

World Psychiatry

OFFICIAL JOURNAL OF THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)

Volume 8, Numéro 3



Octobre 2009

Traduction intégrale de certains articles du sommaire et des abstracts de l'édition originale

Comité de rédaction de la version française de la World Psychiatry

Hommage au Pr Pierre PICHOT

EDITORIAL

Les activités de collaboration entre la WPA et l'OMS en 2009-2011

M. MAJ.

TRADUCTION INTEGRALE EN FRANÇAIS

ARTICLES ORIGINAUX

Culture, facteurs culturels et diagnostic psychiatrique : Revue de la question et étude prospective.

RF.D. ALARCON

TRADUCTION INTEGRALE EN FRANÇAIS

Avancées de la recherche sur la dépression du sujet âgé
G.S. ALEXOPOULOS, R.E. KELLY JR.

FORUM- COMMENT CONCEVOIR L'ORGANISATION D'UN SERVICE DE SOINS TENANT COMPTE DES FACTEURS SPECIFIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Les composantes les plus saillantes d'un service prenant en compte la meilleure compréhension des troubles du comportement alimentaire.

K.A. HALMI

Commentaires des discutants

Diagnostic, prestations et organisation du service.

R. PALMER

Comment planifier un service pour troubles alimentaires à partir de travaux épidémiologiques.

H.W. HOEK

Un service de traitement basé sur la prise en charge des fonctions développementales, systémiques et collaboratives.

B. LASK

Les psychiatres, le milieu institutionnel et la métaphore de la colle sociale.

J. RUSSELL

Comment comprendre la dimension compréhensive des services de troubles alimentaires.

T.D. BREWERTON

Le milieu des troubles alimentaires.

M. GOLAN

Approches thérapeutiques des troubles alimentaires ; le background biologique

P. MONTELEONE, F. BRAMBILLA

Pertinence du management des troubles alimentaires

T. NAGATA

Le pôle des troubles alimentaires : traitement optimal ou minimal.

M.M. FICHTER

RAPPORTS DE RECHERCHE

Le continuum des états mixtes dépressifs et maniaques chez les patients atteints de trouble bipolaire ; Mesures quantitatives et traits cliniques.

A.C. SWANN, J.L. STEINBERG, M. LIJFFIJT, F.G. MOELLER

Les facteurs de prédiction de l'interruption de la prise en charge (*drop-out*) dans des centres communautaires de santé mentale.

B. RENESES, E. MUNOZ, J.J. LOPEZ-IBOR

RAPPORT COURT

Les registres somatiques et cognitifs de la dépression dans une région sous-équipée d'Equateur : quelques considérations culturelles.

A. YUSIM, D. ANBARASAN, B. HALL, R. GOETZ, R. NEUGEBAUER, P. RUIZ

RAPPORT D'UNE SECTION DE LA WPA

Guide international de prescription des psychotropes pour les troubles du comportement des adultes atteints de déficience intellectuelle.

S. DEB, H. KWOK, M. BERTELLI,

L. SALVADOR-CARULLA, E. BRADLEY ET AL.

PERSPECTIVE

Les malades mentaux en prison.

J. ARBOLEDA-FLOREZ

TRADUCTION INTEGRALE EN FRANÇAIS

ATELIERS DE LA WPA

L'atelier « former les formateurs » en soins primaires de santé mentale (Ibadan, Nigeria, 26-30 janvier 2009)

O. GUREJE

Une mise à jour des programmes d'éducation de la WPA, 2009

A. TASMAN

Les prochains congrès scientifiques de la WPA

T. OKASHA

THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)

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

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

Further information on the WPA can be found on the web- site www.wpanet.org.

WPA EXECUTIVE COMMITTEE

President – M. Maj (Italy)

President-Elect – P. Ruiz (USA)

Secretary General – L. Küey (Turkey)

Secretary for Finances – T. Akiyama (Japan)

Secretary for Meetings – T. Okasha (Egypt)

Secretary for Education – A. Tasman (USA)

Secretary for Publications – H. Herrman (Australia)

Secretary for Sections – M. Jorge (Brazil)

WPA SECRETARIAT

Psychiatric Hospital, 2 Ch. du Petit-Bel-Air, 1225
Chêne- Bourg, Geneva, Switzerland. Phone:
+41223055736; Fax: +41223055735;

E-mail: wpasecretariat@wpanet.org.

WORLD PSYCHIATRY

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

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

1. Bathe KJ, Wilson EL. Solution methods for eigenvalue problems in structural mechanics. *Int J Num Math Engng* 1973;6 :213-26.

2. McRae TW. The impact of computers on accounting. London: Wiley, 1964.

3. Fraeijs de Veubeke B. Displacement and equilibrium models in the finite element method. In: Zienkiewicz OC, Hollister GS (eds). *Stress analysis*. London: Wiley, 1965:145-97.

All submissions should be sent to the office of the Editor.

Editor– M. Maj (Italy).

Associate Editor– H. Herrman (Australia).

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

Advisory Board– H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), S. Bloch (Australia), G. Christodoulou (Greece), J. Cox (UK), H. Freeman (UK), M. Kastrup (Denmark), H. Katschnig (Austria), D. Lipsitt (USA), F. Lolas (Chile), J.J. López-Ibor (Spain), J.E. Mezzich (USA), R. Montenegro (Argentina), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), N. Sartorius (Switzerland), B. Singh (Australia), P. Smolik (Czech Republic), R. Srinivasa Murthy (India), J. Talbott (USA), M. Tansella (Italy), S. Tyano (Israel), J. Zohar (Israel).

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

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

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

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

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

Le comité de rédaction de la version française de *World Psychiatry* est composé comme suit :

Président : Pr Mario Maj

Vice-présidente : Pr Helen Herrman

Rédacteur en chef : Dr Yves Thoret

Rédacteur en chef adjoint : Dr Rachid Bennegadi

Représentants de zone :

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

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

- Association Française de Psychiatrie, Dr Michel Botbol,
- Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé, Dr Chantal Jacquié-Ledun,
- Alfapsy, Dr Antoine Besse,
- L'Evolution psychiatrique, Dr Yves Thoret,
- Société de l'Information Psychiatrique, Dr Thierry Trémine,
- Société Médico-Psychologique, Pr Jean-François Allilaire,

Fédération Française de Psychiatrie, Pr Gérard Schmit, (Président)

Représentants de Centres de Recherches :

- Centre Française Minkowska , Dr Rachid Bennegadi,
- Centre de Recherches d'Epidémiologie, Dr Viviane Kovess,
- Centre de Recherches sur la Périnatalité, Dr Gisèle Apter.
- Pr Julien-Daniel Guelfi, Professeur émérite de l'Université Paris-Descartes, praticien attaché, CMME (Service du Pr F.Rouillon),

Représentants du réseau documentaire en santