans la plupart des cas, « aimer son enfant » c'est le laisser faire ce qu'il croit bon pour lui, quand bien même que le parent est persuadé, à un moment donné, du contraire. L'important dans les moments de tempête, où certaines faiblesses peuvent apparaître, le parent « sain » a la capacité de faire comprendre à son enfant que ce n'est que momentanément, que tout passe et que, même s'il y a des nuages, le soleil est toujours présent, derrière. Donc, un parent respectueux, un parent « sain » est un parent capable de faire des besoins de son enfant une priorité, de pouvoir lui proposer un accompagnement, un soutien relationnel à travers le respect des choix de son enfant devenu adolescent, adulte. Autrement dit, ce parent est capable de se remettre en question, d'aimer inconditionnellement, d'être présent sans rien attendre en retour, de protéger, de s'adapter, de soutenir et de valoriser son enfant¹⁰. De cette façon, il est capable de lui transmettre la confiance, l'estime de soi, les valeurs éthiques et la force nécessaire pour rester debout face aux difficultés de la vie (concept de résilience). Il est également capable d'offrir à son enfant de la stabilité, de la constance, de lui donner les autorisations dont il a besoin pour grandir, s'épanouir et réussir. Ce parent sait aussi poser un cadre avec des limites et des règles dont l'enfant a besoin pour être rassuré dans sa structure environnementale. Le parent « sain » aime son enfant comme il est. Il n'attend rien de lui. Il ne le laisse pas porter des responsabilités qui ne sont pas les siennes. Il le laisse tenir son rôle d'enfant. Il lui assure que tant qu'il sera là, il veillera sur lui. Ce parent peut aussi être inquiet pour son enfant et il doit trouver un juste équilibre entre confiance et inquiétude afin que l'enfant se sente à la fois protégé et soutenu. Pour permettre à un enfant ou un adolescent de grandir efficacement, il est important de le laisser commettre ses propres erreurs. Donc, le laisser tirer par lui-même les leçons de ses propres expériences. En conclusion,

c'est notre peur, égoïste, de parent qui nous contraint de croire que d'agir « pour le bien de notre enfant » s'appelle l'aimer. Ainsi, l'empêcher de commettre certaines « erreurs », c'est lui voler l'outil de sa propre croissance, et c'est ce que le parent « toxique » ne peut ni ne veut voir. Il est persuadé du bien-fondé de son jugement sur les autres et l'impose. Il fait donc à son enfant un chantage à l'amour qui se traduit par cette fausse loi inconsciente « J'ai nécessairement tort quand je ne pense pas ou n'agis pas à la volonté de mon parent que j'aime »¹⁰. En conséquence à cette dynamique relationnelle, nous pouvons parler d'un processus pervers de loyauté intra-familiale parentale, ressentie par l'enfant comme une non autorisation de soi à la liberté de penser et d'agir, il se fige par une reconnaissance de soi possible uniquement par un ressenti de redevabilité à son/ses parent(s) toxique(s).

QU'EST-CE QU'UN « PERVERS NARCISSIQUE » ? COMMENT PEUT-ON L'IDENTIFIER ?

QU'EST-CE QU'UNE PERSONNE À PERSONNALITÉ PERVERSE NARCISSIQUE ?

Un pervers narcissique est une personne qui est porteuse d'une pathologie grave. Anne-Clotilde Ziegler et Antoine Spath parleront de « Psychose blanche »^{5,12}, c'est-à-dire, une psychose dans laquelle il n'y a pas de signes délirants ou hallucinatoires (Concept psychanalytique, André Green et Jean-Luc Donnet, 1973)¹³. Cette personne est porteuse de traits narcissiques. Par ailleurs, Anne-Clotilde Ziegler et Hélène Vecchiali brosseront les traits d'une personne narcissique comme une personne qui est « accro » à l'image d'elle-même^{12,14}. Elle va chercher, dans le monde qui l'entoure, à avoir en permanence les projecteurs sur elle, à être le centre d'attention. C'est quelqu'un qui va être tellement centré sur lui qu'il manque singulièrement d'empathie pour autrui. L'autre n'est, au fond de lui, qu'un miroir qui lui renvoie sa propre image. Le narcissique est pénible et fatigant. Le pervers, lui, est toxique. Il a de la jouissance à faire souffrir l'autre. Il instrumentalise l'autre et le déshumanise. Son fonctionnement est donc arbitraire et asocial^{3,5}. Il y a des degrés dans la perversité : de la petite perversité courante (il est évident que nous avons tous en nous du « petit pervers », par moment) à la grande perversité où la personne va jusqu'à l'acte de barbarie, va commettre des actes atroces. Ce qui est dangereux chez le pervers, selon Anne-Clotilde Ziegler, c'est que ce personnage avance « masqué » où il conjugue plusieurs casquettes¹². Le premier masque est un masque de séduction. Le pervers va s'ingénier à montrer à sa victime l'image qu'elle attend, qu'elle souhaite rencontrer. Derrière ce masque de séduction, il y en a un second qui est plus pernicieux : c'est le masque de la « normalité ». C'est-à-dire que le pervers va jouer la victime et c'est la victime qui va lui trouver des excuses pour ses comportements blessants. Le pervers narcissique ment tout le temps. Toutefois, il y a des différences majeures en termes de fréquence. Les gens « normaux » peuvent mentir une fois de temps en temps, mais vont finir par se sentir honteux ou coupable de l'avoir fait. Au

contraire, un pervers narcissique mentira continuellement et de façon éhontée. Par exemple, lorsque nous commettons, en tant que personne bienveillante, un acte, nous le faisons dans un but précis, même si parfois ce n'est pas une bonne chose à faire. Quant au pervers narcissique, son but dans l'action est de prendre le pouvoir sur l'autre de manière à l'asservir^{4,5}. Le pervers narcissique a également une vie émotionnelle très haute en couleur. Il alterne des moments d'euphorie où il est ivre de lui-même et des moments de dépression où il subit un revers ou une humiliation et cela le tue. L'émotion du pervers narcissique est une émotion contrefaite qui est aussi appelée émotion parasite ou émotion fausse¹². De cette façon, il utilise toute la gamme des émotions en un claquement de doigt en fonction de la situation qui se présente à lui. Quant à la victime, elle ne se pose pas de questions sur son identité et est capable de dire « je », sans problème⁵. Il leur est difficile d'imaginer que la nature de leur personne (possédant naturellement une qualité, du pouvoir, un bien sans avoir conscience de la valeur et de l'importance de ce qu'il possède) puisse être l'objet d'un désir convoité par le manipulateur.

DIFFÉRENTES PATHOLOGIES À NE PAS CONFONDRE AVEC LA PERSONNALITÉ PERVERSE NARCISSIQUE

La notion de « pervers manipulateur narcissique » est un concept détenant une faible falsifiabilité pour laquelle cet article nécessite de faire la distinction avec d'autres pathologies sous-jacentes tels que troubles bipolaires, alexithymies ou troubles paranoïaques (repris dans le DSM-V).

En effet, afin d'éviter de faire des amalgames ou des diagnostics sauvages et cataloguer quiconque de « pervers narcissique », Anne-Clotilde Ziegler a relevé quelques pathologies qui se rapprochaient du comportement du pervers¹².

Le MPN versus trouble bipolaire

Dans le trouble bipolaire, la personne alterne des phases dites « maniaques » (excitations euphoriques et mégalomaniaques) et des phases de « dépression », quelques fois gravissimes à la mélancolie. Dans la maladie bipolaire, entre deux crises, la personne redevient « normale » et a la capacité de critiquer ses crises. Elle s'aperçoit de l'anormalité de son état émotionnel et ce qu'elle a fait au décours de ses épisodes pathologiques. En revanche, quand un pervers narcissique est ivre de lui-même, il est quasiment dans des phases qui peuvent ressembler à des phases maniaques. Il est guidé par ses émotions et lorsqu'on essaye de l'amener à poser un œil critique, il se défend bec et ongle^{12,15}.

Le MPN versus alexithymie

Les personnes souffrant d'alexithymie sont des personnes incapables de mettre des mots sur leurs émotions. Ces personnes peuvent apparaître très froides et sont incapables d'empathie. Elles rencontrent beaucoup de difficultés relationnelles. Toutefois, quand on la remet en question, de façon adroite, en s'adressant à sa pensée, elle a la capacité de comprendre qu'il y a quelque chose qu'elle ne voit pas. Elle va s'efforcer, en thérapie, d'apprendre à comprendre ce qui se passe pour l'autre. Le pervers narcissique, par contre, va se défendre de sa froideur. En effet, derrière cette froideur, il y a du vide et il ne peut pas descendre de ça^{12,15,16}.

Le MPN versus pathologie paranoïaque

La pathologie paranoïaque est définie sous deux composantes :

Les paranoïaques décompensés : personnes qui sont complètement délirantes. On les repère assez vite car ils racontent des choses invraisemblables et incohérentes ;

La personnalité paranoïaque (avant la décompensation) : ce sont des gens qui, peut-être, ne décompenseront jamais. La personnalité paranoïaque se caractérise par quatre traits qui sont assez proches des traits de la perversion narcissique : la méfiance (incapacité à être proche), l'orgueil, la psychorigidité (énoncer de grands principes, très clairs et très tangibles) et la fausseté du jugement (incapacité à percevoir la réalité dans son chatoiement nuancé).

Ce qui va faire la différence, c'est la psychorigidité. C'est-à-dire que le paranoïaque va être psychorigide pour lui-même et pour les autres. C'est un comportement complètement pathologique. Quant au pervers narcissique, celui-ci va être psychorigide comme ça l'arrange. Il va donner une version des choses à certains moments comme ça l'arrange. Puis, la version diamétralement opposée à un autre moment parce que ça l'arrange. L'incohérence des deux ne le dérange pas. Puis, le paranoïaque et le pervers narcissique ne sont pas sur la même émotion et sur la même crainte. Le paranoïaque est rempli de terreur. Il craint qu'on lui veuille du mal. Il craint qu'on le fasse souffrir. Tandis que le pervers narcissique, il est rempli de jalousie, d'envies hostiles^{12,15}.

COMMENT UN PARENT À PERSONNALITÉ PERVERSE NARCISSIQUE APPELÉ AUSSI « PARENT TOXIQUE » SE COMPORTE-T-IL AVEC SES ENFANTS ?

Anne-Clotilde Ziegler soutient qu'il y a une relation d'emprise toute particulière et terrible, sans phase de séduction, puisque l'enfant est ferré d'emblée par l'état de toute puissance parentale¹². Le parent « toxique » va, dans un premier temps, utiliser son enfant comme un prolongement narcissique de lui-même. En effet, les enfants ne seront pas appelés à avoir une vie « normale », une vie psychologique sereine, une identité véritable, un désir d'épanouissement propre à soi. Il va plutôt être amené à être « un faire-valoir » pour le parent. L'enfant va se voir dérober toutes ses victoires au profit du parent, dans le prolongement de son reflet narcissique. Plus précisément, l'enfant va même jusqu'à être prié d'accomplir des activités non pas pour le plaisir de l'amusement mais de sa victoire (ex. « l'important, c'est de gagner ! ») et d'obtenir les victoires que le parent désire qu'il ait selon ce qu'il a lui-même réussi ou échoué auparavant. De plus, le parent « toxique » est envieux et cela le rend nuisible, toxique. Il veut détruire l'autre de ce qu'il possède parce qu'il veut tout ce que l'autre a. Il estime qu'il n'en a jamais assez. Donc, dès qu'un enfant de « pervers narcissique » va se mettre à réussir, à avoir des amis, des amours, à être beau, à grandir au fur et à mesure que son parent vieillit, le parent « toxique » va chercher à le rabaisser, à le détruire, à l'empêcher de réussir par toutes les manœuvres possibles.

Cela peut aller des petites réflexions cinglantes et cassantes qui sont bien destructrices jusqu'aux crises de colères acharnées. Il va saboter la moindre prise d'initiative de son enfant. Et pour terminer il va gémir sur le mode victimaire d'avoir des enfants aussi mauvais qu'incompétents, ce qu'il a lui-même produit et qu'il ne reconnaîtra pas^{2,10}.

COMMENT LE PARENT « TOXIQUE ET MANIPULATEUR » MET-IL SON ENFANT SOUS EMPRISE ?

Comme nous l'avons compris précédemment, le parent « toxique » met tout en œuvre pour mettre son entourage sous emprise. Dès lors, nous nous intéressons à savoir comment cette dynamique relationnelle parentale toxique s'exerce-t-elle sur l'enfant ? Les différentes phases énoncées ci-dessous ont été mises en exergue par différents concepts selon différents auteurs tels que Marie Andersen, Isabelle Nazare-Aga, J. Arcoulin et Antoine Spath afin de définir les différents stades de l'emprise pour mieux comprendre comment ce processus relationnel de domination interactive du parent « toxique » agit^{2,5,10,17}.

La phase de lune de miel

Pour I. Nazare-Aga et J. Arcoulin, le parent « toxique » installe un grand attachement et crée une dépendance affective avec son enfant. Il rend aveugle par ce qu'il fait. Il promet une vie extraordinaire où l'autre personne sera choyée, adulée, encensée^{2,10}. La relation, à travers le parent « toxique », prend toute une place, occupe l'esprit constamment. A un point tel que la personne mise sous son emprise ne sait plus réfléchir ou respirer sans lui. Il s'agit d'une dépendance affective par laquelle le parent « toxique » se présente en sauveur, mais aussi en victime, en racontant tous ses malheurs et en dressant le portrait peu flatteur de toutes les personnes dont il a été la pauvre victime incomprise. De cette manière, ce parent « toxique » transmet ses représentations mentales et son ressenti émotionnel à l'enfant, à travers ses projections narcissiques.

La phase de doute et de déstabilisation

Quand le parent « toxique » sent que la dépendance affective est installée, il entame le processus de destruction massive : il dévalorise. L'enfant est affaibli. Il finit par croire qu'il n'est rien et encore moins que rien sans lui. Le parent « toxique » installe un sentiment de dépendance et « fait tout pour l'autre personne ». La confiance en soi, l'estime de soi, la capacité à réfléchir et l'esprit critique sont altérés. L'enfant, sous l'emprise de son parent finit par douter de lui-même et de son esprit sain^{2,10}.

La phase d'isolement

Le parent « toxique » n'aime pas l'entourage de son enfant, les ressources de son enfant : les ami(e)s, la famille, les collègues ne sont pas bons et donc, l'enfant va apprendre à les éviter pour esquiver les colères, les insultes, la violence ou les menaces de son parent « toxique » ou bien pour lui faire plaisir (loyauté parentale à satisfaire les projections narcissiques toxiques de son parent)^{2,10}.

Ensuite, nous nous sommes intéressés aux stratégies utilisées par le parent « toxique » pour consolider son emprise parentale. Nous en détaillons précisément plus d'une dizaine ci-dessous :

Offrir de(s) cadeau(x) empoisonné(s)

Dans le cas du parent « toxique » qui fait un cadeau à son enfant, les situations peuvent être très variées et paradoxales. Ce parent-là, d'apparence très généreux, est en fait profondément économe de sa personne et radin. Les cadeaux qu'il fera ne seront qu'un instrument pour induire un sentiment de redevabilité, comme si l'enfant avait une dette envers lui. Les cadeaux d'un parent « toxique » peuvent être vraiment très empoisonnés parce qu'ils infiltrent à l'enfant le sentiment de retour partagé, appuyé aussi par un discours subtil, mais culpabilisant. Ensuite, plus le cadeau est important, plus l'emprise sera forte et facile à installer. Ces cadeaux ne sont qu'un instrument de plus pour contrôler les choix que le parent « toxique » estime être le plus judicieux. Ces cadeaux permettent aussi, au parent « toxique » de conserver son image sociale en faisant étalage auprès de tiers de sa grande générosité et ne manquera pas par la même occasion de rappeler son geste à l'enfant. A long terme, ce processus toxique de domination et manipulation parentale mettra l'enfant, devenu adulte, dans une tension permanente avec un ressentiment de culpabilité et surtout de redevabilité. Plus le cadeau est disproportionné, plus il engendre une emprise importante sur l'autre^{2,5,10}.

Utiliser les flatteries de façon excessive

Les flatteries et les compliments permanents et excessifs sont aussi d'autres formes de cadeaux empoisonnés. Pour Antoine Spath, le parent « toxique », dans ce cas précis, n'offre pas à l'enfant un objet ou un bien symbolique, mais l'inonde de petites phrases qui flattent son égo. Il le caresse dans le sens du poil afin d'obtenir ce qu'il désire⁵. L'objectif est, bien évidemment, de mettre l'enfant « dans sa poche » tout en se montrant sous son meilleur jour. Comment, alors, refuser quelque chose à son parent s'il vous tient en si haute estime (même si elle est totalement fausse). Cette flatterie excessive est d'autant plus malsaine qu'elle prépare le terrain à la dévalorisation, qui prendra place, dans un second temps. Toutes les qualités qui, en premier temps, ont été soulignées et valorisées seront ensuite critiquées et annihilées.

Instiller le flou/le brouillage

Dans la communication avec un parent « toxique », moins il est clair, plus il peut se retourner contre son interlocuteur car il conserve du contrôle sur la manière de mener la discussion. Pour un enfant, ce flou continu peut être difficile à vivre. Un enfant a besoin de clarté dans les consignes, de limites claires, de demandes simples qu'il pourra comprendre et auxquelles il pourra répondre. Les dégâts de la communication « floue » avec un enfant peuvent être désastreux à long terme. En effet, les enfants maintenus dans un style de communication brouillée peuvent avoir du mal à communiquer ensuite. Ils se sentent très stressés à l'idée de répondre à une demande ou à une question qu'ils pensent ne pas pouvoir comprendre et cela s'exprime dans son discours par des hésitations, des absences, des bégaiements et d'autres troubles du langage. Les demandes du parent « toxique » seront toujours équivoques et il reprochera toujours à l'enfant de ne pas l'avoir compris. Le but est de brouiller la communication tant sur le fond que sur la forme^{5,17}.

La double contrainte ou double bind (injonction paradoxale)

La double contrainte est une technique de manipulation qui consiste à délivrer à une personne deux messages opposés qui deviennent alors une injonction paradoxale. Ce qui peut rendre « fou » l'enfant ne sachant à quelle injonction répondre. La double contrainte peut passer par les mots et aussi par les attitudes^{2,5,17}. Voici quelques exemples communicationnels : « Tu peux aller jouer dans la boue mais ne te salis pas », « Tu es le meilleur de ta classe mais 9/10, ce n'est pas assez », « Va à la garderie mais ne joue pas », ...

Jouer avec le timing : la dernière minute ou l'art de mettre devant le fait accompli

Le parent « toxique » a l'art de faire des demandes ou de changer le programme à la dernière minute. Cela lui permet de garder le contrôle et d'éviter que son entourage puisse s'opposer à ses décisions. Il met souvent les autres devant le fait accompli. Pour lui, le droit de réponse et le libre arbitre sont deux choses qu'il veut éviter à tout prix. Elles sont bien trop dangereuses pour lui^{2,10}.

Le changement constant d'opinion

L'auteur a l'art de ne jamais donner d'avis précis sur une question. Et s'il manifeste un « semblant » d'opinion, celle-ci change en permanence. Le parent « toxique » va nier farouchement avoir changé d'avis, quitte à devenir agressif et à reporter la faute sur son enfant. Le tout, avec un aplomb et une assurance qui laisse l'enfant souvent pantois : « *Je n'ai jamais dit ça !* » ou « *Tu m'as mal compris* ». Ce parent ne se remet jamais en question. Il a toujours raison⁵. Comme nous le comprenons, le parent « toxique » manipule son enfant selon ses objectifs, intérêts et événements de vie que traverse la famille. Ce parent « toxique » entraîne tout le monde avec lui quand bon lui semble quand il se voit comme parent sauveur et victime.

L'art de prêcher le faux pour savoir le vrai

Pour Spath, il s'agit d'avancer une fausse, moyennement vraie, information, voire une information déformée, pour que son interlocuteur (en l'occurrence son enfant et même parfois l'adulte) se mette à se justifier ou dévoile ce qu'il n'aurait peut-être pas dévoilé si la question avait été posée directement⁵. Le parent « toxique » a un sixième sens très développé et il peut « deviner » quelque chose. Pour confirmer son impression, il soutiendra qu'il connaît la vérité. Il dira que « On » lui a dit ceci ou cela, et l'enfant sera démuni face à la véracité de ce que le parent « toxique » soutient. Il y a de fortes chances que le parent « toxique » avance une version déformée, alors l'enfant aura à cœur de rétablir la vérité. Le voilà ainsi piégé.

Jouer avec les émotions : le chantage affectif

Implicitement, subtilement, le parent « toxique » va faire du chantage affectif à son enfant. Le chantage au suicide est le plus flagrant. En effet, il se fait toujours sous fond de culpabilisation. Il met l'enfant d'un parent « toxique » dans une position insupportable. A la longue, l'enfant a le sentiment de devoir prendre son parent en charge, de ne pas avoir le droit de vivre sa vie. Il finit par croire que s'il la vit, c'est au détriment de son parent. Les croyances s'installent et l'enfant devenu adulte va s'interdire d'être heureux et de vivre sa vie. Plus précisément,

c'est d'abord l'épanouissement de son propre parent qui prime. Le chantage affectif sert alors au parent « toxique » à rappeler à l'enfant sa responsabilité, son soin donné et son amour inconditionnels à son parent mais aussi à renforcer le sentiment de culpabilité dont l'enfant du parent « toxique » se défera péniblement. Cette stratégie est directement liée à l'engagement⁵.

Les menaces en tout genre

Ce sont des chantages déguisés. Ces menaces peuvent être directes ou indirectes. Elles peuvent être subtiles ou grosses comme des maisons. Tout est bon, pour le parent « toxique », pour parvenir à ses fins. Il crée une situation de peur ou d'angoisse chez l'enfant tout en lui proposant en retour une solution qui va lui permettre de résoudre le problème et donc, de soulager l'anxiété de l'enfant⁵. De cette façon, il conserve le rôle de garant tout puissant sur l'enfant.

L'effet de surprise

Antoine Spath décrira que le principe de « l'effet de surprise » est de créer, chez l'autre (l'enfant, l'adolescent ou l'adulte) une situation de choc qui va engendrer un état de sidération, de blocage et de fermeture de la pensée⁵. Le parent « toxique » met l'enfant dans un état à mi-chemin entre la stupeur et l'angoisse. Le parent « toxique » a ainsi le champ libre pour « délivrer » un message qui va soulager la stupeur et la peur créées chez l'enfant et qui, par conséquent, va être accepté plus facilement.

La culpabilisation et victimisation

Le parent « toxique » se fait passer pour une victime. Il retourne la situation à son avantage de façon que sa victime se sente coupable et responsable de ses malheurs. C'est la répétition constante de la culpabilisation/victimisation qui en fait un outil dangereux. L'enfant se sent responsable des malheurs de son parent « toxique », parce que ce dernier l'a habilement convaincu qu'il l'était. La culpabilisation est épuisante. Elle est psychologiquement éreintante. La personne qui se culpabilise ne cesse de se remettre en question, se demandant si, au fond, tout ce que son parent « toxique » dit n'est pas un peu vrai. La fatigue mentale s'accumule et l'enfant, victime, n'a plus assez d'énergie pour analyser la situation objectivement et se rendre compte qu'il n'est pas responsable de tous les maux dont l'accuse son parent⁵. Voici quelques exemples : « Si tu ne veux pas me rendre service, je vais être mal, c'est ce que tu veux pour maman ? », « Je ne veux pas que tu souffres comme moi des moqueries des autres enfants, tu ne feras pas de scoutisme, c'est pour ton bien ».

L'illusion du libre arbitre

Le parent « toxique » fait croire que son interlocuteur prend des décisions lui-même, sans influence, mais la réalité est autre. Il use de la culpabilisation, du chantage affectif, de menaces, de la victimisation et du conditionnement de manière habile afin d'orienter les choix de son enfant. Ainsi, il lui donne l'impression que c'est lui qui a décidé alors qu'il n'en est rien. De plus, sans le savoir, l'enfant s'est plié aux desideratas de son parent toxique. L'enfant, à travers son choix, a également le désir d'être aimé inconditionnellement⁵.

La répétition et le conditionnement

Répéter sans arrêt le même message ou le même reproche assoit une forme de « conditionnement ». En psychologie, on définira ce terme comme « un ensemble des opérations associatives par lesquelles on arrive à provoquer un nouveau comportement chez l'homme ». En effet, plus on répète une information, plus elle a tendance à s'engrammer (c'est-à-dire, à se graver) dans l'esprit. Un enfant qui entend constamment de son parent toxique qu'« il est nul » va finir par le croire. Le clou finit par s'enfoncer. Cet outil sert à dévaloriser et/ou à asseoir le pouvoir du parent « toxique ». Quand le conditionnement commence au berceau, on peut imaginer son efficacité^{5,10}.

Les différentes phases passées en revue ci-dessus sont les plus répandues. Ils sont tous reliés les uns aux autres. Ils s'entremêlent et se superposent afin d'assurer au parent « toxique » son pouvoir et sa survie. Nous pouvons retenir que la culpabilisation sert au chantage affectif. Les cadeaux empoisonnés servent à la culpabilisation. Les flatteries servent aux cadeaux empoisonnés et ainsi de suite. En conclusion, pour Spath et Arcoulin, ce qu'il faut garder à l'esprit, c'est qu'un parent « toxique » est un parent incapable de donner à son enfant les éléments et fondements essentiels à une éducation : l'estime de soi, un amour inconditionnel, tout ce qui permet à l'enfant de se construire dans un attachement sécurisé^{5,10}. A travers nos lectures, nous comprenons l'importance des risques et dommages psychiques, cognitifs et comportementaux occasionnés par une dynamique interactionnelle parentale toxique, un sentiment d'efficacité et estime de soi faible, une difficulté de régulation émotionnelle, des représentations mentales dysfonctionnelles et floues, une difficulté à l'épanouissement personnel. Pour que l'enfant, devenu adulte, puisse se libérer totalement de l'emprise de son parent « toxique », il n'aura d'autre choix que d'installer une régulation des distances délimitées si possible ou de *couper les ponts* avec lui. La rupture relationnelle parentale est malheureusement parfois indispensable avec un parent « toxique ».

QUELLES SONT LES CARACTÉRISTIQUES D'UN ENFANT DE PARENT « TOXIQUE » ?

Il y a des signes qui nous permettent d'observer certains comportements ainsi que des traits de caractères particuliers chez l'enfant qui est sous l'emprise d'un parent « toxique ». Ce chapitre, va nous permettre d'observer certains de ces signes, de pouvoir les comprendre et traduire en caractéristiques comportementales :

L'enfant victime ne montre rien de ses émotions et sentiments

Pour J. Arcoulin, il s'agit d'une stratégie de survie pour l'enfant et non un trait de caractère. Il s'agit plus précisément d'un mécanisme de défense, de protection de soi. Quand l'enfant est face à un parent qui utilise contre lui la moindre émotion, la moindre faiblesse, le moindre sourcillement, il a vite fait de comprendre qu'il faut en montrer le moins possible. Le parent « toxique » a tôt fait de s'engouffrer dans les moindres failles de l'enfant. Il se servira du moindre signe pour nuire. Toutefois, cette maîtrise d'eux-mêmes fait des enfants de parents « toxiques » des adultes résistants au stress et dominant leur communication non verbale. Ils sont considérés comme fiables

et solides quand tout s'écroule. Ils savent garder la tête froide dans beaucoup de situations. Néanmoins, il leur faut trouver le moyen d'extérioriser les émotions contenues. La difficulté à évacuer le trop plein émotionnel empêche la régulation de nos émotions et donc un retour à une humeur « normale ». Ainsi l'enfant apprend avec un parent « toxique » à se contenir et nier ses émotions personnelles car seules celles du parent ont une reconnaissance et une véracité absolue. Leur sensibilité est souvent sous-estimée et souvent, ils passent pour des personnes insensibles. Ce qui n'est qu'illusion car cette « insensibilité » n'est qu'un masque qu'ils ont dû prendre à un moment pour se préserver. On pourrait penser en quelque sorte qu'ils sont devenus des adultes « *a-lexi-émotionnels* » alors qu'au fond d'eux-mêmes, ils sont hypersensibles et en souffrent.

Il est très attentif à la cohérence entre les paroles et les actes

Un parent « toxique », selon J. Arcoulin, a l'art de vendre du rêve, de jeter de la poudre aux yeux, faire des promesses que, bien sûr, il ne tient pas. Tout est bon pour semer le trouble, amener l'esprit de l'enfant dans la confusion. Et cela crée même, parfois, un climat de suspicion¹⁰. L'enfant va apprendre très vite à valider ou non les propos de son parent auprès de ses amis ou de son entourage. Il va apprendre à être attentif à la concordance des paroles et des actes, à la fidélité des différentes versions d'une même histoire entre elles. S'il trouve de la stabilité ailleurs, l'enfant va rapidement développer son esprit critique et analytique. Ces enfants de parents « toxiques » sont souvent sceptiques et méfiants. Prudents, ils accordent le bénéfice du doute aux autres.

Il a l'habitude d'encaisser sans broncher

Caractéristique liée à une apparente insensibilité comportementale. En effet, comme les enfants de parents « toxiques » comprennent rapidement qu'ils n'ont pas intérêt à montrer leurs émotions, ils semblent encaisser sans broncher ce qui leur arrive. Arcoulin décrira ces enfants comme ayant une grande capacité à rester de marbre face aux événements. En effet, ils peuvent encaisser les insultes, les coups, les reproches sans montrer le moindre signe de réaction. Ils peuvent paraître effacés, même si, intérieurement, c'est l'effondrement¹⁰. Ces enfants sont souvent des personnes assez résistantes, capables de s'enfermer dans leur bulle pour se protéger des assauts destructeurs de leur parent « toxique ». Ces enfants ont aussi tendance à affronter les situations seuls, en ne comptant sur personne. Ces personnes rencontrent des difficultés pour exprimer ce qu'elles ressentent émotionnellement. Leur corps pourrait finir par manifester ces traumatismes sous forme de maladie ou de mal-être physique⁵. Par exemple, cela peut se manifester par un large panel de maladies psychosomatiques comme des maux de ventre, de tête, douleurs musculaires, lombaires, troubles du langage et du développement psychomoteur.

Il minimise très souvent ce qui lui arrive

Ces enfants devenus adultes ont appris à ne pas exprimer leurs émotions. Ils encaissent sans broncher en minimisant ce qui leur arrive. En effet, à chaque problème, ils ont entendu le parent « toxique » lui exprimer que sa situation sera toujours moins grave que ce qu'il vit ou a vécu lui-même. Cependant,

ne pas dramatiser et relativiser ne sont pas forcément de mauvaises choses pour J. Arcoulin. En effet, cela peut donner à ces enfants une certaine résistance face aux événements douloureux de la vie. Il peut s'agir d'une stratégie de résilience efficace pour faire face aux événements de la vie. Le problème réside dans l'absence totale de reconnaissance de la souffrance et de la difficulté que vit l'enfant de ce parent « toxique »^{2,10}.

La victime a le sentiment d'être sujet au « syndrome de l'imposteur »

Le syndrome de l'imposteur est une forme de doute constant qui consiste à attribuer ses réussites, ses accomplissements, son évolution à tout et à tout le monde sauf à soi. L'idée que leurs compétences et leurs valeurs peuvent être à l'origine de leurs succès ne leur traverse même pas l'esprit. Ces enfants pensent que ce qui leur arrive n'est pas le fruit de leurs qualités et de leur travail. Ils vivent avec la peur d'être démasqués, dans la crainte que leur entourage se rendent compte de la supercherie. Une petite parenthèse pour les enfants dits à « haut potentiel » pour qui ce sentiment est fortement ressenti également de façon naturelle. En effet, ces personnes touchées par ce syndrome ont des facilités dans certains domaines. Elles en tirent alors la conclusion que ce qu'elles accomplissent n'est pas dû à leurs compétences. Alors, s'ils sont enfants de parents « toxiques », le sentiment d'être un imposteur est décuplé^{10,18}. La réussite, contrairement à l'échec, n'est pas reconnue entre l'enfant et le parent « toxique »

Il est également sujet au « syndrome de l'auto-didacte »

Ce syndrome est intimement lié au « syndrome de l'imposteur ». Il consiste à emmagasiner des infos et des connaissances par soi-même, à travers des lectures, des heures de surf sur le net, des conférences et toute autre source d'informations. Cette tendance leur sert à combler le sentiment d'un manque de connaissances et de compétences. Seulement, cela a aussi tendance à renforcer leur sentiment d'imposture (tout comme les enfants ou adultes à haut potentiel). Ces personnes ne sont jamais convaincues de leurs compétences. Ce sentiment est né du fait que le parent « toxique » n'a eu de cesse de leur faire comprendre, subtilement ou pas, qu'ils sont nuls, pas doués, qu'ils n'arriveront à rien. Quoi qu'il fasse, l'enfant de parent « toxique » ne trouvera grâce à ses yeux. Ces enfants ont tendance à faire un travail de sabotage alors qu'ils sont victimes de la projection des propres frustrations du parent « toxique ». Ces enfants ont également la capacité de se remettre en question¹⁰.

La victime cherche sans cesse l'amour inconditionnel

Un parent « toxique », manipulateur, est incapable d'aimer son enfant de manière bienveillante. Anne-Clotilde Ziegler dira que sa faille narcissique est trop importante¹². Il se bat avec son manque d'amour pour lui-même, avec la carence affective provoqué par son/ses parent(s) qui l'a/ont aimé conditionnellement. Il n'a donc pas appris à aimer inconditionnellement. Pour J. Arcoulin, tant que l'enfant obtempère et se comporte comme il l'entend, il se trouve dans les « bons papiers » du parent « toxique »¹⁰. Mais si l'enfant, devenu adulte, décide d'utiliser son libre arbitre, son esprit

critique ou tout autre capacité à le mettre en cause, cela déclenche des conflits où l'enfant est considéré comme ingrat. Un parent normalement constitué, aime son enfant pour ce qu'il est. Il donne de l'amour sans chercher à en recevoir. En aimant son enfant inconditionnellement, il lui donne l'autorisation de s'aimer lui-même, tel qu'il est. Un parent « toxique » fait exactement l'inverse. Dès lors, l'enfant d'un parent « toxique » apprend très vite à s'adapter, à faire profil bas, à être l'enfant parfait, à répondre aux désirs de son parent. Il le fait dans un seul but : *être aimé*. Il croit que l'amour se mérite et est une forme de récompense pour comportements adaptés. L'enfant de parent « toxique » aura donc tendance à accepter l'inacceptable dans ses relations puisqu'il n'a pas intégré le fait qu'il est aimable pour ce qu'il est. Il n' imagine même pas qu'il puisse être aimé pour ce qu'il est. Qu'il a suffisamment de qualité pour être quelqu'un d'aimable et que, même avec ses défauts, il a le droit d'être aimé. Cet enfant de parent « toxique » court souvent après quelque chose qu'il n'attrapera jamais^{10,12}.

Il souffre de dépendance affective

Cette dépendance, pour J. Arcoulin est la conséquence du fait que l'enfant recherche constamment à être aimé¹⁰. En tant que dépendant affectif, l'enfant ou l'adulte met ses besoins, ses attentes et son bonheur dans les mains de l'extérieur. Cela engendre chez la personne une mauvaise estime de soi, la peur de la solitude, la peur de l'abandon et du rejet, le fait de ne pas se sentir digne d'être aimé(e), besoin constant de l'approbation des autres, la peur de déplaire, cherche à combler ses besoins auprès et par autrui. Pour être aimé, la personne dépendante affective fait des choses en total désaccord avec lui-même et ses valeurs.

QU'EN EST-IL DE L'ENFANT DE PARENT(S) « TOXIQUE(S) » FACE À LUI-MÊME ?

Nous avons vu comment un enfant de parent « toxique » s'est développé et se comporte avec son entourage dans le chapitre précédent. Qu'en est-il de la relation de l'enfant de parent « toxique » par rapport à lui-même ? Quels sont les sentiments qui l'habitent intérieurement ?

L'enfant a tendance à se culpabiliser

Le parent « toxique » et manipulateur, selon I. Nazare-Aga est un as de la culpabilisation qu'il utilise pour se défaire de ses responsabilités et les faire porter par quelqu'un d'autre². L'objectif est de se victimiser afin de rendre sa victime redevable. En effet, la culpabilité est un sentiment de « toute-puissance ». Se « sentir coupable », c'est avoir l'impression que l'autre ne s'en sortira pas sans nous, que nous sommes responsables de ses actes, de ses échecs, de ses réussites, et donc que lui ne l'est pas. Cela crée une dépendance relationnelle « culpabilisateur-culpabilisé ». Dans cette perspective, la culpabilité empêche chacun de prendre ses responsabilités et seulement les siennes (attention de ne pas confondre avec le fait de se remettre en question qui est une qualité). Ce qui est important, d'après J. Arcoulin, c'est de ne pas porter ce qui ne nous appartient pas et d'apprendre à se demander, si l'on se sent coupable de quelque chose, s'il s'agit bien d'une responsabilité qui nous appartient¹⁰.

Il a aussi la peur de décevoir son parent

Cette peur est liée à la « suradaptabilité » et à « la quête d'amour inconditionnel » que nous avons évoqué plus avant. Se « suradapter » signifie donc tout faire, au détriment de ses propres besoins et envies, pour se conformer, répondre aux attentes et plaire à l'entourage. C'est un besoin devenu vital pour l'enfant d'un parent « toxique ». Il apprend jusqu'à s'oublier et s'ignorer totalement. Très tôt, l'enfant va comprendre l'injonction d'« être parfait » sinon, il provoquera des réactions de déni, de rejet, de violence, de dévalorisation, de chantage, de culpabilisation de la part de son parent « toxique ». Ces enfants et adultes seront sensibles aux critiques, à ce que l'on pense d'eux, aux feed-back qu'ils recevront. Ils auront à cœur de satisfaire tout le monde pour avoir un retour positif et se sentir « aimé ». Ils seront très attentifs à tout ce qui leur prouve qu'ils sont appréciés. Ce seront des personnes qui auront du mal à dire « non » et à poser des limites^{2,10}.

Cet enfant est souvent en état d'hypervigilance

Quand on parle d'hypervigilance, nous devons penser au syndrome du stress post-traumatique. Le SSPT est un trouble anxieux qui se manifeste à la suite d'un ou plusieurs événements vécus comme traumatisants¹⁹. C'est une réaction psychologique qui survient après une situation durant laquelle son intégrité physique et/ou psychologique a été menacée et qui laisse souvent une trace émotionnelle, physique et psychologique. On appelle cela « une mémoire traumatique ». Plus tard, lorsque quelque chose rappelle cette expérience, des tensions physiques se manifestent : anxiété, inconfort. Confrontés à des stimuli rappelant l'expérience vécue antérieurement, le cerveau et le corps se mettent en état de vigilance pour éviter de revivre l'événement. Ces phénomènes se manifestent par des reviviscences (images intrusives ou flash-backs de l'événement, des cauchemars), des évitements et des réactivations neurovégétatives²⁰. Chez les enfants, on peut trouver des comportements immatures (régressifs : enfant « collant », « agrippant » ou qui a du mal à s'endormir), de l'agressivité, des jeux ou des dessins remettant en scène de manière répétitive l'événement traumatique ou des thèmes qui y sont associés¹⁹. Un enfant (ou adulte) en hypervigilance est constamment au niveau le plus élevé de la menace, et ceci même s'il n'y a pas vraiment d'éléments objectifs permettant de se sentir en danger. Tout est sujet à anticipation négative. Ces personnes, enfants et adultes, souffrant d'hypervigilance peuvent avoir le sentiment de se sentir seules, abandonnées, stressées, incomprises, irritables, fatiguées, perdues, constamment en danger. Elles doutent de tout. Elles peuvent être insomniaques. Elles peuvent rencontrer des difficultés pour se concentrer et ont très souvent une estime de soi très affaiblie : elles se trouvent nulles, bêtes, invivables, ont honte et ont le sentiment d'être coupable de tout. C'est une des conséquences les plus dramatiques que peuvent connaître les enfants d'un parent toxique^{2,10,20}.

Il a également tendance à être anxieux

L'anxiété est la suite logique de l'hypervigilance. Comment ne pas développer de l'anxiété face à un parent qui bride, punit (trop) souvent, déprécie, fait porter les responsabilités qu'un enfant n'a pas à porter s'interroge J. Arcoulin¹⁰. L'enfant (ou

adulte) d'un parent « toxique » a peur d'un tas de choses : ne pas plaire, faire quelque chose de travers, commettre une erreur, avoir un comportement inadéquat, se faire gronder et/ou punir, ne pas être apprécié. Il a tendance à tout anticiper. Il s'adapte et fait tout ce qui est en son pouvoir pour répondre aux attentes de son parent « toxique » alors que c'est peine perdue. Le parent « toxique », par définition, ne sera jamais satisfait puisque son mécanisme l'empêche de reconnaître les qualités de l'autre. Le parent « toxique » met une telle pression sur son enfant que celui-ci ne peut jamais relâcher la tension^{5,10}.

Et aussi, il a tendance à ruminer

Entre l'hypervigilance et l'anxiété, vient se glisser la rumination. L'enfant apprend à anticiper, à douter, à (trop) penser, à réfléchir, à refaire le scénario des dizaines de fois, à regretter... pour être sûr de ne pas se tromper. Il se demande constamment s'il a bien fait de repasser dans sa tête le film d'une situation ou d'une discussion avec son parent « toxique », d'analyser, de décortiquer. Adulte, c'est le même processus cognitif du cercle vicieux du maintien de l'anxiété par la rumination. Il repasse tout en boucle en se demandant s'il est fou, si le problème vient de lui, si son parent « toxique » n'a pas raison finalement. Enfin, sa pensée est dirigée et consacrée à tout ce qui se passe autour et avec le parent « toxique ». C'est une conséquence de l'emprise, dans la mesure où le parent « toxique » s'infiltrer et s'invite dans les pensées de la victime. Le parent « toxique » s'arrange pour que l'enfant ou l'adulte ne puisse plus penser par lui-même, qu'il doute, qu'il culpabilise. Difficile donc de ne pas tomber dans les ruminations¹⁰. En définitive, ce qui maintient ce mécanisme interactionnel à réaction négative s'explique ici par le fait que l'enfant ne peut s'autoriser à ne pas satisfaire son parent « toxique ».

L'enfant est rongé par le sentiment d'injustice

Tout ce que dit (sur ses besoins, ses envies, sa vision des choses) ou fait un parent « toxique » est basé sur lui et lui seul. Jamais il ne se remet en question. Il fait porter ses responsabilités sur les autres, les culpabilise. Il ne tient compte de l'avis de personne. Il condamne, juge, critique, dévalorise coûte que coûte. Rien ne tient la route. Rien n'est équitable. Rien n'est équilibré ou honnête. Rien n'est rationnel et objectif. Tout est toujours fait, pensé, décidé en fonction du parent « toxique ». Un enfant de parent « toxique » n'a pas vraiment d'enfance car il grandit trop vite et porte des responsabilités trop tôt. Il n'a pas la chance d'avoir deux parents « sains et aimants ». Il a dû se sacrifier au profit de son parent « toxique » et ce parent, n'a jamais tenu compte de lui, de ses besoins, aussi primaires soient-ils. Avec un parent « toxique », il faudra choisir entre la vérité et la paix, entre la justice et la liberté, entre la reconnaissance de ses souffrances et la reconstruction. Avoir un parent « toxique », c'est faire le deuil de ce qui est juste et vrai pour goûter à la liberté et la paix. C'est profondément injuste et douloureux^{2,10}. Autrement dit, l'enfant se retrouve dans un véritable dilemme existentiel et champs de bataille ; me respecter et oser dire non à être instrumentalisé par mon parent « toxique » (rejet de l'autre) ou rester dans les bonnes grâces en conservant son sentiment d'appartenance à sa famille au détriment de mes envies, ressentis et projets personnels (rejet de soi).

L'enfant a un profond manque de reconnaissance

L'enfant d'un parent « toxique » manque de beaucoup de choses. Nous pouvons parler de carences attentionnelles et affectives. En effet, un tel parent s'applique à détruire son enfant par tous les moyens. En quelque sorte, il l'empêche d'exister. Les états d'âmes de l'enfant du parent « toxique » ou de l'adulte qu'il deviendra sont rejetés. Ses besoins sont ignorés. Ses émotions sont utilisées contre lui ou même niées. Sa personnalité est annihilée. Rien de ce que fait l'enfant ou l'adolescent ou même l'adulte existe. Tout simplement, rien n'est reconnu, encouragé, aimé ni respecté. Il ne reçoit ni compliment, ni valorisation et encore moins une minute d'écoute. Ce besoin de reconnaissance vient également du fait que tout ce que l'enfant du parent « toxique » fait, c'est dans l'espoir d'être aimé. L'enfant de parent « toxique » a besoin de beaucoup de reconnaissance et a difficile à croire aux signes de celle-ci, puisqu'il a appris à se méfier et à interpréter les signes de reconnaissance comme annonciateurs de manipulation^{2,10}.

L'enfant a une faible estime de lui-même

A la lecture de tout ce qui précède, l'estime de soi de l'enfant ou de l'adulte qu'il est devenu est écorchée vive. Toutes les armes utilisées par le parent « toxique » ont pour objectif d'anéantir l'essence même de sa proie (conjoint(e) ou enfant). Des études montrent que des parents qui ridiculisent leurs enfants, les humilient ou les punissent lorsqu'ils ne réussissent pas quelque chose, leur en demandent trop et se désintéressent d'eux, nuisent fortement à l'estime de soi^{2,10}.

Il est en perte d'identité et a l'impression de n'être rien

A force de s'entendre dire qu'« il n'est rien », de sentir que ses besoins sont moins importants que ceux de son parent « toxique », d'être réduit à servir les intérêts de son parent, l'enfant du parent « toxique » ne sait pas qui il est en réalité. En effet, comme l'explique Arcoulin, le parent « toxique » ne tient pas compte de son enfant, car sa priorité, c'est lui-même¹⁰. Son but est de garder le pouvoir et son enfant sous emprise pour en faire un pantin servant sa cause et sa faille narcissique, tout au long de sa vie. Par conséquent, la construction de l'identité de l'enfant peut être difficile.

L'ENFANT DE PARENT(S) « TOXIQUE(S) » FACE À SON PARENT

Après avoir parcouru toutes les façons dont l'enfant, qui a grandi avec un parent « toxique », dans une relation malsaine et dysfonctionnelle instaurée par ce dernier, peut se comporter face à son entourage, par rapport à lui-même mais lorsqu'il est confronté à son parent « toxique », qu'en est-il, comment réagit-il ?

L'enfant, victime, se sent responsable de son parent

En effet, le parent « toxique » a fait porter très tôt, à son enfant, les responsabilités qu'il était incapable d'assumer. Dès lors, il justifie ce transfert de responsabilité en invoquant l'éducation²¹ : telle charge sera plus tard une grande utilité à son enfant. Parfois, c'est plus subtil. L'enfant apprend à prendre en charge des choses que jamais un enfant ne devrait avoir à

faire. Il est très souvent garant de nombreuses choses, telles que la moralité, la gestion de la famille, les comptes, les stocks alimentaires, la crédibilité de son parent, le sommeil, les factures, les finances. L'enfant apprend à jouer un rôle de garantie aux yeux des autres : il acquiesce quand les histoires racontées sont vraies et fronce les sourcils quand elles s'éloignent de la vérité. Ces enfants sont en réalité des adultes aux épaules larges. Ils savent gérer beaucoup de choses en même temps. Ils sont débrouillards et ont l'esprit vif¹⁰. De même, nous pouvons plus communément parler de parentification lorsque le ou les parents attendent de leur enfant d'occuper à certains moments donnés, un rôle de soigneur pour son propre parent en assumant la responsabilité de tâches inappropriées à son âge réel. L'enfant élevé par un parent « toxique » devient souvent parentifié. Par définition, la parentification est un processus par lequel un enfant est amené à prendre des responsabilités disproportionnelles par rapport à son âge¹. Il devient, en quelque sorte, le parent de son parent²¹. Si la parentification est transitoire et reconnue, elle n'est pas nocive pour l'enfant. L'enfant face à la détresse de son parent, va vouloir combler ou réparer les blessures de son parent « toxique ». Ce dernier va utiliser la culpabilisation, le chantage affectif et même le chantage au suicide et sa position de victime pour obtenir l'aide et le soutien de son enfant qui tombe dans le piège^{1,21}.

Il protège le parent (surtout de lui-même)

L'enfant se sent responsable et a peur de laisser son parent (toxique) à son sort, parce qu'il sait que c'est un mauvais gestionnaire, qu'il se laissera aller, qu'il se mettra en danger, et qu'il y a tant d'autres possibilités encore. Il ne veut pas seulement le protéger des autres, mais surtout, il veut se protéger de lui-même et de ses mauvais choix. Il va même parfois en arriver à « le couvrir » pour le protéger, tiraillé entre des décisions qu'il ne devrait jamais prendre. Enfin, il finit par croire que s'il n'est plus là pour aider son parent (toxique), sa vie va s'effriter et il se mettra dans des situations invraisemblables et dangereuses. Il pense qu'il est investi de la mission d'être, pour son parent, un « garde-fou »¹⁰. Symboliquement, l'enfant se sentira dans l'obligation morale de devoir être le garant, le soigneur de ce dernier.

Cet enfant, victime, se sent très souvent redevable envers ce parent

La culture judéo-chrétienne, se rangeant du côté du parent « toxique », l'enfant (devenu adulte) entend de façon récurrente de la part de son entourage, prononcer des phrases comme : « *oui mais ça reste ton père/ta mère* ». Sous-entendu : « *Quoiqu'il/elle fasse, tu dois le/la respecter* » ; « *ne pas couper le contact, être là pour lui/elle et supporter ce qu'il/elle fait* ». Arcoulin dira que les outils utilisés par le parent « toxique » pour asseoir son emprise et son pouvoir, entre la culpabilisation, la victimisation, le chantage affectif et les doubles contraintes, font qu'il est difficile pour un enfant d'un parent « toxique » de ne pas se sentir redevable¹⁰.

Il connaît un conflit de loyauté

Pour les enfants de parents « toxiques », devenus aussi des adultes, il n'est pas rare qu'ils s'en veuillent d'avoir fait du mal au parent d'en face (le parent sain) alors qu'ils ne pouvaient faire autrement. Le conflit de loyauté dans lequel l'enfant se trouve

(ou peut-être est-ce encore le cas, une fois devenu adulte) est une conséquence de l'emprise du parent « toxique ». En effet, l'enfant ne peut y voir clair, lutter, « privilégier » l'autre parent parce que sa nature profonde est de se faire aimer par ce parent « toxique ». C'est un réflexe naturel, personne ne peut lui en vouloir pour ça et certainement pas l'enfant (devenu adulte) lui-même^{2,10}. Ce processus interactionnel problématique peut également s'étendre aux relations sociales, aux réseaux interpersonnels par lesquels l'enfant devenu adulte, répète ce mode interactionnel suradapté et de loyauté causée entre autre par ce besoin carenciel d'amour et de reconnaissance d'appartenance sociale.

Il est très souvent dans la suradaptation

Comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, se construire avec un parent « toxique », c'est un peu comme partir en mer sans connaître la météo. On n'est jamais prêt à ce qui va se passer. C'est faire face à l'instabilité, l'incohérence, au changement incessant, au chantage, à la culpabilité, aux mensonges, aux inventions et au bourrage de crâne. Il est impossible de satisfaire son parent « toxique », quoi que l'on fasse. Dès que l'enfant maîtrisera un apprentissage, le parent « toxique » le déstabilisera sans cesse. Pourtant, l'enfant va toujours chercher à se faire *aimer* de son parent « toxique » et à le rendre fier de lui. L'enfant éprouve un besoin de reconnaissance parentale et familiale. Donc, pour J. Arcoulin, la stratégie de survie mise en place par l'enfant sous l'emprise d'un parent « toxique », est la « suradaptation »¹⁰. Tant que l'enfant (même devenu adulte) n'a pas compris qu'il a le droit de se respecter, qu'il ne faut pas répondre à toutes les attentes des autres au détriment de ses propres besoins, il y a de bonnes chances qu'il soit toujours serviable à l'extrême. Ces personnes ont une incroyable capacité d'adaptation, puisqu'elles ont pris l'habitude de devoir être plus performantes que des caméléons¹⁰.

COMMENT UN ENFANT D'UN PARENT « TOXIQUE » PEUT-IL SE RECONSTRUIRE APRÈS AVOIR VÉCU SOUS SON EMPRISE ?

C'est un soulagement de savoir que quiconque ayant vécu sous l'emprise d'un parent ou d'un conjoint « toxique » peut s'en sortir. Le travail de reconstruction peut être long ou ne pas l'être. L'essentiel est de savoir que chaque personne, chaque situation a son rythme propre à lui-même et, qu'il est important de le respecter. Chaque jour, sur ce chemin de la reconstruction et de la libération, allège du poids de la toxicité et de la nocivité du parent toxique. Pour cela, il y a certaines étapes à réaliser comme faire le deuil symbolique d'un parent encore vivant. On aide la personne à reconnaître sa souffrance personnelle si longtemps enfouie, étouffée en soi-même. Le patient apprend à renoncer au parent idéalisé ou fonctionnel et à la limite des interactions possibles. Il y a aussi une réflexion à faire sur les chaînes relationnelles à briser et les croyances à réévaluer et surtout, il y a de l'amour à apprendre à se donner à soi-même

et pour soi-même. Il est important, dans cette démarche, de se faire accompagner par un thérapeute qui est informé, voire formé, sur cette problématique et qui, surtout, la comprend. Pour vous accompagner sur ce chemin^{5,10,14} nous proposons dès lors des pistes, des réflexions, peut-être des solutions. Chacun a le choix de trouver ce dont il a besoin en s'interrogeant.

LA RECONSTRUCTION PERSONNELLE : QUELS SONT LES DEUILS QU'UN ENFANT DE PARENT « TOXIQUE » DOIT APPRENDRE À FAIRE ?

Le deuil d'un parent encore vivant

En effet, pour J. Arcoulin, il ne faut pas s'attendre à ce que l'amour partagé comble le vide de l'absence¹⁰. Si amour il y a, il est à sens unique et il vient principalement de l'enfant (ou de l'enfant devenu adulte) que nous sommes. Ce qu'il faudra combler, ce sont les vides de la déficience de ce parent aussi toxique que le plus mortel des poisons. *Couper les ponts* avec ce parent « toxique » est vital pour la survie de l'enfant autant que pour l'enfant devenu l'adulte

Le deuil de la relation

Apprendre à faire le deuil de ce que l'enfant était en droit d'attendre, des efforts qu'il a fournis pour que ça « aille mieux », de ce lien auquel il tenait car c'était son parent ou, en tout cas, il était censé être. Une relation, ça se travaille, ça s'entretient, ça se chouchoute explique J. Arcoulin (2016).

Le deuil de l'espoir

L'enfant (devenu adulte) a mis « longtemps » à admettre, à comprendre, à voir que son parent était toxique. C'est parce que cet enfant avait toujours l'espoir de le changer en comptant sur sa capacité de remise en question, fait remarquer J. Arcoulin¹⁰. Animé et habité par le bon sens et son espoir, l'enfant de parent(s) « toxique(s) », ne peut pas imaginer qu'une personne qu'il considère comme intelligente, ne puisse pas avoir le même bon sens que lui, qu'elle continue à nier l'évidence.

Deuil de l'amour inconditionnel de son parent « toxique »

L'enfant devenu adulte va devoir apprendre à admettre qu'un parent puisse ne pas aimer son enfant de manière inconditionnelle et/ou ne l'aime pas tout court, explique Hélébe Vecchiali¹⁴. En effet, notre société judéo-chrétienne dans laquelle nous vivons ne donne pas le droit de penser cela. Ce qui complique encore plus cette réalité. Faut-il pardonner ou non ?

Le deuil des parties de soi blessées

Les blessures sont nombreuses. L'égo souffre. L'enfant a appris à se construire en tentant d'éviter les balles, mais en en prenant tout de même. Chaque petit morceau de lui, touché par ce parent « toxique », doit être pansé et guéri. Ces enfants perdent des petits bouts d'eux-mêmes en grandissant. Ou bien, ils ne développent pas certains aspects de leur personnalité pour se suradapter et se faire aimer¹⁰. Ces parties-là, selon Hélébe Vecchiali¹⁴, pourront éclore si une prise de conscience s'est faite et que l'enfant (adulte) se donne les autorisations nécessaires.

Le deuil de ce que le parent n'est pas

L'enfant (et l'adulte qu'il est devenu), doit apprendre à accepter ce que le parent toxique « est » et aussi « ce qu'il n'est pas ». En effet, selon Arcoulin, pour que ce deuil puisse se faire, il est important que l'enfant d'un parent « toxique » abandonne la recherche de ce qu'il ne recevra jamais de son parent¹⁰.

Le deuil de l'entourage encore sous emprise

Quand l'adulte désire rompre les liens avec son parent « toxique », malheureusement, et c'est souvent le cas, le reste de l'entourage reste sous l'emprise. Dans ces conditions, l'enfant (et même l'adulte qu'il est devenu) du parent « toxique » se sent davantage plus seul. D'autant qu'en plus de faire le deuil de son parent, il doit aussi faire le deuil de sa fratrie (s'il en a une), de sa famille (cousin(e)s, oncles et tantes, ...), de son entourage (ami(e)s). Il sera incompris et jugé. Il sera culpabilisé et souvent rejeté. Parfois, « couper les ponts » avec le parent « toxique » veut également dire « couper les ponts » avec les autres parents (le parent « sain », la famille, les ami(e)s...) encore sous emprise¹⁰.

Le deuil des reconnaissances

En effet, il s'agit ici de plusieurs reconnaissances d'après J. Arcoulin : reconnaissance de la souffrance de l'enfant, reconnaissance de tout ce qu'il fait pour être aimé de son parent, reconnaissance de toutes les injustices, de toutes les atrocités qu'il vit ou a vécu (les abus, le climat incestuel,...)¹⁰. Le parent « toxique » ne donnera *jamais* cette reconnaissance. S'il la donne, elle sera déguisée et toujours accompagnée d'un « *oui mais, j'ai souffert plus que toi* ».

Le deuil de la justice

Il peut être considéré comme le deuil de tous les deuils car si tous les points évoqués précédemment ont comme point commun l'injustice, quand le parent « toxique » n'est pas puni pour ses actes (abus, maltraitance psychologique, lorsque l'entourage est aveugle et condamne la mauvaise personne (souvent l'enfant ou l'adulte pour ses prises de positions)¹⁰, arriver au bout de ce processus de deuils n'est pas simple, selon elle. Il est important que l'enfant (ou bien l'adulte qu'il est devenu) d'un parent « toxique » apprenne à être patient et bienveillant envers lui-même. Chacun a son rythme et il est à respecter. Même si pour certains ces deuils ont l'air insurmontables, l'important est de ne jamais s'avouer vaincu. Un jour, quelqu'un (un thérapeute, un(e) ami(e)...), une phrase, un mot fera le déclic.

LES CROYANCES QU'IL FAUDRAIT NETTOYER

Le parent « toxique » a tôt fait d'apprendre à son enfant des croyances, des représentations toutes faites sur ses opinions, valeurs et perceptions personnelles afin d'asseoir son emprise. Mais ces croyances n'appartiennent pas à l'enfant ou à l'adulte qu'il est devenu. Elles appartiennent au parent « toxique » qui les y a mises. Le parent « toxique » a usé de tous ces outils de prédilection comme arme de destruction massive pour convaincre l'enfant de sa soi-disant médiocrité (chantage affectif, les doubles contraintes, la projection des propres défauts du parent toxique sur l'enfant) et ce, depuis sa naissance^{1,10}. Dès lors, l'enfant a développé toute une série

de croyances non seulement celles liées aux expériences faites avec son parent « toxique » qui sont ancrées chez l'enfant ; mais il y a aussi celles qui se sont développées par déduction. Ces croyances sont devenues totalement limitantes dans la construction de l'enfant pour son épanouissement psychique et développemental. Il existe deux types de croyances d'après J. Arcoulin : les limitantes qui bloquent l'enfant dans sa réalisation et l'empêche d'avoir confiance en lui (ex. « *je ne mérite pas de réussir* », « *je n'y arriverai jamais* », « *on ne peut faire confiance en personne* », « *je n'ai pas le droit de dire non* », « *c'est quand même mon père/ma mère* », « *je dois faire passer les désirs des autres avant les miens* »...) ; et les aidantes (« *Je suis capable d'atteindre mes objectifs* », « *je me sortirai de tout* », « *j'ai le droit d'être heureux(se) dans tous les domaines* »...) qui poussent l'enfant, lui donnent confiance et le soutiennent¹⁰. Les croyances limitantes sont souvent alimentées par l'entourage. Qui a dit qu'être parent donne le droit de maltraiter son enfant ? Qui a dit qu'un enfant est obligé d'accepter les mauvais traitements physiques ou psychologiques sous prétexte que c'est son parent qui en est l'auteur ? Qui donne la légitimité des propos limitants du parent « toxique » ? Dès lors, comment se débarrasser de ces croyances ? Tout d'abord, il est important d'identifier la croyance ancrée dans notre esprit. Apprendre, ensuite, à reconnaître les stratégies de survies mises en place : il s'agit d'une capacité d'adaptation que l'enfant ou de l'enfant devenu adulte crée pour s'adapter à la situation. Enfin, voir quelle qualité cette stratégie de survie a-t-elle permis à l'enfant du parent « toxique » de développer ? Par exemple : la disponibilité, l'amabilité, les sentiments sincères, etc... Cela permet de voir le bon côté des choses quand une expérience négative peut être transformée en expérience positive. Cela permet aussi à l'enfant du parent « toxique » de prendre conscience de ses ressources, de sa valeur et de ses qualités¹⁴.

LA RÉSILIENCE

Boris Cyrulnik définit la résilience comme la capacité de se remettre à vivre normalement ou le mieux possible, après un traumatisme. Cette notion est une des clés de la reconstruction. Il identifie différentes façons d'aider une personne à augmenter sa capacité de résilience en fonction du moment. Il y a trois moments : avant le traumatisme, pendant le traumatisme et après le traumatisme²².

Avant le traumatisme

En tant que thérapeute ou personne de l'entourage d'un enfant (ou d'un enfant devenu adulte) de parent « toxique », nous pouvons l'amener à comprendre qu'il peut compter sur d'autres personnes pour l'aider. En effet, pour Cyrulnik, la qualité des liens tissés est plus importante que la personne avec qui l'enfant les tisse²². Dès lors, si un parent est toxique, il n'est pas nécessaire de le laisser dans le paysage de l'enfant. Tant que l'enfant trouve sur son chemin des « tuteurs de résilience », il peut créer des liens et un tissu social, puis démarrer son processus de résilience sur un terreau suffisamment fertile. Ce dont l'enfant a besoin, c'est de se sentir sécurisé et en sécurité. Le parent « toxique » ne peut pas lui offrir cela. Les personnes de son entourage le peuvent. Il est important qu'il puisse devenir l'acteur de ce lien social dont il a besoin et demander de l'aide.

Pendant le traumatisme

Quand un événement traumatisant survient, il arrive que la personne touchée se sente acculée et ait la sensation qu'elle n'arrivera jamais à surmonter cela. Il est important de garder espoir et de toujours se dire qu'il y a des solutions, que ça va aller, que c'est possible de s'en sortir. L'entourage doit réaffirmer son soutien et sa bienveillance, être présent et entourant et aussi encourager, donner confiance et répéter inlassablement que les ressources nécessaires sont à l'intérieur de chacun de nous. Il est nécessaire de sortir de l'isolement et d'éviter les ruminations en s'entourant de bonnes personnes avec qui on peut mettre des mots sur ses maux. Dans le cas de parent(s) toxique(s), les agressions (au sens large du terme) sont commises au sein même de la famille. B. Cyrulnik explique que dans le cas de traumatismes intrafamiliaux, il y a deux cas de figure : celui où l'enfant a pu tisser des liens avant le traumatisme (la résilience, dans ce cas sera plus facile) ; et celui où l'enfant n'a pas pu tisser de lien avant son traumatisme et là, les choses se compliquent²². L'enfant (ou l'adulte qu'il est devenu) du parent « toxique » deviendra alerte, hypervigilant, se sentira constamment en danger alors qu'il n'y a plus de danger. Tout deviendra traumatique puisque tout est agression. L'enfant (ou cet adulte) développera un état de méfiance, de l'anxiété, de l'anesthésie émotionnelle (*a-lexi-émotionnel*).

Après le traumatisme

Si l'on est face à un enfant ou un adulte qui ne s'exprime pas, il est important de lui dire que nous savons que c'est difficile pour lui de parler pour le moment et que ce n'est pas grave. Le jour où ce sera le moment, on sera là pour lui. Les enfants d'un parent « toxique » ont besoin d'une présence sécurisante et rassurante. Il est important de donner du sens à ce qui est arrivé et à ce qui arrive encore à l'enfant d'un parent « toxique ». Il existe des petites choses simples pour augmenter

sa capacité de résilience : avoir un bon réseau social. Le tissu social et relationnel est un élément important dans les facteurs qui favorisent la résilience. La certitude de pouvoir compter sur des proches ou des personnes ressources (comme un psy, par exemple) est un pouvoir. Augmenter sa confiance en soi, quand elle a été détruite par un parent « toxique », ce n'est pas facile. Il appartient à l'adulte qu'il est devenu de la (re)construire. Lire des sujets, faire des exercices proposés sur ce thème aide à la reconstruction. Apprendre à l'enfant ou à cet adulte à se reconnecter à ses propres ressources qui sont en lui. Avoir un parent « toxique » aura permis à l'enfant de développer un tas de stratégies de survie. On peut l'aider à les voir comme des ressources et l'accompagner à faire un exercice de nettoyage de ses croyances (voir ci-dessus). Il est important de lui apprendre à toujours voir le verre à moitié plein que le contraire. La capacité de résilience va dépendre du regard que nous portons sur les choses. Tout ça pour faire prendre conscience que nous avons tous la possibilité d'agir et de changer notre regard sur les choses. Plus on a tissé de liens, plus on a de capacité à enclencher le processus de résilience. Et même si on est seul, tout n'est pas perdu. Pour Hélène Vecchiali, nous avons d'autres ressources comme l'écriture (tenir un journal intime), l'art thérapie, l'art... qui aident à la résilience et à sortir de l'emprise d'un parent « toxique »¹⁴. Adulte, il peut également chercher un groupe de parole où il pourra déposer sa souffrance et trouver un écho. Des techniques de désensibilisation ou d'atténuation de l'affect comme l'EMDR²³, les techniques de la psychologie de l'énergie (TCM, EFT, TAT, ...), les approches cognitivo-comportementales centrées sur les traumatismes²⁴, la Thérapie sensori-motrice²⁵, le Somatic Experiencing²⁶ et bien sûr les nombreuses techniques d'atténuation de l'affect utilisées en hypno-analyse ou l'hypnose, l'EFT, la Lifespan Integration²⁷ sont des outils intéressants pour les personnes ayant subi des traumatismes²⁰. Nous sommes tous les premiers acteurs de notre reconstruction.

CONCLUSION

Dans cet ouvrage, nous avons vu que la toxicité relationnelle dans laquelle est prise la victime (enfant ou adulte) d'un parent « toxique » est un véritable fléau qui peut empêcher ceux-ci de se construire. En effet, nos différentes lectures psychanalytiques et systémiques nous ont par ailleurs révélés que les carences affectives, la mauvaise estime de soi, le sentiment de culpabilité sont des blessures qui marqueront à vie l'enfant et l'adulte en devenir et ainsi créer ou non un risque d'une pathologie relationnelle. A cet égard, nous avons été frappés par les similitudes entre différentes pathologies psychiatriques invalidantes tels que les troubles bipolaires, l'alexithymie, la pathologie paranoïaque versus les comportements narcissiques et pervers de la personnalité du parent « toxique ». En effet, la notion de « pervers manipulateur narcissique » est, tout comme d'autres concepts à l'instar du « burn out » devenu un concept « bateau » à faible falsifiabilité pour laquelle cet article a nécessité de faire la distinction, au préalable, avec d'autres pathologies sous-jacentes et ainsi éviter des amalgames dans les entretiens cliniques. C'est la raison pour laquelle, le terme « toxique » a été choisi car il est un concept qui nous semble plus « neutre ». Par conséquent, ces troubles ne sont pas à confondre, afin de discerner ce qui est de la pathologie et ce qui est du toxique, et ainsi éviter tout amalgame dans la proposition de diagnostic lors de la consultation.

A travers cet ouvrage, nous avons cherché à comprendre : comment le parent « toxique » met-il son enfant sous emprise ? Par cette première approche, nous constatons différentes phases relationnelles mises en place par le parent « toxique » : la phase de lune de miel, la phase de doute et de déstabilisation, l'isolement, les cadeaux empoisonnés, les flatteries excessives, l'instillation du flou, la double contrainte, le changement constant d'opinion, le timing, la répétition et le conditionnement, les menaces en tout genre, l'effet de surprise, la culpabilisation et enfin la victimisation. Ces différentes phases sont toutes reliées les unes aux autres par des schémas cognitifs, réseaux comportementaux dysfonctionnels afin d'assurer au parent « toxique » son pouvoir et sa survie. Dans une seconde approche, nous avons abordé les caractéristiques psychologiques et cognitivo-comportementales d'un enfant de parent « toxique ». Il est apparu qu'en général, il est difficile pour l'enfant de montrer ses émotions et ses sentiments. Ce dernier est très attentif à la cohérence entre les paroles et les actes. Il peut aussi souffrir de différents syndromes (imposteur et autodidacte). Et malheureusement, il est en constante recherche de cet amour inconditionnel qui lui sera refusé par son parent « toxique ». Le risque étant de développer un syndrome post-traumatique qui l'amènera à être dans un état d'hypervigilance constante développant souvent des troubles anxieux (rumination, troubles obsessionnels compulsifs, ...). Souvent rongé par le sentiment d'injustice, il souffrira également d'un profond manque de reconnaissance, d'estime de soi. Il aura souvent cette sensation de perte d'identité et l'impression de n'« être rien ». En réaction, il aura tendance à se sentir responsable de ce parent (parentification) et le protégera (surtout de lui-même). Plus précisément, il y a une forme de redevabilité (dette) inscrit envers ce parent activé par les remarques de l'entourage. Le conflit de loyauté et la suradaptation sont bien entendu au rendez-vous. Pour tenter, malgré tout à répondre à tout cela, l'enfant ou l'adulte qu'il est devenu, va devoir apprendre à faire des deuils relationnels : le deuil d'un parent encore vivant (un parent qui ne considère pas son enfant dans son identité personnelle), deuil de la relation, deuil de l'espoir, deuil de l'amour inconditionnel, deuil des reconnaissances, deuil de la justice... Mais surtout, pour sortir de ce mode relationnel toxique, il faudra qu'il apprenne à nettoyer certaines croyances ancrées et alimentées par l'entourage : faire face à des croyances limitantes pour enfin créer des croyances aidantes. Et puis, vient la résilience : cette capacité à rebondir et se permettre de vivre normalement après ces drames traumatiques. Enfin, nous aimerions insister sur le postulat selon lequel tant qu'il y a des forces de vie, tout traumatisme (psychologique, physique) est guérissable, aussi sordide qu'en soit le contenu. Nous savons aujourd'hui que la plasticité cérébrale permet de remanier les réseaux neuronaux de façon infinies²⁰. Les enfants et adultes victimes d'un parent « toxique », ne doivent jamais oublier que ce parent, n'a tout compte fait, que le pouvoir qu'ils lui accordent.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je tiens à remercier mon mari, le Docteur Daniel Duray, mes enfants et mes ami(e)s proches pour leur patience et leur soutien. Je tiens particulièrement à remercier le Pr Pascal Janne pour son enthousiasme, ses précieux conseils et son soutien au cours de l'élaboration de ce travail.

RÉFÉRENCES

1. Forward S. Parents toxiques. Paris : Marabout ; 2002
2. Nazare-Aga I. Les parents manipulateurs. Québec : Les Editions de l'Homme ; 2014
3. Hayez J. La destructivité chez l'enfant et l'adolescent. Paris : Dunod ; 2001.
4. Berne E. Analyse Transactionnelle et Psychothérapie. Paris : Payot ; 1978.
5. Spath A. Ne plus se laisser manipuler. Paris : Editions Leduc ; 2015.
6. Racamier PC. L'inceste et l'incestuel. Paris : Dunod ; 2010.

7. Defontaine J. L'incestuel dans les familles. *Revue française de psychanalyse*. 2002 ; 66 : 179-96.
8. Robion J. De la notion d'incestuel à celle d'interdit primaire et différenciation. *Dialogue* ; 2003.
9. Hurni M, Stoll G. *La Haine de l'Amour*. Ed. Broché ; 1996.
10. Arcoulin J. *Survivre aux Parents Toxiques*. Bernay : Ed. Ideo ; 2016.
11. PetitCollin C. *Enfants de manipulateurs, comment se protéger ?* Paris : Ed. Guy Tréniadiel ; 2015.
12. Ziegler AC. *Pervers Narcissiques, bas les masques*. Paris : Ed. Harmonie Solar ; 2015.
13. Green A, Donnet JL. *L'enfant de ça*, Ed. Broché ; 1973.
14. Vecchiali H. *Mettre les pervers échec et mat. Comment les identifier, les neutraliser et sauver leurs victimes*. Paris : Hachette Livre (Marabout) ; 2014.
15. American Psychiatric Association. *DSM V, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, trad. Coord. Par Crocq MA, Guelfi JD *et al.* Paris : Masson ; 2015.
16. Verbanck P, Hashemi AZ. *Relation entre somatisation et alexithymie : une étude basée sur la littérature*. *Acta Psychiatrica Belgica*. 2011 ; 4(3) : 37-56.
17. Andersen M. *L'emprise familiale, comment s'affranchir de son enfance*. Bruxelles : Ixelles Editions ; 2011.
18. Cannone B. *Le sentiment d'imposture*. Paris : Essais Folio – Ed. Calmann-Lévy, Gallimard ; 2005.
19. Kedia M., Sabouraud-Seguain A. *et al.* *L'aide mémoire de psycho-traumatologie*. Paris : Dunod ; 2013.
20. Dellucci H. *Psychotraumatologie centrée compétences. Thérapie familiale - Revue internationale en Approche Systémique*. 2014 ; 35(2) Numéro « Traumatisme », Editions Médecine et Hygiène.
21. Le Goff JF. *L'enfant, parent de ses parents. Parentification et Thérapie familiale*. Paris : Edition l'Harmattan ; 1999.
22. Cyrulnik B. *Résilience. Connaissances de bases, avec Gérard Jorland* Paris : Ed. Odile Jacob ; 2012.
23. Shapiro E. *Eye Movement desensitization and reprocessing : Basic principles, protocols and procedures. Manuel d'EMDR : Principes, Protocoles, Procédures*. Paris : Inter Editions ; 2001.
24. Foa EB, Rothbaum BO. *Treating the trauma of Rape. Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. New York : The Guilford Press ; 2001.
25. Ogden P, Minton K, Pain C. *Trauma and the Body. A sensory-motor approach to psychotherapy*. New York : WW Norton & Compan ; 2006.
26. Levine PA. *Waking the Tiger. Healing Trauma*. Berkeley : North Atlantic Books ; 1997.
27. Pace P. *Lifespan Integration. Connecting Ego State. Through the Time*. Self-Edited ; 2007.

RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES

- Agnès P, Lefeuvre J. *Déjouer les pièges de la mauvaise foi et de la manipulation*. Paris : InterEditions ; 2012.
- Cyrulnik B. *Sous le signe du lien*. Paris : Pluriel, Hachette Littérature ; 1989.
- Cyrulnik B. *Les nourritures affectives* Paris : Odile Jacob Poches ; 2000.
- Cyrulnik B. *Un merveilleux malheur* Paris : Odile Jacob Poches ; 2002.
- Cyrulnik B. *Les Vilains Petits Canards* Paris : Odile Jacob Poches ; 2004.
- Cyrulnik B. *Les âmes blessées* Paris : Odile Jacob ; 2014.
- Klopfert D. *Inceste maternel, incestuel meurtrier : à corps et sans cris*. Paris : Ed. L'Harmattan ; 2010.
- Kotsou I. *Eloge de lucidité*. Paris : Ed. Robert Laffont ; 2014.
- Lucas T. *Et moi alors ?* Saint-Ouen : Les éditions du Net ; 2015.
- Maes JC. *Liens qui lient, liens qui tuent, l'Emprise et ses dérives*. Montréal : Lobert ; 2014.
- Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte, sous la direction de Vassilis Kapsambelis*. Presses universitaires de France ; 2015.
- Nazare-Aga I. *Les manipulateurs sont parmi nous*. Montréal : Les Editions de l'Homme ; 2004.

AUTEUR CORRESPONDANT

CARINE DURAY-PARMENTIER

Centre de Psychothérapie de Namur
Rue des Cèllets, 25
5020 Vedrin (Namur)
E-mail : carine.durayduray@gmail.com

PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE. CITOYENS, PATIENTS ET PROFESSIONNELS : UN PROJET ARTISTIQUE COMMUN DANS LA SOCIÉTÉ CIVILE

COMMUNITY PSYCHIATRY. A CO-OPERATIVE ARTISTIC PROJECT ON THE THEME OF « LIBERTY »

Marie-Sa GUILLON(a), René MONAMI(b), Daniel WURMBERG(b), Pascal DORNSTETTER(c),
Clarisse CLAUDEL (d), Sandrine GARCIA(e), Franz BARTHOLOMÉ(f)

(a) Psychiatre, PH, CH de Rouffach et CH de Cannes, France

(b) Psychologue clinicien, CH de Rouffach

(c) Infirmier de secteur psychiatrique, CH de Rouffach et Comité d'Union Nationale des Combattants d'Oberherzheim, France

(d) Documentaliste, CH de Rouffach

(e) Historienne, responsable de la pédagogie et de la culture du Centre Européen du Résistant Déporté (Natzwiller-Struthoff), France

(f) Psychiatre, chef de service, Cliniques du MontLégia, Liège

Résumé

Le terme de psychiatrie communautaire désigne les thérapies qui favorisent le maintien du patient dans son environnement. « La réadaptation est un ensemble d'actions, de techniques médicales, sociales et éducatives susceptibles de permettre au sujet de retrouver après rémission ou stabilisation de ses troubles une intégration la plus satisfaisante dans son environnement familial et social ». Dans le cadre du 70^e anniversaire de l'ouverture des camps de concentration en Europe, un projet artistique interinstitutionnel et pluripartenarial sur le thème de la liberté a été élaboré avec les patients. Ils sont devenus passeurs d'histoire, passeurs de leur histoire et de celle de leurs compagnons de route en psychiatrie, des prodromes à la prise de conscience et à l'acceptation de la maladie.

Mots-clés : *psychiatrie communautaire, réadaptation sociale, soins à médiation, création artistique*

Summary

"Community psychiatry" is a term denoting therapies that help maintain the patient in his environment. Rehabilitation is the totality of interventions – medical, social and educative – that may result in a better integration of the patient in his familial and social environment after remission or stabilisation of the underlying disorder. To mark the 70th anniversary of the opening of concentration camps in Europe, a co-operative artistic project on the theme of "liberty" was organised with our patients. They passed on their life stories and those of their fellow patients as first step in recognizing and accepting their disorder.

Key words: *community psychiatry, social reintegration, empowerment, negotiated treatment, artistic creation*

Samenvatting

"Community psychiatry" is een term die therapieën aanduidt die helpen onderhoud de patiënt in zijn omgeving. Rehabilitatie is hettotaliteit van interventies - medisch, sociaal en educatief – dat kan resulteren in een betere integratie van de patiënt in zijn familie en sociale omgeving na remissie of stabilisatie van de onderliggende stoornis. Ter gelegenheid van de 70ste verjaardag van de opening van concentratiekampen in Europa, een coöperatief artistiek project op het thema van "vrijheid" werd georganiseerd met onze patiënten. Ze doorgegeven hun levensverhalen en die van hun medepatiënten als eerste stap in het herkennen en accepteren van hun aandoening. Steekwoorden: community psychiatry, social reintegration, empowerment, onderhandelde behandeling, artistieke creatie.

Trefwoorden : *community psychiatry, sociaal rehabilitatie, artistiek project*

Ce travail a été présenté au Congrès français de Psychiatrie en 2017 et au Congrès de l'Encéphale (session Infirmier) en 2018.

PRÉAMBULE

« Ouvrir le cadre, faire l'effort, l'acte volontaire de chercher à comprendre : la parole se libère.

Le témoignage devient message et nous interroge. Laisser le cadre fermé, les mots enfermés, passer à côté : c'est laisser le passé de côté, dans le confort de l'oubli. » Valerie Drechler, Directrice du CERD ; 2010.

INTRODUCTION

Dans le cadre du 70^e anniversaire de l'ouverture des camps de concentration en Europe, un projet interinstitutionnel, pluripartenarial et artistique sur le thème de la liberté a été élaboré. Les services de psychiatrie et techniques du CH, le Centre Européen du Résistant Déporté, la ville de Rothau et les associations régionales des usagers (*SchizoEspoir et Regards*

d'enfants) se sont associés autour de ce projet. Inscrit dans la dynamique de réhabilitation psychosociale, ce projet associe soins, manifestations culturelles, arts plastiques, travail de mémoire et actions de communication auprès du grand public, des familles et des professionnels.

Les objectifs de ce travail sont de présenter le processus de réhabilitation sociale inhérent à ce projet artistique et de tenter de définir ce qui a fait sens pour les patients qui s'y sont engagés.

CONTEXTE HISTORIQUE EN ALSACE-LORRAINE

Après l'armistice du 22 juin 1940, L'Alsace et la Moselle ont été annexées de fait par le III^e Reich. Les premiers déportés (allemands déportés, soviétiques, polonais, tchèques, alsaciens, lorrains) sont arrivés en provenance de Sachsenhausen en mai 1941 et ont été suivis dès 1943 par les résistants de toute l'Europe. Pour tous, le protocole d'admission au camp était le même : descente de la gare de Rothau administrée par la Deutsche Reichsbahn, montée au camp à pied par rangées de trois ou en camion, enregistrement sous un numéro de matricule, dépouillement de toute identité ou affaire personnelle, épouillage, désinfection et distribution de vêtements dépareillés.

CONCEPTS THÉORIQUES

PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE

Le terme de psychiatrie communautaire désigne les thérapies qui favorisent le maintien du patient dans son environnement. L'empowerment est un processus par lequel l'individu acquiert la capacité d'agir, de reprendre du pouvoir sur sa propre vie et de devenir acteur de ses soins. « L'empowerment se met en place dès que le sujet a pris conscience de sa situation et qu'il souhaite la modifier »¹. La dynamique psychosociale correspond à des visées profondément éthiques. Elle nécessite de repérer le mouvement de réduction de la personne à des concepts d'identité. L'objectif est de réouvrir à la diversité, d'assumer le mouvement de construction / déconstruction plutôt que de penser le monde comme seulement « déjà construit » et de prendre conscience de la tendance à maîtriser et à dominer. En effet, cette tendance réduit les champs de la créativité mutuelle et des potentialités de mise en synergie de nos actions et pensées. Un équilibre se crée entre la prise de conscience, la motivation, les compétences personnelles et l'estime de soi.

La psychiatrie et la psychologie communautaires s'appuient sur le principe de reconnaître aux patients les moyens d'être acteur de leur santé et de prendre ses propres décisions concernant cette dernière. Il s'agit de créer des cadres qui permettent l'action participative dans un processus dynamique entre recherche et travail clinique.

DÉFINITION DE LA RÉADAPTATION SOCIALE

« La réadaptation est un ensemble d'actions, de techniques médicales, sociales et éducatives susceptibles de permettre au sujet de retrouver, après rémission ou stabilisation de ses troubles, une intégration la plus satisfaisante dans son environnement familial et social »². Selon W. Anthony la mission de la réadaptation est « d'améliorer le fonctionnement de la personne de façon qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans un milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible ». Les techniques sont axées sur la prise de conscience et l'expression correcte des besoins et des états émotionnels, l'identification des compétences, l'augmentation des capacités de fonctionnement et des aptitudes d'interactions sociales... La participation active dans un projet et le renforcement de l'estime de soi facilitent l'accès à une plus grande autonomie et à l'apprentissage (ou au réapprentissage) d'activités professionnelles ou de loisirs. « C'est là où l'initiative créatrice sera la plus grande (...) que la réadaptation a le plus de chance de réussir »². Le terme juridique "réhabilitation" définit les actions « qui consistent à rétablir un ancien patient dans ses droits, ses capacités, son activité professionnelle, son insertion sociale et familiale ».

CONCEPT DE GUÉRISON PSYCHIQUE VERSUS RÉTABLISSEMENT

La guérison est « le retour d'un sujet atteint d'une affection mentale à un état de bonne santé psychique ». Elle apparaît comme un nouveau stade dans l'évolution psychoaffective du patient. Alors que Kraepelin (1899) évoquait une forme de « démence précoce » parlant de la schizophrénie, E. Bleuler (1911) faisait état d'une hétérogénéité évolutive et H. Hey (1955) soulignait la notion de rémission (...) Et, aujourd'hui les cliniciens parlent plus volontiers de rétablissement pour cette pathologie. Cette notion s'impose aussi comme vision dans le cadre général de la santé mentale. Nous entendrons par rétablissement cette action de retrouver ou œuvrer à l'équilibre de la personne. Le rôle central du patient dans le processus de rétablissement fait écho à la notion d'empowerment.

ESPACES D'EXPRESSION À MÉDIATION

Les espaces d'expression à médiation, sous toutes leurs formes favorisent le mouvement d'équilibre de l'individu et du groupe social. Au Centre hospitalier de Rouffach, les équipes pluridisciplinaires assurent leurs missions dans une dynamique participative, transdisciplinaire et partenariale. Elles repensent de manière active les prises en charge sociothérapeutiques à médiation pour permettre aux patients de se mettre en mouvement. « Ils peuvent se mettre en mouvement, puisque nous nous mettons en mouvement ». Le rôle des soignants est d'accompagner le patient dans son processus d'autonomisation, en respectant son rythme, ses croyances et ses choix. Ils interviennent « à titre de facilitateurs et d'accompagnants dans ce processus ».

Conjointement aux processus de soins, des évaluations de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des soins dispensés sont régulièrement assurées.

PRÉSENTATION DU PROJET ARTISTIQUE DE RÉHABILITATION SOCIALE

PROCESSUS PARTICIPATIF ET COLLABORATIF

Ce projet interinstitutionnel s'est décliné sur deux ans, associant soins, arts plastiques, travail de mémoire, actions de communication auprès du grand public et des professionnels. Il s'est appuyé sur les potentialités artistiques des patients et s'est inscrit dans une dynamique de réhabilitation psychosociale. Il s'adressait aux familles, aux amis des patients pris en charge en psychiatrie, aux professionnels et au grand public, c'est-à-dire à la société civile.

PROJET

Objectifs et axes de travail

- Objectif : contribuer aux actions de réhabilitation mises en place dans les programmes de soin ;
- Objectifs opérationnels : renforcement de l'estime de soi et des compétences sociales ; mise en perspective des forces et des ressources internes et environnementales de chacun ; prise en considération du respect des différences, des valeurs et du rythme de chacun et du principe de réalité ;
- Axes de travail : soin, réhabilitation sociale, travail inter et trans générationnel de mémoire et de transmission.

Population concernée

Adolescents et adultes suivis au CH.

Méthodologie

- Processus collaboratif, pluripartenarial et participatif ;
- Plan d'organisation : planification des étapes et des échéances ;
- Identification des personnes ressources pouvant contribuer à la mise en œuvre du projet ;
- Groupes de travail ouverts, transversaux et transgénérationnels ;
- Travail de recherche historique, visites du camp de déportation ;
- Ateliers de soin à médiation artistique, photographique ;
- Accompagnement dans ce processus assuré par les soignants référents de la prise en charge.

EVALUATION

Les critères d'évaluation, les indicateurs de qualité et les outils ont été définis.

- Critères : maintien dans un projet collectif ; renforcement de l'estime de soi à moyen terme ; répercussion sur la qualité de vie ;
- Indicateurs : participation régulière aux ateliers, aux manifestations et aux actions de communication niveau d'estime de soi ; reconnaissance personnelle des actions engagées ;
- Outils : échelle d'estime de soi de Rosenberg ; agenda

personnel ; feuille d'émargement ; échelle de la qualité de vie.

RÉSULTATS

Résultats collectifs

- Cocréation d'une sculpture sur le thème de la liberté ;
- Participation aux manifestations commémoratives au CERDR et à l'inauguration par les élus régionaux au Jardin des Droits de l'Homme à Rothau ;
- Présentation de l'œuvre au grand public et articles dans la presse locale ;
- Préparation par les patients et les professionnels d'un colloque des usagers prévus en 2018 ;
- Remise du diplôme d'ambassadeur des Droits de l'Homme.

Résultats individuels

- Engagement dans un projet au long cours ;
- Renforcement de l'estime de soi.

DISCUSSION

PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE, ENGAGEMENT ET TRAJECTOIRE DE VIE

Une démarche communautaire au service du rétablissement

La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social. Ce qui introduit le concept de prise en charge multimodale. Les objectifs d'intervention sont d'identifier les besoins et les aspirations du patient, de favoriser son sentiment d'appartenance, d'agir sur l'intégration citoyenne en s'interrogeant sur ce qui fait sens pour lui. Classiquement on reconnaît que la santé est construite sur les ressources, les compétences et les potentialités créatives de chacun. Les projets de réhabilitation sociale doivent être construits de manière dynamique et s'inscrire dans une trajectoire vers le bien-être et le devenir « soi » ; c'est-à-dire de permettre au patient de se réaliser, de surmonter ses tensions, de réaliser un travail concret, de contribuer à la vie de la communauté et d'être acteur dans la cité. « Si un individu veut se définir lui-même, il doit entrer sur la scène sociale, être confronté à un public qui approuve ou désapprouve son jeu et son je »⁵. Ainsi, l'infirmier en psychiatrie doit adapter son rôle de soignant aux besoins du patient pour entamer ou poursuivre son parcours de réhabilitation sociale. « Le savoir-faire infirmier exige aussi de distinguer les différentes composantes qui émergent sur le terrain du prendre soin et de reconnaître leur source, à savoir l'organisation des services, le rôle infirmier et le patient »⁶.

LE COLLECTIF, UNE OPPORTUNITÉ POUR L'INDIVIDU

L'estime de soi et la reconnaissance sociale dans l'engagement collectif

L'estime de soi est définie comme la perception que tout individu a de lui-même, en fonction de la valeur qu'il s'attribue. Elle détermine la capacité qu'il a de croire en sa

réussite, en ses compétences et à s'adapter à de nouvelles situations en facilitant, ou inhibant, son engagement dans certaines stratégies⁷. Elle se développe progressivement à partir d'expériences vécues positives ou négatives. Une haute estime de soi est liée à une bonne intégration sociale, scolaire ou professionnelle⁸. La participation citoyenne favorise une posture d'acteur. « Elle stimule le pouvoir d'agir et renforce des sentiments d'appartenance et de solidarité »⁹. De plus, « s'investir dans un projet collectif devient ainsi une opportunité pour renforcer l'estime et la confiance en soi et contribue par là au processus de rétablissement »⁹. A tout âge de la vie, la participation citoyenne, l'engagement dans un processus collectif librement choisi, la succession d'expériences satisfaisantes et des retours positifs, « agissent en faveur d'une valorisation sociale, en renforçant les projets personnels »⁹ et renforcent à moyen terme les processus d'intégration sociale. La dynamique interrelationnelle favorise l'interactivité, la confrontation d'idées et la prise de position ; lors de l'élaboration de projets communs, le renforcement des solidarités ou des liens sociaux permet de développer un sentiment d'appartenance et d'individualité. Ainsi, cette dynamique anime la prise de conscience des compétences et des aptitudes personnelles.

Pour potentialiser les effets attendus, lors d'un processus créatif, l'œuvre doit obtenir la reconnaissance sociale. « Toute création à visée artistique implique au moins implicitement une demande de reconnaissance sociale et s'adresse à un public potentiel »¹⁰.

ÊTRE. DU POINT DE VUE DES PATIENTS

Les passeurs d'histoire

Ils ont investi le projet dans sa dimension artistique, symbolique, historique et commémorative. La majorité des patients ont exprimé la satisfaction qu'ils avaient d'eux-mêmes d'avoir maîtrisé leurs craintes, leurs angoisses et leurs doutes à certaines étapes de la mise en œuvre. « *Cette expérience a été belle et douloureuse* ». Les retours positifs ont favorisé la prise de conscience des potentialités créatrices et renforcé leur sentiment d'appartenance et d'intégration. « *Être acceptée comme je suis m'a permis de me poser, d'aller au fond de moi et d'avancer jusqu'au bout* » exprimeront V et O. N exprimera ce qui fait résonance à son histoire personnelle, soulignera l'importance du lien social : « *C'était un honneur pour moi d'y participer afin de représenter tous les handicaps physiques*

et psychiques... Pendant la guerre, ... sur 1.700 personnes malades psychiques, il y en a eu que 600 qui sont revenues. Les malades mentaux ont été mis de côté... Je voudrais qu'on arrête de parler de la folie » et précisera « *... J'ai été très fière de moi, de nous... Une fierté de ressentir qu'on arrête de mettre des étiquettes sur nos fronts, du fait que l'on nous fasse confiance pour un tel projet* ». Ceux qui « ... d'ordinaire sont parlés plus qu'ils ne parlent »¹¹ ont pris la parole. Ainsi, ils sont devenus passeurs d'histoire, passeurs de leur histoire et de celle de leurs compagnons de route en psychiatrie, des prodromes à la prise de conscience et à l'acceptation de la maladie. « Transmettre implique l'inscription dans une filiation »¹⁰. Les soignants les ont accompagnés à chacune des étapes de ce processus, ont facilité la mise en perspective des forces et des ressources internes et environnementales de chacun.

CRÉATIVITÉ, ESTHÉTIQUE

La symbolique de l'œuvre

La créativité classiquement se définit comme un pouvoir de création et d'invention¹². Elle s'entend à la fois « comme une caractéristique personnelle potentielle » ou « une production quelle qu'elle soit », « un processus spécifique et singulier », « un ensemble de méthodes et techniques à même de la stimuler et de la développer »¹³. L'œuvre artistique est un récit, une transcription graphique du regard et du vécu de l'artiste ou des artistes sur le monde et sur ce qu'il ressent, vit ou perçoit.

« Être. La liberté de penser et de créer » est un chemin de six portes, symbolisant les étapes franchies par les patients, des prodromes à la prise de conscience et à l'acceptation de la maladie, en lien avec la représentation qu'ils se faisaient de la déportation et du vécu des résistants déportés et tentant de représenter le vécu émotionnel de chacun. Elle tente également de signifier la puissance du lien social, du respect de l'autre et de sa différence, de l'importance de la solidarité et de la liberté d'expression. Elle associe des matériaux bruts et le végétal, suggérant des formes humaines en mouvement et dont les couleurs se déclinent du sombre au lumineux, du chaos à la prise de conscience, de l'espérance à la liberté. Elles symbolisent les étapes franchies par ceux qui traversent des périodes de vie douloureuses : porte d'entrée : le chaos ; porte n°2-3 : la prise de conscience de l'impossible et de l'indicible ; porte n°4 : les prémices du changement ; porte n°5 : les prémices de l'espérance et de l'espoir ; porte n°6 : l'ouverture vers la vie.

CONCLUSION

« La création donne de la valeur à son créateur, redonne, renforce l'estime de soi »⁹. L'œuvre « Être. La liberté de penser ou de créer » a été inaugurée le 25 juin dans le Jardin des Droits de l'Homme à Rothau, après les Cérémonies commémoratives au site de l'ancien camp de concentration de Natzweiler-Struthof le 24 juin organisées par l'Office national des Anciens Combattants et Victimes de Guerre. Elle a été élaborée grâce aux potentialités artistiques des patients, de l'engagement des professionnels à leurs côtés et du soutien de la société civile à chacune des étapes du projet. Co-construction transgénérationnelle, elle tente de symboliser la représentation qu'on se fait des épreuves traversées par les déportés en 40-45 et symbolisent la puissance du lien social, du respect de l'autre et de sa différence, de la solidarité et de la liberté d'expression. Des perspectives (colloque des usagers, photographies) se déclinent pour inscrire cette initiative dans une trajectoire de réhabilitation sociale. Certains patients ont activé les démarches d'insertion professionnelle qu'ils envisageaient.

REMERCIEMENTS

Nous remercions les patients et les professionnels engagés dans ce projet (Andoni L, Aumeunier M, Boil B, Colombo V, Gutleber MR, Jung A, Kasprzykowski D, Quattrocchi M, Roque I, Turllet C, Valdan V, Wenson A).

Nous remercions également le Psychiatre P. Bailey (CH de Rouffach), N. Prunier (Associations Schizo Espoir), Mme Kahn (Association Regards d'enfants), S. Garcia (CERD) et Dr Scheer (Maire de Rothau) pour la confiance accordée.

RÉFÉRENCES

1. Ibbarrart F. Les conditions favorables à l'empowerment. *Santé Mentale*. 2016 ; 212 : 68-71.
2. Postel J. Dictionnaire de la psychiatrie. Larousse ; 2003 : 528.
3. Bleuler E. Démentia précoce ou groupe des schizophrénies. Eres ; 1993 : 670.
4. Ferrari P, Dumas S. La démarche communautaire au service du rétablissement : l'exemple d'un modèle de l'unité de psychiatrie mobile de Lausanne en Suisse Francophone. In : La santé communautaire en 4 actes : Repères, acteurs, démarches et défi. Les presses de l'Université de Laval. 2016 : 198-204.
5. Cario E. Le malade mental à l'épreuve de son retour dans la société. L'Harmattan ; 1997.
6. Clermont-Drolet J. Sur les traces d'un infirmier de la rue ou comment accompagner la vie et la mort, pas à pas. La santé communautaire en 4 actes : Repères, acteurs, démarches et défi. Les presses de l'Université Laval ; 2016 : 158-62.
7. Rosenberg M. Society and the adolescent self image. Princeton : NJ Princeton University Press ; 1965.
8. Hammond WA, Romney DA. Cognitive factor contributing to adolescent depression. *Journal of youth and adolescence*. 1996 ; 24 : 667-83.
9. Zbinden JP. Le travail social communautaire : un fondement des organisations de personnes concernées par les maladies mentales. In La santé communautaire en 4 actes : Repères, acteurs, démarches et défi. Les presses de l'Université de Laval. 2016 : 192-7.
10. Catonné JP. Esthétique, thérapie et citoyenneté : quelle beauté transmettre ? *Journal des psychologues*. 2016 ; 333 : 30-5.
11. Bourdieu P. Introduction à la socio-analyse. Actes de la recherche en sciences sociales. 1991 ; 90 : 4.
12. Placines B. Créer en se risquant soi-même : le génie adolescent d'Arthur Rimbaud. *Soins psychiatrie*. 2008 ; 254 : 38.
13. Sudres JL. La créativité : de banalités en aménagement. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2003 ; 51 : 49-61.

AUTEURS CORRESPONDANTS

MARIE-SA GUILLON

Centre hospitalier de Rouffach
Rue du 4ème RSM, 27 - BP 29
F - 68250 ROUFFACH
E-mail : M.GUILLON@ch-cannes.fr

L'ANALYSE DE LA DEMANDE AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES : UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE

THE ANALYSIS OF DEMAND FOR PSYCHIATRIC EMERGENCIES: A SYSTEMIC APPROACH

Heidi ROLIN(a), Christophe LEYS(b), Paul VERBANCK(c), Charles KORNREICH(d), Pierre FOSSION (c)

(a)Médecin, Assistante en formation en psychiatrie, C.H.U. Brugmann, ULB

(b)Professeur, Unité de Recherche de Psychologie sociale, Faculté des Sciences psychologiques et de l'Education, Bruxelles, ULB

(c)Psychiatre, C.H.U. Brugmann, ULB

(d)Psychiatre, Médecin Chef du Service de Psychiatrie et psychologie médicale du C.H.U. Brugmann, ULB

Résumé

Cet article analyse, sur base d'un cas clinique, l'étape de la rencontre du patient dans un service d'urgences psychiatriques. L'analyse met en évidence des paradoxes générés à la fois par la structure de l'institution et par le dispositif de soins dont nous soulignons les conséquences négatives sur le patient. D'autre part, nous nous centrons sur l'analyse de la demande et soulevons le concept de patient désigné et les enjeux associés. Ensuite, nous discutons de cette approche et la suggérons plus adéquate, parce que permettant de sortir de la plupart des paradoxes identifiés et parce que plus adaptée à une situation de crise. Sur ces bases, nous montrons comment créer un espace et un temps de parole plus adapté à une approche systémique.

Mots-clés : urgences psychiatriques, pensée systémique, crise familiale, analyse de la demande

Summary

This article analyzes, based on a clinical case, the initial meeting with the patient in a psychiatric emergency department. The analysis highlights paradoxes generated by both the structure of the institution and the care system, the negative consequences on the patient are underlined. Moreover, we focus on the analysis of the demand and raise the concept of the designated patient and the associated issues. Then, we discuss this alternative approach and argue that it is more appropriate, because it allows to avoiding most of the identified paradoxes, and it is more suitable for coping with a crisis situation. On this basis, we show how to create a space and a consultation time more consistent with a systemic approach.

Key words : psychiatric emergencies, systemic approach, family crisis, demand analysis

Samenvatting

Deze paper analyseert, op basis van een klinische casus, de ontmoetingsfase van een patiënt met een psychiatrische urgentiedienst. De analyse schuift bepaalde paradoxen naar voren die voortvloeien uit zowel de structuur van de instelling als het zorgsysteem zelf. We onderlijnen tevens de negatieve gevolgen van deze paradoxen voor de betrokken patiënt. In een tweede tijd richten we ons op de analyse van de vraag en het concept van de patiënt en aanverwante kwesties aan de orde. Tenslotte bespreken we de aanpak van de hulpvraag van de patiënt en stellen een meer geschikt alternatief voor dat de meeste van de beproven paradoxen weet te omzeilen, alsook meer geschikt is voor een crisissituatie. Op basis hiervan wordt aangetoond hoe een ruimte en gesprekstijd gecreëerd kan worden die meer geschikt is voor een systematische aanpak

Trefwoorden : urgentiepsychiatrie, systeemdenken, familiale crisis, analyse van de hulpvraag

INTRODUCTION

Aux urgences somatiques, le patient qui s'inscrit s'attend à parler de son symptôme, à sortir de l'hôpital sans celui-ci, le plus rapidement possible, avec un diagnostic, la conduite à tenir et le traitement à suivre. Aux urgences psychiatriques, le patient qui s'inscrit présente un symptôme ou tout du moins une souffrance. Cependant, la proposition de l'équipe psychiatrique ne dépendra pas tant du symptôme présenté que de la demande du patient ou de son entourage, qui

peut être demande d'hospitalisation, de suivi, de soutien, d'entretien, de traitement, de certificat... Cette demande n'est pas prédictible, ni nécessairement pertinente ou compatible avec les propositions d'aide de l'institution. Cette différence d'approche entre urgences somatiques et psychiatriques peut générer confusion et frustration chez les patients, pour qui les urgences sont perçues comme un moyen rapide et efficace de soigner un symptôme précis, parfois de répondre à une demande et non comme l'élaboration d'une aide réfléchie et

construite avec eux. Cette confusion des règles relationnelles et du contexte peut entraîner entre le patient et l'équipe psychiatrique des problèmes de communication et compliquer la prise en charge¹.

Tout patient s'inscrivant aux urgences psychiatriques sera vu par le psychiatre, sans nécessairement triage, pathologie psychiatrique, exploration de l'urgence, de la plainte, de la demande ou du symptôme. La simple explication « veut parler au psy » étant parfois rapportée comme suffisante, sans être nécessaire. Proposer une approche systémique nécessite de tenir compte du contexte de la consultation et des systèmes concernés. Nous aborderons dans un premier temps le contexte institutionnel puis celui du patient, comme outils de compréhension d'une situation afin d'y apporter une réponse la plus adéquate possible. Pour illustrer cette réflexion nous utiliserons un exemple clinique (*en italique dans le texte*) afin de commenter une situation fréquemment rencontrée, d'un patient apparemment sans demande, amené par une famille avec une demande précise à laquelle il est difficile de répondre ; famille qui transmet son agressivité aux intervenants qui se sentent impuissants et perplexes ; avec un scénario qui semble se répéter dans le temps.

Exemple clinique : Monsieur A se présente aux urgences psychiatriques d'un hôpital général. Il a 17 ans et il s'agit du 3^e passage en 9 mois. L'équipe psychiatrique aux urgences est alors composée d'une psychiatre assistante en formation et d'une infirmière psychiatrique. L'équipe est prévenue au téléphone par l'infirmier somatique responsable du tri des urgences qu'un « mineur handicapé est amené par son père pour idées suicidaires et agressivité à domicile ». Peu de temps après, cet infirmier rappelle pour prévenir que le père est parti, laissant le patient seul au milieu du hall des urgences. A ce moment, monsieur A, un jeune homme malvoyant aidé d'une béquille, entre dans le bureau et se cogne aux meubles de la pièce. Monsieur A est vu seul dans un premier temps. Il est calme, souriant, il semble triste, raconte que son père l'a amené aux urgences et qu'il ne sait pas pourquoi. Il n'explique pas ce qu'il s'est passé, dit avoir envie de rentrer chez lui, ne présente pas d'idées suicidaires, pas d'anxiété, pas d'éléments de la lignée thymique ou psychotique, pas d'agressivité. Il se plaint d'être moqué par ses camarades de classe et souffrir de son handicap qui le différencie des autres. Il vit la semaine en internat dans un institut pour déficients visuels et le week-end chez ses parents, en alternance car ils sont séparés. Il ne connaît pas le numéro de son père. L'équipe remarque sur sa béquille un numéro de téléphone et tombe sur son père qui raconte que son fils a dit qu'il voulait se suicider, que la situation n'est plus gérable à la maison à cause de son agressivité et qu'il faut l'interner, qu'il est parti des urgences pour faire un tour en voiture et qu'il est prêt à nous rencontrer si nous le désirons, qu'il a appelé la mère pour qu'elle vienne expliquer avec lui la situation. Monsieur A n'a pas de demande en entretien, il prend la main de la psychiatre et semble en besoin d'attention et d'affection, il fait plusieurs simulations de malaise et semble faire semblant de se cogner involontairement contre la colonne du local d'entretien, il demande à la psychiatre qu'elle voit ses parents. L'équipe rencontre monsieur A et ses parents dans un second temps. Le père prend la parole et explique que son fils est atteint d'un syndrome neurologique rare, autosomique récessif, comprenant malvoyance, retard d'apprentissage et

handicap physique moteur. Cette maladie est aussi présente chez leur fille aînée. Monsieur A est déjà suivi en ambulatoire par une pédopsychiatre, un kinésithérapeute, un psychologue et un neurologue depuis plusieurs années. Le patient semble plutôt enjoué par la situation. Le père semble énervé et fatigué, il explique que son fils fait des crises de colère depuis l'enfance à la moindre frustration, mais qu'elles se sont accentuées depuis 9 mois avec apparition de comportements « suicidaires » tels que prendre des ciseaux pour faire comme s'il allait s'automutiler, se mettre au milieu d'une route, sans aucun réel passage à l'acte. Il explique que ces crises surviennent lors d'évènements de frustration d'exigences diverses, par exemple « qu'on répare mes lunettes immédiatement » et uniquement lorsqu'il est en week-end à la maison. A l'école le patient ne poserait pas de problèmes de comportement, il souffrirait plutôt de harcèlement de la part d'autres élèves à cause de son handicap moteur et mental.

Le père raconte que cela se produit quasiment tous les week-ends depuis 9 mois et que la famille écume les urgences psychiatriques des hôpitaux de la ville pour demander une hospitalisation, sans avoir jamais été satisfaite. Le père explique que monsieur A a déjà un psychiatre, que les médicaments sont chaque fois augmentés et que ça ne change rien, que rien ne fonctionne. La famille est composée d'un père et d'une mère qui travaillent tous deux, séparés depuis plusieurs années, d'une fille aînée de 20 ans atteinte du même syndrome neurologique et qui ne poserait actuellement pas de problème. Le 2^e passage aux urgences, 3 mois auparavant, avait conduit à une escalade avec lancement d'une procédure d'expertise par la police à la demande des parents. Le 1^{er} passage aux urgences, 9 mois auparavant, avait conduit à l'augmentation du traitement médicamenteux sédatif par son psychiatre traitant.

Ce cas illustre certaines des difficultés quotidiennes rencontrées aux urgences, comme la réalité des équipes de se retrouver face à des situations qui ne relèvent pas du domaine de la psychiatrie, mais plutôt de situations de crise psychosociale, dans un contexte de tendance actuelle de la société à médicaliser et psychiatriser les problèmes sociaux, aux familles à exiger les soins qu'elles estiment nécessaires².

Dans l'état actuel de l'institution, de nombreuses questions porteuses de paradoxes restent en suspens : Comment traiter dans l'urgence quand il ne semble pas y avoir d'urgence ? Comment dépasser le symptôme quand le protocole de travail s'y attarde ? Comment et quand travailler l'analyse de la demande quand elle n'est pas questionnée à l'arrivée ? Comment sortir de la notion de « patient désigné » au sein d'une structure médicale qui demande l'inscription d'un patient pour se mettre au travail ? Comment prendre en charge un système si son entièreté n'est pas présente ? Comment le psychiatre en formation peut-il mener à bien sa mission ? Nous proposerons dans cet article de développer ces notions afin d'y apporter une réflexion qui se veut systémique, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients, dans ce cadre-ci des urgences psychiatriques d'un hôpital général. Nous aborderons les paradoxes institutionnels en lien avec le travail de prise en charge du patient aux urgences psychiatriques, paradoxes ici considérés au sens systémique du terme, c'est-à-dire, décrits comme des situations inextricables bloquant les relations entre les individus ou les individus eux-mêmes dans des comportements dysfonctionnels³.

L'ORGANISATION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

LE CONTEXTE INSTITUTIONNEL

Les urgences psychiatriques d'un hôpital général assurent une permanence d'offre de soins accessible, à visée rapide et efficace. L'équipe est intégrée au sein même des urgences médicochirurgicales et en collaboration avec celles-ci (unité de lieu et unité administrative). Certaines disposent de quelques lits d'hospitalisation provisoire (HP) de courte durée (24 h) permettant une réévaluation et une orientation plus précise et réfléchie du patient dans le réseau de soins⁴ ou l'apaisement de certaines situations de crise². L'équipe psychiatrique aux urgences est au minimum constituée d'un psychiatre, d'un psychologue et/ou d'un infirmier spécialisé en psychiatrie. La nuit il peut s'agir de la seule présence d'un psychiatre assistant en formation. La collaboration avec l'équipe médicochirurgicale et les prestataires de soins ambulatoires extérieurs est essentielle. Dans une perspective de réduction des hospitalisations en psychiatrie, d'autres structures de prise en charge dans l'urgence se sont développées⁵. Citons notamment l'existence de centres d'accueil et de crise proposant une prise en charge de moyenne durée de plusieurs consultations, d'équipes mobiles psychiatriques proposant des interventions de crise au domicile du sujet avec rencontre de l'entourage et du milieu de vie, d'unités d'accueil et d'orientation au sein d'hôpitaux psychiatriques².

L'URGENCE PSYCHIATRIQUE

L'urgence psychiatrique a pu être définie comme « une demande dont la réponse ne peut être différée, il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question qu'il s'agisse du patient, de l'entourage, du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique »⁶. Il s'agit donc au patient et le plus souvent à son entourage, de ressentir l'urgence psychiatrique, non comme aggravation d'un état sinon que comme sentiment de dépassement de sa capacité ou de celle de son entourage à le tolérer⁷. Les recherches ont amené à séparer la notion d'urgence psychiatrique en 2 groupes : la « psychiatrie en urgence » et les « situations de crise »^{4,8,9}.

LA PSYCHIATRIE EN URGENCE

Environ 30 % des passages aux urgences sont des situations de décompensation de pathologies psychiatriques avérées (troubles psychotiques, thymiques, anxieux...) habituellement pris en charge dans les services classiques de psychiatrie hospitalière ou ambulatoire et nécessitant une mise au point multidisciplinaire^{8,9}. L'objectif de soin est alors de maintenir ou de rétablir le processus thérapeutique⁴.

LES SITUATIONS DE CRISE

Environ 70 % des situations d'urgences psychiatriques sont des urgences ressenties, subjectives, ayant mené au concept de « crise » : le symptôme rapporté est d'apparence psychiatrique, mais ne se rapporte pas -ou pas encore- à un trouble psychiatrique. Il n'est à ce moment pas question de

poser un diagnostic psychiatrique, mais plutôt de répondre à une demande urgente et pressante d'un patient et le plus souvent de son entourage^{8,9}. L'agir pathologique est plus présent que la parole et il importe de traiter la demande sur le lieu de son expression, utilisant son intensité comme levier thérapeutique^{2,10}.

Entre ces deux pôles, notons l'existence de tableaux intermédiaires, avec un patient présentant un comportement d'apparence inadapté, pouvant être perçu comme une réponse adaptée à une situation intenable, compréhensible par son contexte d'émergence¹¹.

Le psychiatre des urgences est alors confronté à la réalité suivante : une grande partie des consultations ne semble ni urgente ni psychiatrique. Supposées être le recours ultime à des situations intenable, elles sont en fait bien souvent l'endroit de première ligne et de premier et seul contact avec la psychiatrie, dans la prise en charge de problèmes psychosociaux ne nécessitant pas la présence d'un psychiatre². L'entretien est plus directif que lors d'une demande de thérapie et l'urgence doit être utilisée comme moment propice durant lequel est abordé la situation de crise². La création d'une alliance thérapeutique au premier entretien est ici primordiale et à travailler comme objectif premier¹².

L'APPROCHE CLINIQUE

LA DEMANDE

Aux urgences psychiatriques, la demande ne vient pas forcément du patient. Et quand bien même, « il ne suffit pas qu'un sujet se présente seul à une consultation pour en conclure qu'il s'agit d'une demande individuelle »¹³.

Dans le cas envisagé, nous remarquons que bien que monsieur A soit le « patient désigné » par le système, il n'est pas porteur de la demande, qui émane de sa famille.

En tant que thérapeute, il est nécessaire d'être vigilant à l'impact d'une prise en charge et ceci dès la première rencontre, moment où tout est encore possible et qui demande de prendre le temps d'analyser une situation sans aller trop vite¹⁴. Le psychiatre se retrouve face à la difficulté de devoir « faire tourner » les urgences psychiatriques avec une prise en charge qui se voudrait rapide et efficace et de prendre le temps nécessaire à chaque patient afin d'analyser une situation et réfléchir à l'impact et la fonction de chaque acte, à visée thérapeutique.

L'ORIGINE DE LA DEMANDE

Aux urgences, nous pouvons distinguer les demandes (qui semblent) individuelles et les demandes d'un sujet pour un autre, alors « patient désigné ». Le patient est vu seul dans un premier temps dans la majorité des cas. S'il apparaît qu'il ne semble pas s'agir d'une urgence psychiatrique, que la demande est floue ou semble venir de l'entourage, que le patient est accompagné, qu'il semble y avoir inadéquation entre la demande et le lieu de consultation, l'entretien se fait de préférence dans un second temps avec les accompagnateurs ou « demandeurs ». Il arrive que la demande spontanée du patient seul soit un entretien de famille.

Parmi les accompagnateurs les plus fréquemment rencontrés aux urgences retenons les familles, les amis, les soignants, les policiers, les voisins. Nous ferons la distinction entre « demandeur » et « référent », ce dernier étant celui qui envoie la personne qui demande de l'aide, donc pouvant être à l'origine du choix du lieu de la consultation.

La question de comment le patient est-il arrivé aux urgences est alors posée. Qui a contacté l'ambulance, qui a appelé la police, qui a envoyé le patient et sa famille aux urgences psychiatriques ? Comment l'entourage a-t-il pris connaissance d'un passage à l'acte réalisé en son absence ? Le fait de ne pas venir de sa propre initiative est à prendre en considération afin de ne pas risquer pour le soignant de se poser comme marionnette exécutant l'ordre du référent. Il s'agit alors pour le soignant de questionner la raison pour laquelle le référent a cru bon d'envoyer la personne aux urgences¹⁴. Si le référent n'avait pas proposé de venir aux urgences, où et vers qui la personne serait-elle allée ?

Si la situation le permet, il est conseillé de faire un 1^{er} entretien de triangulation comprenant le patient, l'équipe psychiatrique et l'envoyeur. Par exemple, le somaticien des urgences pourra expliquer ou infirmer une cause organique et la raison de sa demande d'aide psychiatrique ou psychologique pour une plainte initialement somatique². Différencier les rôles et définir les relations semble fondamental pour que l'intervention puisse être vécue comme thérapeutique. Si c'est le médecin généraliste qui est l'envoyeur, quel message implicite ou explicite a-t-il donné au patient ? Il est important de contacter celui-ci lors de la prise en charge, si possible en présence du patient, afin d'entendre son point de vue et d'expliquer les propositions de l'équipe, d'autant plus si celles-ci sont différentes de celles attendues. Ces questions vont permettre à l'intervenant de mieux cerner les personnes avec lesquelles il pourra faire alliance dans son travail et dans quel espace thérapeutique il pourra circuler¹⁴. Lors d'une expertise psychiatrique il est intéressant de questionner les policiers sur la raison de leur venue en présence du patient, pour observer la réaction de ce dernier et se différencier de l'envoyeur.

LES ÉLÉMENTS DE LA DEMANDE

Dans une optique systémique, la demande est un élément crucial dont les éléments peuvent être dispersés au sein de l'entière du système. L'analyse des éléments de la demande peut se faire en 3 étapes¹³ :

- Le symptôme, témoin du conflit ;
- La souffrance qui en découle ;
- L'allégation (terme qui signifie mettre en avant, se prévaloir, s'appuyer sur, invoquer), la démarche menant à la demande d'aide.

Pour explorer les éléments de la demande au sein d'un groupe familial, les questions pourraient être : « Qui pose le plus de problème à la famille actuellement ? » pour le symptôme ; « Qui, pensez-vous, souffre le plus de la situation ? » pour la souffrance ; « Qui se montre le plus préoccupé par la situation ? » pour l'allégation. Ces questions, posées à chaque membre du système, donnent par leurs réponses et les réactions qu'elles déclenchent chez les différents membres des indications sur le fonctionnement du groupe. Des informations surgissent dans des familles où la communication est difficile voire

interrompue¹³. La dispersion des éléments de la demande est une bonne indication d'entretiens de famille, voire de thérapie familiale. Dans une situation où y a clivage entre symptôme et souffrance, le symptôme peut faire l'objet d'une interprétation, d'une menace pour le groupe familial. Les familles concernées sont décrites comme pathologiquement fragiles, au fonctionnement rigide, peu aptes au changement. Le risque pour le soignant est de se sentir sur la touche ou absorbé par le fonctionnement familial, prenant la place de « régulateur du système »¹³. Le sujet porteur du symptôme devient le « patient désigné » par le système, comme s'il fallait supprimer le symptôme pour que tout rentre dans l'ordre. Dans un système institutionnel où l'on ne peut inscrire qu'une personne à la fois aux urgences, la famille doit donc choisir celui qu'elle identifie comme posant le problème, voire étant le problème, comme nécessitant une prise en charge psychiatrique, comme devant changer, afin de maintenir l'homéostasie du système familial.

Si nous reprenons les éléments de la demande dans le cas présenté, nous trouvons : un jeune homme qui présente des symptômes ; un père et une mère qui en souffrent ; un père qui demande de l'aide. L'allégation vient ici du père qui présente le problème ainsi : son ex-femme et lui sont à bout, leur fils est de plus en plus agressif envers eux durant les gardes partagées du week-end, ils font le tour des gardes psychiatriques toutes les semaines pour demander de l'aide. Les démarches de la famille pour ce patient qui « pose problème » sont décrites comme de plus en plus nombreuses, désespérées et inefficaces. Le patient exprime souffrir à cause de la situation à l'école, de par le rejet des autres élèves, lieu où il ne présente aucune difficulté de comportement, ce qui déconcerte le père.

Obéir à la demande de la famille est parfois impossible, elle ne respecterait pas le choix du patient, ni le cadre de la loi, par exemple lors d'une expertise psychiatrique d'un patient qui ne présenterait aucun trouble mental décompensé. Il ne s'agit pas non plus de convaincre un patient de se faire hospitaliser, la psychiatrisation pouvant devenir le problème, menant la famille dans un circuit chronicisant, surtout si aucun travail avec la famille n'est réalisé¹³.

Méta-communiquer sur les paradoxes que contient la demande d'aide semble intéressant. Le risque d'accepter l'hospitalisation est de faire croire à la famille qu'elle est le lieu pathogène et que l'institution est le lieu qui va guérir le patient, le message étant « changeons-le sans changer sa famille ». Néanmoins, si le patient change trop, il risque d'obliger sa famille à changer¹⁴. Si le patient va mieux en étant hospitalisé, il risque de confirmer la toxicité de sa famille et de se trouver coincé dans un problème de loyauté¹⁵. Qu'est-ce qu'accepter l'hospitalisation signifiera pour l'entourage ?

Lorsque les demandes du patient et de son entourage sont opposées, le risque pour l'intervenant est de se retrouver dans une impasse. Faut-il obéir à la famille et rompre l'alliance thérapeutique avec le patient ou faut-il écouter le patient et recevoir les foudres de la famille qui ira consulter une autre institution qui pourra répondre à sa demande ?²

LES FORMES DE LA DEMANDE

La particularité de la demande du patient aux urgences est qu'elle exige une réponse immédiate². Dans une approche constructiviste, plusieurs classifications de formes de la

demande sont proposées, variant selon le modèle utilisé par l'observateur. Si la lecture est causale, l'effet thérapeutique recherché est prédictible. Si la lecture est systémique, on veut provoquer un changement dont l'effet n'est pas prédictible étant donnée la complexité des systèmes humains que l'on rencontre et d'autres paramètres que la plainte sont alors pris en compte.

Selon une lecture causale linéaire prédictible, le comportement d'une personne provoque le changement d'état d'une autre personne. Le traitement consisterait à identifier la cause pour modifier l'état. Lors d'une demande individuelle, il s'agirait par exemple d'identifier que le patient est agressif à cause d'une anxiété exacerbée et de prescrire des médicaments anxiolytiques. Le risque de cette lecture est la répétition et l'escalade thérapeutique qui en découlent. Si le traitement ne suffit pas, il sera augmenté ou changé, si cela ne suffit pas, le patient sera hospitalisé, puis il rentrera chez lui et le scénario se répètera, avec une incidence sur sa santé physique, mentale et sociale.

Lors d'une demande familiale, il s'agirait par exemple d'éloigner le fils malade pour le soigner et soulager la famille ou d'éloigner le fils souffrant pour le soulager de sa famille malade. Le risque est que la famille continue de se plaindre de telle ou telle autre chose et attende une modification en réponse à sa demande et d'entrer dans un circuit répétitif¹⁶. Cette lecture s'attarde sur le symptôme pour le faire disparaître, avec le risque de voir apparaître un autre symptôme.

Selon une lecture causale circulaire prédictible, on peut par exemple voir le comportement du fils comme réponse au comportement du père, lui-même réponse au comportement de la mère, elle-même réponse au comportement du fils. On peut observer leurs interactions et tenter d'y voir des problèmes de communication redondants, comme cause du problème actuel³.

Le père explique que son fils pique des crises de colère à la maison lorsqu'il n'est pas satisfait, la famille se rend aux urgences et le fils s'apaise, ils rentrent à la maison et cela dure quelques jours avant qu'il ne recommence. Dans la demande de la famille le paradoxe suivant peut être observé : on demande une hospitalisation pour traiter un comportement qui n'existe qu'à la maison afin qu'il ne soit plus présent au retour à la maison. Une hypothèse de fonction des demandes récursives est la fascination des intervenants autour d'un problème les éloignant de la question de l'importance du groupe familial. La fonction de cette répétition pour la famille serait dans l'arrêt du temps afin d'empêcher tout événement non prédictible¹⁶.

Avec leur demande d'hospitalisation de monsieur A, les parents semblent attendre du soignant qu'il reconnaisse la validité de leur fonctionnement. La famille semble rejeter qui n'est pas d'accord avec elle et donner beaucoup d'importance voire surestimer les pouvoirs de monsieur A dont on perçoit difficilement qu'il puisse être un réel danger pour lui-même ou autrui. Ce dernier semble quant à lui flatté voire amusé de cet « hommage » et intérêt qu'il déploie facilement autour de lui. Il lui suffit de prendre dans ses mains des ciseaux pour déclencher le plan catastrophe familial de venue aux urgences. Le père avoue lui-même qu'il ne pense pas son fils capable de passer à l'acte, mais que ce nouveau jeu ne l'amuse pas.

Selon une lecture systémique non prédictible, dans un

groupe familial, le changement d'un des membres impose le changement des autres membres. Par exemple, l'adolescence d'un enfant comme crise endogène pour la famille constitue en elle-même un besoin de changement du système et de redéfinition des relations au sein du groupe.

La rigidité et la peur du changement sont ainsi vues comme un signe de souffrance familiale, plus que comme cause du problème. Si l'on voit cette crise comme une période de transition correspondant à une étape de vie, le fils peut être perçu comme celui qui se dévoue pour se présenter comme cause des difficultés¹³. *Dans cet exemple, plusieurs éléments peuvent faire penser à une crise familiale : le début à l'adolescence, la dépendance familiale, l'absence de demande individuelle, la forte inquiétude de la famille, l'échec des prises en charge individuelles¹³.* Le comportement du patient est alors désigné comme signe que quelque chose chez lui ne va pas et cause son comportement et la souffrance du groupe. Le symptôme est alors retiré de son contexte et n'est pas sujet à négociations. Le changement est refusé en niant sa nécessité. La famille ne refuse pas seulement de changer, elle nie le besoin de changer¹³. L'homéostasie familiale en danger, avec une demande paradoxale, la famille s'assure de protéger son groupe de tout changement lié au passage du temps. Rencontrer le groupe, questionner le moment de la consultation et le contexte de crise apparaît important et relever d'une lecture plus systémique, car contextuelle.

Faire une demande d'aide extérieure paradoxale, par exemple d'hospitalisation d'un patient qui ne présente des problèmes qu'à la maison, c'est pour la famille d'une part ne pas tenter de s'auto-organiser et d'autre part se préserver dans l'appartenance et l'identité groupale^{11,16}. La famille partage des croyances, des caractéristiques, avec une répartition des rôles et des fonctions de chacun au sein du système. L'identité groupale formée par les mythes de la famille permet sa cohésion et sa différenciation du monde extérieur. Les rites familiaux sont des conduites répétitives permettant le maintien et le renforcement du mythe familial. La pathologie est vue comme liée à la transgression des règles d'appartenance et sera interprétée comme une tentative du système familial pour préserver son identité, comme une solution pour le groupe afin d'augmenter sa densité. La famille préfère comprendre son incapacité à résoudre le problème comme signe que le porteur du symptôme a un problème psychiatrique. La relation avec les soignants a pour fonction de renforcer le groupe en obtenant des explications pathologiques des troubles du patient¹¹.

LE LIEU DE LA DEMANDE

Choisir les urgences peut interpeller les intervenants, pourquoi ce choix, pour quelles attentes, pour quelles demandes ? Pourquoi revenir au même endroit quand les consultations précédentes ont été décevantes ? Le choix du lieu détermine déjà, par le message implicite livré, le domaine que le soignant peut investiguer et l'intuition d'un risque si l'on passe à un autre domaine d'exploration¹⁴. Consulter aux urgences pour une situation de crise qui mériterait qu'on prenne du temps avec la famille, c'est peut-être ne pas vouloir risquer d'explorer des sujets trop sensibles pouvant mettre en danger le système. Le lieu de la demande incite à chercher le lien entre la fonction du symptôme pour la famille et le choix du lieu de consultation.

LE MOMENT DE LA DEMANDE

Il importe de questionner le moment de la demande afin de cerner la problématique, le degré d'urgence, le contexte et le cycle de vie que traverse la famille. Pourquoi venir aux urgences aujourd'hui ? Quel aurait été le risque de ne pas venir aux urgences aujourd'hui ? Par exemple, dans un conflit conjugal, il importe de se demander si le contexte est celui de la psychothérapie ou de la justice, si un des deux partenaires consulte pour alimenter le dossier de son avocat. Une mère qui viendrait demander de l'aide pour son enfant serait-elle perçue comme incompétente par l'autre parent ou l'avocat de celui-ci ?¹⁷

LE SYMPTÔME

LA DÉFINITION DU SYMPTÔME

Nous pouvons voir le symptôme présenté par un patient comme un signal d'alarme qui indique chez chaque membre de la famille un profond malaise¹⁸. Le symptôme peut être perçu comme l'expression d'une souffrance, entendue comme liée au fait d'être dans une position intenable à l'intérieur d'un jeu relationnel¹. Le symptôme peut être vu comme le compromis paradoxal résultant d'une incompatibilité entre des finalités individuelles et des finalités familiales¹⁰, comme une réponse à une attente implicite ou inconsciente de l'autre. Il est souvent intéressant de définir le symptôme avec les personnes présentes, le remettre dans son contexte, se demander où est l'urgence et souligner son effet douloureux sur l'entièreté du système.

LA FONCTION DU SYMPTÔME

Lorsque monsieur A s'énerve à la maison, son père l'amène aux urgences et contacte sa mère pour qu'elle le rejoigne, une fois devant le psychiatre le patient adopte un comportement infantile, demande à retourner à la maison et que l'on voit ses parents. Le couple parental se reforme l'espace d'un instant aux urgences.

Quelle est la fonction du symptôme pour le patient et pour son entourage ? Nous pouvons envisager la venue de la famille aux urgences comme une tentative de rétablir un équilibre menacé ou rompu ayant provoqué l'aggravation du patient désigné. D'un point de vue systémique, la fonction du symptôme serait de préserver l'unité du groupe¹.

Monsieur A a déjà plusieurs suivis individuels en cours, la famille se présente presque tous les week-ends aux urgences pour demander une hospitalisation qu'elle n'obtient pas. Toute l'attention de la famille semble pour l'instant focalisée sur ce symptôme qui la mobilise chaque week-end aux urgences psychiatriques.

La question de la fonction du symptôme amène à la question de la fonction de la demande, de la consultation (et de la répétition). La fonction de la répétition des passages aux urgences : sorte de thérapie familiale non assumée, lieu d'expression de la famille ? La famille ne vient pas au complet, rencontre des intervenants chaque fois différents, pour des entretiens réalisés dans l'urgence, jugés décevants, mais durant lesquels elle exprime une souffrance. Les questions trop

sensibles ne sont pas abordées, on s'attarde sur le symptôme et le patient désigné, on ne voit pas la famille en entier.

Le symptôme, plutôt que d'être vu comme cause des difficultés, peut être envisagé comme une forme de solution pour une famille fragile et rigide dont l'équilibre est en danger¹⁸. La fonction du symptôme rendra alors compte de son rôle dans le système et de la fonction du patient désigné.

LE SENS DU SYMPTÔME

Nous pouvons questionner le sens du symptôme pour chacun des membres de la famille, ainsi que le sens de sa répétition, de la répétition de leur demande d'aide. L'agir au lieu du dire est signe que quelque chose se passe dont on ne peut parler². C'est comme si la famille était menacée par le risque du patient de s'exprimer ; menace de différenciation, de culpabilisation, de sortir d'un rôle, de lever une malédiction¹⁴.

LE PATIENT DÉSIGNÉ

L'hypothèse systémique est que la famille a besoin de produire un patient désigné, tout comportement nouveau ou exigence étant interprété en termes de pathologie « il s'énerve pour rien, quelque chose chez lui ne tourne pas rond, il devient fou ». Si le patient désigné est traité individuellement, la situation peut s'améliorer, mais risque tôt ou tard de se répéter, ou de se reporter sur un autre enfant. Au-delà des soucis propres à l'adolescence, ce qui serait ici en jeu est la menace qu'ils constituent pour l'homéostasie familiale. La famille refuserait tout changement, pourtant naturel, car lié aux cycles de vie, ici le passage à l'âge de maturité sexuelle des enfants, afin de maintenir son homéostasie¹³. Que craint la famille ?

Monsieur A est un jeune homme de 17 ans, la famille rapporte qu'il présente des symptômes depuis 9 mois. Sa grande sœur de 3 ans son aînée, porteuse de la même maladie génétique, présentait les mêmes problèmes au même âge et n'en pose plus depuis 1 an, autrefois c'était elle la « patiente désignée » qui posait problème. Lorsqu'il y a changement de patient désigné au sein d'une famille, on peut voir le symptôme présenté comme sacrifice afin de soulager le précédent patient. A qui le nouveau comportement rend-il service dans une famille qui a besoin d'un patient désigné pour exister ?

Devant l'impuissance du psychiatre à répondre à leur demande, les parents s'énervent et arrivent à convaincre la police de lancer une demande d'expertise psychiatrique afin que monsieur A soit hospitalisé sous contrainte en psychiatrie. Les critères de la loi n'étant pas réunis, l'expertise sera négative. Nous pourrions être tentés de voir le fonctionnement familial comme cause des difficultés du patient identifié. Pourtant, l'hypothèse est que la fonction du patient désigné soit d'éviter à la famille d'éclater ou d'entrer en conflit. Certaines familles semblent nécessiter avoir un « patient identifié » pour rester à l'état d'équilibre. Le risque pour le praticien est d'entrer dans le conflit, c'est-à-dire de prendre parti pour l'un ou l'autre des membres du groupe. Imaginer qu'une des personnes du groupe est la cause des problèmes participe à une logique linéaire qui risque de renforcer le système lui-même. « La famille est considérée comme un ensemble d'individus en interaction où chacun agit et est agi par les autres »¹³. Si l'on ne travaille pas avec la

famille et qu'on traite le patient désigné comme tel, le risque est à la chronicisation, la psychiatrisation du patient, l'escalade thérapeutique, la pathologisation et l'exclusion du patient par la famille¹³.

L'intérêt de l'approche systémique de se passer d'un malade désigné est qu'elle éviterait également un processus de culpabilisation. Il faut tenter de montrer à la famille qu'il s'agit d'un phénomène global, d'une phase de vie difficile à aborder pour tous les membres de la famille, où l'un d'entre eux se dévoue pour se présenter comme cause des difficultés¹³. Au sein d'une structure médicale qui demande l'inscription d'un patient pour se mettre au travail, le patient désigné par son système familial, même s'il ne présente pas de trouble psychiatrique, sera vu et traité par l'équipe psychiatrique, aura un dossier médical « psychiatrique » informatisé au sein de l'institution. S'il ne garde pas son statut de patient au sein de sa famille éternellement, il risque par contre de le garder au sein de l'institution consultée et d'être étiqueté « patient psy » le restant de sa vie, avec les risques inhérents à la stigmatisation des patients psychiatriques sur leur prise en charge.

LE SYSTÈME FAMILIAL PRÉSENT ET ABSENT

Il est utile de questionner qui accompagne le patient à l'hôpital et dans quel but, quels sont les absents et pour quelle raison. Le patient serait-il venu aux urgences si sa famille ne l'y avait mené ? *Nous remarquons l'absence de la grande sœur de monsieur A, elle qui aurait pu nous donner des éclairages sur cette situation qu'elle a apparemment vécue il y a quelques années et qui serait résolue.* Comment peut-on aider le système en l'absence de certains membres ? A l'inverse, il peut être important de réfléchir à la signification d'une personne qui se présenterait seule pour une problématique familiale, se débat-elle pour avoir un jardin secret ou s'exposerait-elle et se remettrait-elle en question pour protéger sa famille¹⁴ ?

CONCLUSION

Lorsque nous rencontrons un patient aux urgences psychiatriques il est important de prendre le temps d'analyser sa demande et de rencontrer l'entourage, d'autant plus si les éléments de la demande sont dispersés au sein du groupe familial. Afin de ne pas être trop « absorbé » par un système en crise angoissé à son paroxysme aux urgences, cette rencontre se fera de préférence à au moins deux intervenants. Le psychiatre qui travaille seul devrait pouvoir proposer à la famille un rendez-vous de « post-crise » ou « d'intervention de crise » où tous les membres du système familial sont conviés et plusieurs intervenants présents pour travailler l'analyse de la demande et de la crise², fixant par la même occasion eux-mêmes le cadre thérapeutique et ses modalités. Un dispositif permettant une intervention de crise devrait exister au sein même des urgences, la majorité des situations de crise ne pouvant être abordées en un seul entretien et l'envoi en consultation n'aboutissant dans seulement 10 % des cas⁸. Néanmoins, nombre est de constater que toutes les structures d'urgences ne comportent ni centre de crise, ni équipe mobile pouvant permettre une prise en charge de plusieurs entretiens d'intervention. Laisser un psychiatre seul traiter l'urgence sans travail de crise risque d'augmenter le nombre d'hospitalisations en psychiatrie et de réponses linéaires². Poser dès le moment de l'accueil à l'hôpital la question de la demande permettrait de mettre le patient dans une position active et co-constructive dès son arrivée. Le temps d'attente avant la rencontre avec le psychiatre (attente parfois prolongée dans la salle d'attente des urgences de l'hôpital) pourrait ainsi être utilisée comme moment de réflexion et d'élaboration par le patient autour de sa demande d'aide, plutôt que de le laisser centré sur son symptôme. De plus, donner des informations claires dès l'arrivée aux patients dont les demandes ne seraient pas appropriées au travail des urgences (prescriptions, certificats, cures de sevrage...) pourrait permettre d'atténuer leur frustration et de les préparer aux propositions thérapeutiques possibles qu'ils recevront. Interroger l'origine de la demande dès l'accueil permettrait également de laisser la possibilité de maintenir le système entier et présent durant la durée de la prise en charge et d'éviter à l'équipe psychiatrique de se retrouver face à un patient seul déposé par une famille partie et désengagée du processus thérapeutique ; famille qu'il faut parfois contacter et convoquer au détriment d'une augmentation du temps de séjour aux urgences du patient. Lors de situations peu ou pas psychiatriques, telles que des crises familiales, pouvoir inscrire le système présenté pour une consultation psychothérapeutique d'intervention de crise permettrait de ne pas recourir à l'étiquetage d'un patient identifié. Face à une majorité de situations de crise aux urgences, il apparaît utile de sensibiliser les membres de l'équipe psychiatrique au travail avec les familles et les couples et de faciliter leur rencontre. La perception de la psychiatrie par les soignants et les patients reste à interroger, dans un premier temps de réflexion, quant aux représentations de ce qu'est une urgence psychiatrique. A notre sens, bien que l'approche systémique permettrait de répondre plus efficacement aux situations de crise familiale que l'on rencontre aux urgences, de nombreux changements institutionnels sont nécessaires pour pouvoir l'implémenter. Il nous semblerait utile de sensibiliser et former les acteurs institutionnels afin de réfléchir à la faisabilité de ces modifications. Certains hôpitaux se sont déjà souciés de cette problématique², mais nous pensons essentiel d'étendre la réflexion à l'ensemble des institutions proposant un service d'urgences psychiatriques.

RÉFÉRENCES

1. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Ceccin G, Prata G. Paradoxe et contre-paradoxe. ESF ; 1978.
2. De Clercq M. L'intervention de crise, une réponse au changement de la pratique psychiatrique et de la demande du patient. Rapport de santé mentale au Québec ; 1991.
3. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD, Morche J. Une logique de la communication. 1972.
4. Boiteux C, Clostre M, Querel C, Gallarda, T. Urgence psychiatrique. EMC-Psychiatrie 2004 ;1(1) : 87-104.
5. De Clercq M. L'intervention systémique pour répondre aux urgences psychiatriques. Thérapie familiale. 1988 ; 9(3) : 231-46.
6. Horassius N, Sergent N, d'Amore AR. Quelles évaluations pour les urgences psychiatriques. Paris : Startup ; 1993 : 3-17.
7. Walter M, Genest P. Réalités des urgences en psychiatrie, L'information psychiatrique. 2006 ; 7 (Volume 82) : 565-70.
8. De Clercq M, Ferrand I, Andreoli A. Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences. Encycl Med Chir. 1996.
9. De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. De Boeck université ; 1997.
10. Ausloos G. La compétence des familles : temps, chaos, processus. Érès ; 1995.
11. Neuburger R. Exister : le plus intime et fragile des sentiments. Éditions Payot, 2014.
12. Andreoli A, Lalive J, Garrone G. Crise et intervention de crise en psychiatrie. Simep ; 1986.
13. Neuburger R. L'autre demande, psychanalyse et thérapie familiale. PBP ; 1984.
14. Tilmans-Ostyn E, Meynckens-Fourez M. La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande. Thérapie familiale. 1987 ; 8(3) : 229-46.
15. Boszormenyi-Nagy, I. Spark., G.M. *Invisibles Loyalties*. 1973. New York, Harper and Row.
16. Neuburger R. Le mythe familial. ESF éd. 1995 : 19-27, 147-53.
17. Meynckens-Fourez M, Henriquet-Duhamel MC. Dans le dédale des thérapies familiales : Un manuel systémique. Érès ; 2005, 2014.
18. Andolfi M. La forteresse familiale : un modèle de clinique relationnelle. Dunod ; 1985.

AUTEUR CORRESPONDANT

HEIDI ROLIN

E-mail : heidi.rolin@gmail.com

INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

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

Les manuscrits seront adressés par voie électronique uniquement à :

redaction@srmmmb.be

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

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

Les textes doivent être dactylographiés, sans mise en page personnalisée, en double interligne (environ 300 mots par pages) et seulement au recto des feuilles qui seront numérotées. Les abréviations devront répondre aux normes internationales et être explicitées lors de leur première apparition dans le texte. Tous les médicaments mentionnés doivent être cités selon leur dénomination commune internationale.

1^e page : La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution (hôpital, laboratoire, ...) + le nom de l'auteur correspondant avec l'adresse de correspondance et numéros de téléphone, de fax et adresse e-mail.

2^e page : La deuxième page contiendra le résumé (en français, anglais et néerlandais), ainsi que 3 à 4 mots-clés en anglais repris dans *l'Index Medicus*. Les résumés ne doivent pas dépasser dix lignes chacun et rappelleront les méthodes utilisées, les résultats et les principales conclusions.

Pour les pages suivantes : l'article et la bibliographie.

Les références bibliographiques apparaîtront dans le texte sous forme de nombre placé en exposant renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de la norme Vancouver ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 6 premiers et faire suivre de « et al. ».

Article : Auteur(s). Titre de l'article. Titre abrégé du journal. Année ; Numéro du volume et date (numéro du fascicule ou Issue) : page début-page fin.

Ouvrage : Auteur(s). Titre du livre. Mention de réédition (si elle existe). Lieu d'édition : maison d'édition ; Année de publication.

Chapitre d'un ouvrage : Auteur(s). Titre du chapitre. In : auteur(s) ou éditeur(s) scientifique(s) de l'ouvrage. Titre de l'ouvrage. Ville d'édition : maison d'édition ; année de publication : page début-page fin.

Site internet : Auteur(s) (organisme ou auteur personnel dans le cas d'une page personnelle). Date de consultation (jour, mois, année). Titre de la page d'accueil. Adresse URL.

La référence à des abstracts sera citée en note de bas de page.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les tableaux et figures comporteront une légende courte et compréhensible sans référence au texte et seront désignés dans le texte par leur numéro en chiffres. Ils seront envoyés dans un **dossier séparé de l'article en word**, les figures (photos, graphiques) seront fournies **uniquement en format JPEG**.

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

NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.



Le seul médicament administré 4x par an pour le traitement de la schizophrénie¹

Indication: Trevicta® (palmitate de palipéridone), injection trimestrielle, est indiqué dans le traitement d'entretien de la schizophrénie chez les patients adultes cliniquement stables sous Xepion, le palmitate de palipéridone en injection mensuelle.

DISPONIBLE ET REMBOURSÉ EN CAT B

1: RCP Trevicta

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT: TREVICTA 175 mg, suspension injectable à libération prolongée, TREVICTA 263 mg, suspension injectable à libération prolongée, TREVICTA 350 mg, suspension injectable à libération prolongée, TREVICTA 525 mg, suspension injectable à libération prolongée. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE:** 175 mg, suspension injectable à libération prolongée. Chaque seringue préremplie contient 273 mg de palmitate de palipéridone équivalent à 175 mg de palipéridone. 263 mg, suspension injectable à libération prolongée. Chaque seringue préremplie contient 410 mg de palmitate de palipéridone équivalent à 263 mg de palipéridone. 350 mg, suspension injectable à libération prolongée. Chaque seringue préremplie contient 546 mg de palmitate de palipéridone équivalent à 350 mg de palipéridone. 525 mg, suspension injectable à libération prolongée. Chaque seringue préremplie contient 819 mg de palmitate de palipéridone équivalent à 525 mg de palipéridone. **FORME PHARMACEUTIQUE:** Suspension injectable à libération prolongée. La suspension est de couleur blanche à blanc cassé. La suspension est de pH neutre (environ 7,0). **Indications thérapeutiques:** TREVICTA, injection trimestrielle, est indiqué dans le traitement d'entretien de la schizophrénie chez les patients adultes cliniquement stables sous injections mensuelles de palmitate de palipéridone. **Posologie et mode d'administration:** Posologie: TREVICTA peut être instauré chez les patients traités de manière appropriée par injections mensuelles de palmitate de palipéridone (de préférence quatre fois par an) qui ne nécessitent pas d'ajustement de dose. TREVICTA doit être initié à la place de la prochaine injection mensuelle de palmitate de palipéridone planifiée (± 7 jours). La dose de TREVICTA doit être calculée sur la base de la précédente dose de palmitate de palipéridone mensuel en utilisant une dose 3,5 fois plus élevée comme indiqué dans le tableau suivant: **Doses de TREVICTA pour les patients traités de manière appropriée par injections mensuelles de palmitate de palipéridone: Si la dernière dose de l'injection mensuelle de palmitate de palipéridone est de >= initier TREVICTA à la dose suivante:** 50 mg > 175 mg, 75 mg > 263 mg, 100 mg > 350 mg, 150 mg > 525 mg. En l'absence d'étude, il n'existe pas de dose équivalente de TREVICTA pour la dose de 25 mg de l'injection mensuelle de palmitate de palipéridone. Suite à la dose initiale de 150 mg, TREVICTA doit être administré une fois par trimestre via injection intramusculaire (± 2 semaines, voir également la rubrique Oubli de dose). Si nécessaire, l'ajustement de dose de TREVICTA peut être effectué tous les 3 mois par paliers dans l'intervalle de dose recommandé allant de 175 mg à 525 mg, en fonction de la tolérance individuelle du patient et/ou de l'efficacité. En raison de la longue durée d'action de TREVICTA, la réponse du patient à un ajustement de dose peut ne pas être observée avant plusieurs mois. Si les symptômes du patient persistent, ils devront être pris en charge selon la pratique clinique. **Substitution à partir d'autres médicaments antipsychotiques:** TREVICTA doit être uniquement utilisé après que le patient ait été traité de manière appropriée par injections mensuelles de palmitate de palipéridone de préférence pendant quatre mois ou plus. **Substitution de TREVICTA par un autre médicament antipsychotique:** En cas d'arrêt du traitement par TREVICTA, ses caractéristiques de libération prolongée devront être prises en compte. **Substitution de TREVICTA par une injection mensuelle de palmitate de palipéridone:** Lors de la substitution de TREVICTA par une injection mensuelle de palmitate de palipéridone, l'injection mensuelle de palmitate de palipéridone doit être administrée à la place de la prochaine dose de TREVICTA en utilisant une dose 3,5 fois plus faible comme indiqué dans le tableau suivant. Le schéma d'initiation décrit dans l'information produit de l'injection mensuelle de palmitate de palipéridone n'est pas nécessaire. L'injection mensuelle de palmitate de palipéridone pourra être ajustée tous les mois comme décrit dans son information produit. **Doses mensuelles de palmitate de palipéridone pour les patients lors de la substitution de TREVICTA: Si la dernière dose de TREVICTA est de >= initier l'injection mensuelle de palmitate de palipéridone 3 mois plus tard, à la dose suivante:** 175 mg > 50 mg, 263 mg > 75 mg, 350 mg > 100 mg, 525 mg > 150 mg. **Substitution de TREVICTA par les comprimés à libération prolongée de palipéridone orale:** Lors de la substitution de TREVICTA par les comprimés à libération prolongée de palipéridone, l'administration quotidienne des comprimés à libération prolongée de palipéridone doit débuter 3 mois après la dernière dose de TREVICTA et le traitement par les comprimés à libération prolongée de palipéridone doit être poursuivi comme indiqué dans le tableau ci-dessous. Le tableau suivant fournit les schémas d'équivalence de doses recommandés permettant aux patients précédemment stabilisés aux différents doses de TREVICTA d'attendre une exposition à la palipéridone similaire avec les comprimés à libération prolongée de palipéridone. **Doses des comprimés à libération prolongée de palipéridone pour les patients lors de la substitution de TREVICTA: Dernière dose de TREVICTA (Semaine 0) - Semaine après la dernière dose de TREVICTA. Dose quotidienne de palipéridone en comprimés à libération prolongée de:** Semaine 12 à Semaine 18 incluse > Semaine 19 à Semaine 24 incluse > A partir de la Semaine 25 à 175 mg > 3 mg, 3 mg, 3 mg, 263 mg > 3 mg, 3 mg, 6 mg, 350 mg > 3 mg, 6 mg, 9 mg, 525 mg > 6 mg, 9 mg, 12 mg. (*Toutes les doses de palipéridone en comprimés à libération prolongée en prise par jour doivent être individualisées pour chaque patient, en tenant compte des variables comme les raisons de substitution, la réponse au précédent traitement par palipéridone, la sévérité des symptômes psychotiques, et/ou la prescription aux effets secondaires.) **Oubli de dose: Schéma d'administration en cas d'oubli de dose:** TREVICTA doit être injecté une fois tous les 3 mois. Afin d'éviter l'oubli de dose de TREVICTA, les patients pourront recevoir l'injection jusqu'à 2 semaines avant ou après le délai de 3 mois. **Oubli de dose: Si une dose prévue est oubliée et si le délai depuis la dernière injection est:** Action > 32 mois jusqu'à 4 mois: L'injection doit être administrée dès que possible, puis il faudra recommencer le calendrier d'injection trimestrielle. **entre 4 mois et 9 mois:** Suivre le schéma posologique de réinitiation recommandé dans le tableau ci-dessous. **> 9 mois:** Réinitier le traitement par une injection mensuelle de palmitate de palipéridone tel que décrit dans l'information produit pour ce produit. TREVICTA pourra être repris après que le patient ait été traité de manière appropriée par injections mensuelles de palmitate de palipéridone de préférence pendant quatre mois ou plus. **Schéma posologique recommandé de réinitiation en cas d'oubli de dose de TREVICTA entre 4 mois et 9 mois: Si la dernière dose de TREVICTA était de - Administrer deux doses à une semaine d'intervalle de palmitate de palipéridone mensuel (injection dans le muscle deltoïde); Jour 1, Jour 9 - Puis administrer TREVICTA (dans le muscle deltoïde) ou fessier); 1 mois après Jour 8, 175 mg > 50 mg, 263 mg > 75 mg, 350 mg > 100 mg, 525 mg > 150 mg, 100 mg > 525 mg. (La voir également l'information destinée aux professionnels de santé concernant le choix de l'aiguille pour injection dans le muscle deltoïde en fonction du poids corporel.) **Populations particulières: Patient âgé:** L'efficacité et la sécurité chez les patients âgés de plus de 65 ans n'ont pas été établies. En général, la posologie de TREVICTA recommandée pour les patients âgés présentant une fonction rénale normale est la même que celle des patients adultes plus jeunes dont la fonction rénale est normale. Toutefois, certains patients âgés pouvant avoir une fonction rénale diminuée, voir **Insuffisance rénale** ci-dessous pour les recommandations posologiques chez les patients présentant une insuffisance rénale. **Insuffisance rénale:** TREVICTA n'a pas été étudié de manière systématique chez les patients présentant une insuffisance rénale. Chez les patients présentant une insuffisance rénale légère (clairance de la créatinine < 50 < 80 ml/min), les doses de palmitate de palipéridone mensuel doivent être adaptées et le patient stabilisé avant l'instauration de TREVICTA. TREVICTA n'est pas recommandé chez les patients présentant une insuffisance rénale modérée ou sévère (clairance de la créatinine < 50 ml/min). **Insuffisance hépatique:** TREVICTA n'a pas été étudié chez les patients présentant une insuffisance hépatique. D'après l'expérience acquise avec la palipéridone orale, aucune adaptation posologique n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée. La palipéridone n'ayant pas été étudiée chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère, la prudence est recommandée chez ces patients. **Population pédiatrique:** La sécurité et l'efficacité de TREVICTA chez les enfants et les adolescents de 16 ans et moins n'ont pas été établies. **Mode d'administration:** TREVICTA est destiné à l'administration intramusculaire uniquement. Il ne doit être administré par aucune autre voie. Chaque injection doit être administrée uniquement par un professionnel de santé en une injection unique et complète. Il doit être injecté lentement, en profondeur dans le muscle deltoïde ou fessier. Un changement du muscle fessier au muscle deltoïde (et vice versa) doit être envisagé pour les injections suivantes en cas de gêne au site d'injection (voir rubrique Effets indésirables). TREVICTA doit être administré en utilisant uniquement les aiguilles à paroi fine qui sont fournies dans l'emballage de TREVICTA. Les aiguilles fournies dans l'emballage de l'injection mensuelle de palmitate de palipéridone ou d'autres aiguilles disponibles sur le marché ne doivent pas être utilisées pour l'administration de TREVICTA (voir Informations destinées aux professionnels de santé). Le contenu de la seringue préremplie doit être inspecté visuellement pour mettre en évidence la présence de particules ou coloration anormale avant administration. Il est important d'agir vigoureusement la seringue avec l'embout de la seringue vers le haut et par un geste ample du poignet pendant au moins 15 secondes pour obtenir une suspension homogène. TREVICTA doit être administré dans les 5 minutes après agitation. Si le délai de 5 minutes est dépassé avant l'injection, agir à nouveau vigoureusement pendant au moins 15 secondes pour remettre en suspension le médicament. (voir Informations destinées aux professionnels de santé). **Administration dans le muscle deltoïde:** Le choix de l'aiguille pour l'administration de TREVICTA dans le muscle deltoïde est déterminé par le poids du patient. • Pour un poids < 90 kg, l'aiguille à paroi fine de 1 1/2 pouce 22 gauge (0,72 mm x 38,1 mm) doit être utilisée. • Pour un poids < 90 kg, l'aiguille à paroi fine de 1 pouce 22 Gauge (0,72 mm x 25,4 mm) doit être utilisée. L'administration doit se faire au centre du muscle deltoïde. Les injections dans le muscle deltoïde doivent être alternées entre les deux muscles deltoïdes. **Administration dans le muscle fessier:** L'aiguille à utiliser pour l'administration de TREVICTA dans le muscle fessier est l'aiguille à paroi fine de 1 1/2 pouce 22 Gauge (0,72 mm x 38,1 mm) indépendamment du poids corporel. L'administration doit se faire dans le quadrant supéro-externe du muscle fessier. Les injections dans le muscle fessier doivent être alternées entre les deux muscles fessiers. **Administration incomplète:** Pour éviter toute administration incomplète de TREVICTA, la seringue préremplie doit être agitée vigoureusement pendant au moins 15 secondes dans les 5 minutes avant administration pour obtenir une suspension homogène. (voir Informations destinées aux professionnels de santé). Toutefois, en cas d'injection d'une dose incomplète, la dose restante dans la seringue ne doit pas être réinjectée et aucune autre dose ne doit être administrée dans la mesure où est difficile d'estimer la proportion de la dose effectivement administrée. Le patient sera étroitement surveillé et pris en charge de façon appropriée sur le plan clinique jusqu'à la prochaine injection trimestrielle de TREVICTA. **Contre-indications:** Hypersensibilité à la substance active, à la rispéridone ou à l'un des excipients. **Jusqu'à des effets indésirables: Résumé du profil de sécurité d'emploi:** Les effets indésirables (EI) les plus fréquemment rapportés chez > 5% des patients ou cours de deux essais cliniques contrôlés en double aveugle avec TREVICTA ont été: prise de poids, infection des voies respiratoires supérieures, anxiété, céphalée, insomnie, et réaction au site d'injection. **Les effets indésirables les plus fréquents observés chez les patients traités avec la palipéridone par injection de fréquence estimée à partir des essais cliniques menés avec le palmitate de palipéridone. Les termes et fréquences suivants sont utilisés: très fréquent (> 1/10); fréquent (> 1/100); peu fréquent (> 1/1 000); rare (< 1/10 000); et fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). (Classes de Systèmes Organes: Fréquence: Effet indésirable.) Infections et infestations: Fréquent: infection des voies respiratoires supérieures, infection des voies urinaires, grippe. Peu fréquent: pneumonie, bronchite, infection des voies respiratoires, sinusite, cystite, infection auriculaire, amygdalite, onychomycose, cellulite. Rare: infection oculaire, acrodermatite, abcès sous-cutané. **Affections hématoLOGIQUES et du système******

lymphatique: Peu fréquent: diminution de la numération de globules blancs, thrombocytopenie anémie. Rare: neutropénie, augmentation de la numération des éosinophiles. **Indéterminée:** agranulocytose. **Affections du système immunitaire:** Peu fréquent: hypersensibilité, indéterminée: réaction anaphylactique. **Affections endocriniennes:** Fréquent: hyperprolactinémie. Rare: sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique, présence de glucose urinaire. **Troubles du métabolisme et de la nutrition:** Fréquent: hyperglycémie, prise de poids, perte de poids, diminution de l'appétit. Peu fréquent: diabète*, hyperinsulinémie, augmentation de l'appétit, anorexie, augmentation des triglycérides sanguins, augmentation du cholestérol sanguin. Rare: acidocétose diabétique, hypoglycémie, polydipsie. **Indéterminée:** intoxication à l'eau. **Affections psychiatriques:** Très fréquent: insomnie. Fréquent: agitation, dépression, anxiété. Peu fréquent: trouble du sommeil, manie, diminution de l'humeur, nervosité, cauchemar. Rare: état de confusion, somnambulisme, émoiement affectif, anorgasmie. **Indéterminée:** trouble des conduites alimentaires lié au sommeil. **Affections du système nerveux:** Fréquent: parkinsonisme; akathisie; sédation/ somnolence, dystonie; sensation vertigineuse, dyskinésie; tremblement, céphalée. Peu fréquent: dyskinésie tardive, syncope, hyperactivité psychomotrice, vertige orthostatique, perturbation de l'attention, dysarthrie, dysgueusie, hyposthésie, paresthésie. Rare: syndrome main des neuroleptiques, ischémie cérébrale, non réponse au stimuli, perte de la conscience, diminution du niveau de la conscience, convulsions, trouble de l'équilibre, coordination anormale. **Indéterminée:** coma diabétique, flubation céphalique. **Affections oculaires:** Peu fréquent: vision trouble, conjonctivite, sécheresse oculaire. Rare: glaucome, trouble du mouvement oculaire, réversion oculaire, photophobie, augmentation du larmoiement, hyperémie oculaire. **Indéterminée:** syndrome de l'iris hypotonique (poroparésie). **Affections de l'oreille et du labyrinthe:** Peu fréquent: vertiges, acouphènes, douleur auriculaire. **Affections cardiaques:** Fréquent: tachycardie. Peu fréquent: bloc auriculo-ventriculaire, trouble de la conduction, allongement de l'intervalle QT, syndrome de tachycardie orthostatique posturale, bradycardie, électrocardiogramme anormal, palpitations. Rare: fibrillation auriculaire, arythmie sinuale. **Affections vasculaires:** Fréquent: hypertension. Peu fréquent: hypotension, hypotension orthostatique. Rare: thrombose veineuse, bouffées de chaleur. **Indéterminée:** embolie pulmonaire, ischémie. **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales:** Fréquent: toux, congestion nasale. Peu fréquent: dyspnée, encombrement des voies respiratoires, sifflements, douleur pharyngolaryngée, épistaxis. Rare: syndrome d'apnée du sommeil, congestion pulmonaire, râles. **Indéterminée:** hyperventilation, pneumonie d'aspiration, dysphonie. **Affections gastro-intestinales:** Fréquent: douleur abdominale, vomissement, nausée, constipation, diarrhée, dyspepsie, douleur dentaire. Peu fréquent: gêne abdominale, gastro-entérite, dysphagie, sécheresse buccale, flatulence. Rare: pancréatite, gonflement de la langue, incontinence fécale, fécalome, chéilite. **Indéterminée:** occlusion intestinale, iléus. **Affections hépatobiliaires:** Fréquent: augmentation des transaminases. Peu fréquent: augmentation des gammaglutamyltransférases, augmentation des enzymes hépatiques. **Indéterminée:** jaunisse. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané:** Peu fréquent: urticaire, prurit, rash, alopecie, acné, sécheresse cutanée, érythème au lieu toxidermie, hypertrichose, pellicules. **Indéterminée:** angioedème. **Décoloration de la peau, dermatite séborrhéique. Affections musculo-squelettiques et systémiques:** Fréquent: douleur musculo-squelettique, douleur dorsale, arthralgie. Peu fréquent: augmentation de la créatine phosphokinase sanguine, spasmes musculaires, raideur articulaire, faiblesse musculaire, douleur au niveau du cou. Rare: rhabdomyolyse, enflure des articulations. **Indéterminée:** posture anormale. **Affections du rein et des voies urinaires:** Peu fréquent: incontinence urinaire, pollakiurie, dysurie. Rare: rétention urinaire. **Affections gravidiques, puerpérales et périnatales:** Indéterminée: syndrome de sevrage maternel/neonatal. **Affections des organes de reproduction et du sein:** Fréquent: aménorrhée, galactorrhée. Peu fréquent: dysfonctionnement érectile, trouble de l'éjaculation, trouble menstruel, gynécomastie, dysfonctionnement sexuel, douleur mammaire. Rare: gène mammaire, engorgement mammaire, accroissement mammaire, écoulement vaginal. **Indéterminée:** priapisme. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration:** Fréquent: pyrexie, asthénie, fatigue, réaction au site d'injection. Peu fréquent: œdème de la face, œdème, augmentation de la température corporelle, démarche anormale, douleur thoracique, gêne thoracique, malaise, induration. Rare: hyperthermie, frissons, soit, syndrome de sevrage médicamenteux, abcès au site d'injection, cellulite au site d'injection, kyste au site d'injection, hématome au site d'injection. **Indéterminée:** diminution de la température corporelle, nécrose au site d'injection, ulcère au site d'injection. **Lésions, intoxications et complications liées aux procédures:** Peu fréquent: chute. (a. La fréquence de ces effets indésirables est qualifiée comme " indéterminée " car ils n'ont pas été observés lors d'essais cliniques portant sur le palmitate de palipéridone. Ils proviennent soit de rapports spontanés post-commercialisation et la fréquence ne peut être déterminée, soit de données issues d'essais cliniques et de rapports post-commercialisation portant sur la rispéridone (quelle que soit la formulation) ou la palipéridone orale. b. Se référer à " Hyperprolactinémie " ci-dessous. c. Se référer à " Symptômes extrapyramidaux " ci-dessous. d. Dans les essais contrôlés versus placebo, un diabète a été rapporté chez 0,32% des sujets traités par injection mensuelle de palmitate de palipéridone comparé à un taux de 0,39% dans le groupe placebo. L'incidence globale de tous les essais cliniques était de 0,65% chez tous les sujets traités par injection mensuelle de palipéridone e. **L'insomnie inclut:** insomnie initiale, insomnie du milieu de nuit; la polysomnie inclut: crise de Grand mal; l'œdème inclut: œdème généralisé, œdème périphérique, œdème qui prend le che; les troubles menstruels incluent: menstruation retardée, menstruation irrégulière, oligoménorrhée. Effets indésirables observés avec les formulations à base de rispéridone: La palipéridone est le métabolite actif de la rispéridone, par conséquent, les profils des effets indésirables de ces composés incluant les deux formulations orale et injectable s'appliquent l'un à l'autre. **Description de certains effets indésirables; Réaction anaphylactique:** Rarement, des cas de réaction anaphylactique après l'injection mensuelle de palmitate de palipéridone ont été rapportés depuis le début de la commercialisation chez les patients ayant précédemment toléré la rispéridone orale ou la palipéridone orale. **Réactions au site d'injection:** Dans les essais cliniques de TREVICTA, 5,3% des sujets ont rapporté des effets indésirables liés au site d'injection. Aucun de ces événements n'a été sévère ou n'a conduit à un arrêt de traitement. Sur la base des évaluations des investigateurs, l'inflammation, la rougeur, et le gonflement étaient absents ou légers dans > 95% des évaluations. L'évaluation par les sujets de la douleur au niveau du site d'injection en s'appuyant d'une échelle analogique visuelle était faible et diminuait en intensité au cours du temps. **Symptômes extrapyramidaux (SEP):** Dans les essais cliniques de TREVICTA, l'akathisie, la dyskinésie, la dystonie, le parkinsonisme et le tremblement ont été rapportés chez respectivement, 3,9%, 0,8%, 0,9%, 3,6% et 1,4% des sujets. Les symptômes extrapyramidaux (SEP) incluaient une analyse poolée des termes suivants: parkinsonisme (inclus trouble extrapyramidaux, symptômes extrapyramidaux, phénomène on-off, malade de Parkinson, crise parkinsonienne, hyperexcitation salivaire, raideur musculo-squelettique, parkinsonisme, salivation, phénomène de la roue dentée, bradykinésie, hypokinésie, faciès rigide, tension musculaire, akathisie, rigidité de la nuque, rigidité musculaire, démarche parkinsonienne, réflexe palpatoire anormal et tremblement parkinsonien de repos), akathisie (inclus akathisie, impatience, hyperkinésie, dystonie des membres sans repos), dyskinésie (dyskinésie, choréa, troubles du mouvement, cataplexie, myoclonus, choréoathétose, athétose et myoclonie), dystonie (inclus dystonie, spasme cervical, emprosthotonos, crise oculogyrique, dystonie oromandibulaire, rire sardonique, tétanie, hypertonie, torticolis, contractions musculaires involontaires, contracture musculaire, biphéosphorase, crises oculogyriques, paralysie de la langue, spasme facial, laryngospasme, myotonie, opisthotonos, spasme oropharyngé, pleurothorax, spasme de la langue et trismus) et tremblement. **Prise de poids:** Dans une étude randomisée à long terme, évaluant l'arrêt du traitement, des augmentations anormales > 7% du poids corporel depuis la phase en double aveugle jusqu'à la fin de l'étude ont été rapportées chez 10% des sujets du groupe TREVICTA et 1% des sujets du groupe placebo. A l'inverse, des diminutions anormales du poids corporel (> 7%) depuis la phase en double aveugle jusqu'à la fin de l'étude ont été observées chez 1% des sujets du groupe TREVICTA et 8% des sujets du groupe placebo. Les variations moyennes du poids corporel depuis la phase en double aveugle jusqu'à la fin de l'étude ont été, respectivement, de +0,94 kg et -1,28 kg pour les groupes TREVICTA et placebo. **Hyperprolactinémie:** Durant la phase en double aveugle de l'étude randomisée à long terme, évaluant l'arrêt du traitement, des augmentations de la prolactine au-dessus des intervalles de référence (> 13,6 ng/ml chez les hommes et > 26,72 ng/ml chez les femmes) ont été observées dans un pourcentage plus élevé d'hommes et de femmes dans le groupe TREVICTA que dans le groupe placebo (respectivement 9% versus 3% et 5% versus 1%). Dans le groupe TREVICTA, la variation moyenne depuis la phase en double aveugle jusqu'à la fin de l'étude était de +2,90 ng/ml chez les hommes (versus -10,26 ng/ml dans le groupe placebo) et +7,49 ng/ml chez les femmes (versus -32,93 ng/ml dans le groupe placebo). Une femme (2,4%) dans le groupe TREVICTA a présenté une aménorrhée comme effet indésirable, alors qu'aucun effet indésirable potentiel lié à prolactine n'a été observé parmi les femmes dans le groupe placebo. Il n'y a eu aucun effet indésirable potentiellement lié à la prolactine parmi les hommes dans les deux groupes. **Effets de classe:** Un allongement de l'intervalle QT, des arythmies ventriculaires (fibrillation ventriculaire, tachycardie ventriculaire), une mort subite inexpliquée, un arrêt cardiaque et des torsades de pointes peuvent survenir avec les antipsychotiques. Des cas de thromboses veineuses, incluant des cas d'embolies pulmonaires et de thromboses veineuses profondes, ont été rapportés avec les médicaments antipsychotiques (fréquence indéterminée). **Désodorisation des effets indésirables suspects, déclaration des effets indésirables suspects après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarant tout effet indésirable suspecté via: Belgique:** l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (www.afmps.be). **Luxembourg:** Direction de la Santé - Division de la Pharmacie et des Médicaments, Villa Louvigny - Allée Marconi, L-2120 Luxembourg. Site internet: <http://www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html>. **Nature et contenu de l'emballage extérieur:** Seringue préremplie (copolyamide d'oléfine cyclique) munie d'un bouchon-piston, d'une valve antiréflux et d'un capuchon (caoutchouc bromobutyle) avec une aiguille à paroi fine de sécurité de 1 1/2 pouce 22 Gauge (0,72 mm x 38,1 mm) et une aiguille à paroi fine de sécurité de 1 pouce 22 Gauge (0,72 mm x 25,4 mm). **Précautions:** Les effets indésirables observés pendant l'essai clinique préremplie à 2 semaines. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgique. **NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ:** EU/114/971/007; EU/114/971/008; EU/114/971/009; EU/114/971/010. **MODE DE DÉLIVRANCE:** Médicament soumis à prescription médicale. **DATÉ DE MISE À JOUR DU TEXTE:** 31/05/2018. - *Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande. Téléphoné: 0800 93 377 - E-mail: janssen@jaccbe.jnj.com Internet: www.janssen.com/belgium*

	Prix public	Intervention patient VIPO	Intervention patient actif
1 x 400 mg (2 ml)	213,48 €	7,90 €	11,90 €

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT Abilify Maintena 400 mg, poudre et solvant pour suspension injectable à libération prolongée. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Chaque flacon contient 400 mg d'aripiprazole. Après reconstitution, chaque millilitre (ml) de suspension contient 200 mg d'aripiprazole. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. **FORME PHARMACEUTIQUE** Poudre et solvant pour suspension injectable à libération prolongée. Poudre, blanc à blanc cassé. Solvant, solution transparente. **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES** Abilify Maintena est indiqué dans le traitement d'entretien de la schizophrénie chez les patients adultes stabilisés sous aripiprazole oral. **POSÉOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** Posologie: Chez les patients n'ayant jamais pris d'aripiprazole, la tolérance de l'aripiprazole oral doit être établie avant l'instauration du traitement par Abilify Maintena. La posologie initiale et d'entretien recommandée d'Abilify Maintena est de 400 mg. La titration de la posologie de ce médicament n'est pas nécessaire. Il doit être administré une fois par mois en une seule injection (avec un délai minimal de 26 jours entre deux injections). Après la première injection, le traitement par 10 mg à 20 mg d'aripiprazole oral par jour doit être poursuivi pendant 14 jours consécutifs de façon à maintenir une concentration thérapeutique d'aripiprazole pendant l'instauration du traitement. Si des effets indésirables surviennent à la dose de 400 mg, une réduction de la dose à 300 mg une fois par mois doit être envisagée. **Quilbe de doses:** En cas d'oubli de la 2^e ou de la 3^e dose et lorsque le délai écoulé depuis la dernière injection est: > 4 semaines et < 5 semaines; Mesure: Administrer l'injection dès que possible, puis reprendre le schéma d'une injection mensuelle. > 5 semaines; Mesure: Le traitement concomitant par aripiprazole oral doit être repris pendant 14 jours à partir de la date de l'injection suivante. En cas d'oubli de la 4^e dose ou de doses ultérieures (c.-à-d. après atteinte de l'état d'équilibre) et lorsque le délai écoulé depuis la dernière injection est: > 4 semaines et < 6 semaines; Mesure: Administrer l'injection dès que possible, puis reprendre le schéma d'une injection mensuelle. > 6 semaines; Mesure: Le traitement concomitant par aripiprazole oral doit être repris pendant 14 jours à partir de la date de l'injection suivante; reprendre ensuite le schéma d'une injection mensuelle. **Populations particulières:** Patients âgés: La sécurité et l'efficacité d'Abilify Maintena dans le traitement de la schizophrénie chez les patients âgés de 65 ans ou plus n'ont pas été établies (voir rubrique 4.4). **Insuffisance rénale:** Aucune adaptation posologique n'est requise pour les patients présentant une insuffisance rénale (voir rubrique 5.2). **Insuffisance hépatique:** Aucune adaptation posologique n'est requise pour les patients présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée. Chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère, les données disponibles sont insuffisantes pour établir des recommandations. Chez ces patients, le dosage doit être établi avec prudence. La forme orale est à préférer (voir rubrique 5.2). **Métaboliseurs lents connus du CYP2D6:** Chez les patients connus pour être des métaboliseurs lents du CYP2D6, la posologie initiale et d'entretien doit être de 300 mg. En cas d'utilisation concomitante avec des inhibiteurs puissants du CYP3A4, la posologie doit être réduite à 200 mg (voir rubrique 4.5). **Adaptations posologiques liées aux interactions avec les inhibiteurs du CYP2D6 et/ou du CYP3A4 et/ou les inducteurs du CYP3A4:** Une adaptation posologique est nécessaire chez les patients prenant de façon concomitante des inhibiteurs puissants du CYP3A4 ou du CYP2D6 pendant plus de 14 jours. Lorsque l'inhibiteur du CYP3A4 ou du CYP2D6 est arrêté, il peut être nécessaire d'augmenter la dose jusqu'à la dose antérieure (voir rubrique 4.5). En cas de réaction indésirable en dépit des ajustements posologiques d'Abilify Maintena, la nécessité d'utiliser un inhibiteur du CYP3A4 ou du CYP2D6 de façon concomitante doit être réévaluée. L'utilisation concomitante d'inducteurs du CYP3A4 et d'Abilify Maintena pendant plus de 14 jours doit être évitée; en effet, dans ce cas, la concentration sanguine d'aripiprazole diminue et peut être inférieure à la concentration efficace (voir rubrique 4.5). **Adaptation posologique d'Abilify Maintena chez les patients prenant des inhibiteurs puissants du CYP2D6, des inhibiteurs puissants du CYP3A4 et/ou des inducteurs du CYP3A4 pendant plus de 14 jours:** Patients prenant 400 mg d'Abilify Maintena: Inhibiteurs puissants du CYP2D6 ou inhibiteurs puissants du CYP3A4: Dose ajustée: 300 mg. Inhibiteurs puissants du CYP2D6 et inhibiteurs puissants du CYP3A4: Dose ajustée: 200 mg*. Inducteurs du CYP3A4: Dose ajustée: Utilisation d'aripiprazole à éviter. Patients prenant 300 mg d'Abilify Maintena: Inhibiteurs puissants du CYP2D6 ou inhibiteurs puissants du CYP3A4: Dose ajustée: 200 mg*. Inhibiteurs puissants du CYP2D6 et inhibiteurs puissants du CYP3A4: Dose ajustée: 160 mg*. Inducteurs du CYP3A4: Dose ajustée: Utilisation d'aripiprazole à éviter. * 200 mg et 160 mg sont obtenus en ajustant le volume d'injection uniquement en utilisant Abilify Maintena poudre et solvant pour suspension injectable à libération prolongée. **Population pédiatrique:** La sécurité et l'efficacité d'Abilify Maintena chez les enfants et les adolescents âgés de 0 à 17 ans n'ont pas été établies. Aucune donnée n'est disponible. **Mode d'administration:** Abilify Maintena doit uniquement être utilisé en injection intramusculaire et ne doit pas être administré par voie intraveineuse ou sous-cutanée. Il doit être administré uniquement par un professionnel de santé. La suspension doit être injectée lentement en une seule injection (les doses ne doivent pas être divisées) dans le muscle fessier ou deltoïde. La prudence est recommandée afin d'éviter toute injection accidentelle dans un vaisseau sanguin. Les instructions complètes d'utilisation et de manipulation d'Abilify Maintena sont fournies dans la notice d'emballage (informations destinées aux professionnels de santé). Pour les instructions concernant la reconstitution du médicament avant administration, voir la rubrique 6.6. **CONTRE-INDICATIONS** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1. **EFFETS INDÉSIRABLES Résumé du profil de sécurité:** Les effets indésirables (EI) les plus fréquemment observés, rapportés chez au moins 5 % des patients dans deux essais et en double aveugle avec Abilify Maintena, sont la prise de poids (9,0 %), l'akathisie (7,9 %), l'insomnie (5,8 %) et la douleur au point d'injection (5,1 %). **Liste des effets indésirables présentée sous forme de tableau:** L'incidence des EI associés au traitement par aripiprazole est présentée ci-dessous sous forme de tableau. Le tableau est basé sur les effets indésirables rapportés pendant les essais cliniques et/ou l'utilisation après commercialisation. Tous les effets indésirables sont énumérés par classe de système d'organe et fréquence; très fréquents (≥ 1/10), fréquents (≥ 1/100 à < 1/10), peu fréquents (≥ 1/1 000 à < 1/100), rares (≥ 1/10 000 à < 1/1 000), très rares (< 1/10 000) et fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). À l'intérieur de chaque classe de fréquence, les effets indésirables sont présentés par ordre de gravité décroissante. La fréquence des effets indésirables rapportés pendant une utilisation après commercialisation ne peut pas être déterminée puisqu'ils sont dérivés de rapports spontanés. En conséquence, la fréquence de ces effets indésirables est qualifiée de « indéterminée ». **Affections hématologiques et du système lymphatique:** Peu fréquent: Neutropénie, Anémie, Thrombopénie, Neutrophiles diminués, Globules blancs diminués. **Fréquence indéterminée:** Leucopénie. **Affections du système immunitaire:** Peu fréquent: Hypersensibilité. **Fréquence indéterminée:** Réaction allergique (par exemple réaction anaphylactique, œdème de Quincke comprenant gonflement de la langue, œdème de la langue, œdème de la face, prurit ou urticaire). **Affections endocriniennes:** Peu fréquent: Prolactinémie diminuée, Hyperprolactinémie. **Fréquence indéterminée:** Coma diabétique, hyperosmolaire, Acidocétose diabétique. **Troubles du métabolisme et de la nutrition:** Fréquent: Prise de poids, Diabète, Perte de poids. Peu fréquent: Hyperglycémie, Hypercholestérolémie, Hyperinsulinémie, Hyperlipidémie, Hypertriglycéridémie, Trouble de l'appétit. **Fréquence indéterminée:** Anorexie, Hyponatrémie. **Affections psychiatriques:** Fréquent: Agitation, Anxiété, Impatiences, Insomnie. Peu fréquent: Idées suicidaires, Trouble psychotique, Hallucination, Idée délirante, Hypersexualité,

Abilify Maintena®

**MAINTENANCE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA
PREVENTS RELAPSE¹ - IMPROVES FUNCTIONING² - BETTER QUALITY OF LIFE²**



Réaction de panique, Dépression, Labilité affective, Apathie, Dysphorie, Trouble du sommeil, Bruxisme, Diminution de la libido, Altération de l'humeur. **Fréquence indéterminée:** Suicide, Tentative de suicide, Jeu pathologique, Troubles du contrôle des impulsions, Hyperphagie boulimique, Achats compulsifs, Automatismes ambulatoire, Nervosité, Agressivité. **Affections du système nerveux:** Fréquent: Trouble extrapyramidal, Akathisie, Tremblement, Dyskinésie, Sédation, Somnolence, Sensation vertigineuse, Céphalée. **Peu fréquent:** Dystonie, Dyskinésie tardive, Parkinsonisme, Perturbation des mouvements, Hyperactivité psychomotrice, Syndrome des jambes sans repos, Rigidité pallidale, Hypertonie, Bradykinésie, Hypersalivation, Dysgueusie, Parosmie. **Fréquence indéterminée:** Syndrome main des neuroleptiques, État de grand mal épileptique, Syndrome sérotoninergique, Trouble du langage. **Affections oculaires:** Peu fréquent: Crise oculogire, Vision trouble, Douleur oculaire, Diplopie. **Affections cardiaques:** Peu fréquent: Extrasystoles ventriculaires, Bradycardie, Tachycardie, Onde T d'amplitude diminuée à l'électrocardiogramme, Electrocardiogramme anormal, Onde T inversée à l'électrocardiogramme. **Fréquence indéterminée:** Mort subite inexpliquée, Arrêt cardiaque, Torsades de pointes, Arythmies ventriculaires, QT allongé. **Affections vasculaires:** Peu fréquent: Hypertension, Hypotension orthostatique, Pression artérielle augmentée. **Fréquence indéterminée:** Syncope, Thromboembolie veineuse (y compris embolie pulmonaire et thrombose veineuse profonde). **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales:** Peu fréquent: Toux, Hoquet. **Fréquence indéterminée:** Spasme oropharyngé, Laryngospasme, Pneumonie de déglutition. **Affections gastro-intestinales:** Fréquent: Bouche sèche. **Peu fréquent:** Reflux gastro-œsophagien, Dyspepsie, Vomissement, Diarrhée, Nausées, Douleur abdominale haute, Gêne abdominale, Constipation, Selles fréquentes, Ptyalisme. **Fréquence indéterminée:** Pancréatite, Dysphagie. **Affections hépatobiliaires:** Peu fréquent: Anomalie du bilan hépatique, Enzymes hépatiques augmentées, Alanine aminotransférase augmentée, Gamma-glutamyl transférase augmentée, Bilirubinémie augmentée, Aspartate aminotransférase augmentée. **Fréquence indéterminée:** Défaillance hépatique, Ictère, Hépatite, Phosphatase alcaline augmentée. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané:** Peu fréquent: Alopecie, Acné, Rosacée, Eczéma, Induration de la peau. **Fréquence indéterminée:** Rash, Réaction de photosensibilité, Hyperhidrose. **Affections musculo-squelettiques et systémiques:** Fréquent: Raideur musculo-squelettique. **Peu fréquent:** Rigidité musculaire, Contractions musculaires, Contractions fasciculaires, Tension musculaire, Myalgie, Extrémités douloureuses, Arthralgie, Dorsalgie, Amplitude articulaire diminuée, Rigidité de la nuque, Trismus. **Fréquence indéterminée:** Rhabdomyolyse. **Affections du rein et des voies urinaires:** Peu fréquent: Néphrolithiase, Glycosurie. **Fréquence indéterminée:** Rétention urinaire, Incontinence urinaire. **Affections gravidiques, puerpérales et périnatales:** Fréquence indéterminée: Syndrome de sevrage médicamenteux néonatal (voir rubrique 4.6). **Affections des organes de reproduction et du sein:** Fréquent: Dysérection. **Peu fréquent:** Galactorrhée, Gynécomastie, Hypersensibilité mammaire, Sécheresse vulvo-vaginale. **Fréquence indéterminée:** Priapisme. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration:** Fréquent: Douleur au point d'injection, Induration au point d'injection, Fatigue. **Peu fréquent:** Fièvre, Asthénie, Troubles de la marche, Gêne thoracique, Réaction au site de l'injection, Erythème au point d'injection, Gonflement au point d'injection, Gêne au niveau du site d'injection, Prurit au point d'injection, Soif, Indolence. **Fréquence indéterminée:** Trouble de la thermorégulation (par exemple hypothermie, fièvre), Douleur thoracique, Œdème périphérique. **Investigations:** Fréquent: Créatine phosphokinase sanguine augmentée. **Peu fréquent:** Glycémie augmentée, Glycémie diminuée, Hémoglobine glycosylée augmentée, Circonférence de taille augmentée, Cholestérolémie diminuée, Triglycéridémie diminuée. **Fréquence indéterminée:** Fluctuation du glucose sanguin. Description d'effets indésirables sélectionnés: **Réactions au site d'injection:** Pendant les phases contrôlées, en double aveugle, de deux essais, des réactions au site d'injection ont été observées; elles étaient généralement d'intensité légère à modérée et ont disparu avec le temps. La douleur au site d'injection (incidence 5,1 %) est survenue dans un délai médian de 2 jours après l'injection et persiste pendant une durée médiane de 4 jours. Dans une étude menée en ouvert, comparant la biodisponibilité d'Abilify Maintena administré dans le muscle deltoïde ou fessier, les réactions liées au site d'injection étaient légèrement plus fréquentes dans le muscle deltoïde. La majorité étaient légères et se sont améliorées lors des injections ultérieures. Comparée à celle observée dans des études où Abilify Maintena était injecté dans le muscle fessier, la survenue répétée de douleurs au site d'injection était plus fréquente dans le muscle deltoïde. **Leucopénie:** Des cas de neutropénie ont été rapportés au cours du développement clinique d'Abilify Maintena; ils apparaissent généralement vers le 16^e jour après la première injection et persistent pendant une durée médiane de 18 jours. **Symptômes extrapyramidaux:** Dans les essais réalisés chez des patients présentant une schizophrénie stable, Abilify Maintena a été associé à une fréquence de symptômes extrapyramidaux supérieure (18,4 %) à celle observée avec l'aripiprazole oral (11,7 %). L'akathisie était le symptôme le plus fréquemment observé (8,2 %); elle apparaissait généralement vers le 10^e jour après la première injection et persistait pendant une durée médiane de 56 jours. Les patients atteints d'akathisie ont généralement reçu un traitement à base d'un anticholinergique, notamment le mésylate de benztropine et le trihexphénydyle. Des médicaments tels que le propranolol et les benzodiazépines (clonazépam et diazépam) ont également été administrés pour contrôler l'akathisie, mais à une fréquence moindre. En termes de fréquence, le parkinsonisme arrivait en seconde position (respectivement 6,9 % pour Abilify Maintena, 4,15 % pour les comprimés d'aripiprazole [10 à 30 mg] et 3,0 % pour le placebo). **Dystonie:** Effet de classe: Des symptômes de dystonie, contractions anormales prolongées d'un groupe musculaire, peuvent survenir pendant les premiers jours de traitement chez les patients qui y sont prédisposés. Les symptômes dystoniques incluent un spasme des muscles du cou qui peut progresser vers une oppression de la gorge, des difficultés de déglutition, des difficultés respiratoires et/ou une protrusion de la langue. Bien que ces symptômes puissent survenir à faibles doses, ils apparaissent plus fréquemment et avec une plus grande sévérité avec les antipsychotiques de première génération, puissants et fortement dosés. Un risque élevé de dystonie aiguë est observé chez les hommes et les patients jeunes. **Poids:** Pendant la phase en double aveugle contrôlée versus produit actif (aripiprazole comprimé 10 à 30 mg) de l'essai à long terme de 38 semaines, l'incidence d'une prise de poids ≥ 7 % entre l'inclusion et la dernière visite a été de 9,5 % pour Abilify Maintena et de 11,7 % pour les comprimés d'aripiprazole oral (10 à 30 mg). Pendant la phase en double aveugle contrôlée versus placebo de l'essai à long terme de 52 semaines, l'incidence d'une prise de poids ≥ 7 % entre l'inclusion et la dernière visite a été de 6,4 % pour Abilify Maintena et de 5,2 % pour le placebo. L'incidence d'une perte de poids ≥ 7 % entre l'inclusion et la dernière visite a été de 10,2 % pour Abilify Maintena et de 6,7 % pour les comprimés d'aripiprazole oral (10 à 30 mg). Pendant la phase en double aveugle contrôlée versus placebo de l'essai à long terme de 52 semaines, l'incidence d'une perte de poids ≥ 7 % entre l'inclusion et la dernière visite a été de 6,4 % pour Abilify Maintena et de 5,2 % pour le placebo. L'incidence d'une perte de poids ≥ 7 % entre l'inclusion et la dernière visite a été de 6,4 % pour Abilify Maintena et de 6,7 % pour le placebo. Pendant le traitement en double aveugle, la variation du poids corporel entre l'inclusion et la dernière visite a été de -0,2 kg pour Abilify Maintena et de -0,4 kg pour le placebo (p = 0,812). **Prolactine:** Dans les essais cliniques pour les indications approuvées et après la commercialisation, une augmentation et une diminution du taux de prolactine sérique ont été toutes deux observées par rapport à la valeur à l'inclusion après traitement avec l'aripiprazole (rubrique 5.1). **Jeu pathologique et autres troubles du contrôle des impulsions:** Le jeu pathologique, l'hypersexualité, les achats compulsifs, l'hyperphagie boulimique et l'alimentation compulsive peuvent se manifester chez les patients traités par l'aripiprazole (voir rubrique 4.4). **Déclaration des effets indésirables suspectés:** La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via: Belgique: Agence fédérale des médicaments et des produits de santé - Division Vigilance, EUROSTATION II, Place Victor Horta, 40/40, B-1060 Bruxelles. Site internet: www.afmps.be, e-mail: adversereactions@afmps.be. Luxembourg: Direction de la Santé - Division de la Pharmacie et des Médicaments, Villa Louvigny - Allée Marconi, L-2120 Luxembourg. Site internet: http://www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Otsuka Pharmaceutical Netherlands B.V. **NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** EU/113/882/002. **DELIVRANCE** Sur prescription médicale. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** Octobre 2018. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne des médicaments <http://www.ema.europa.eu/>.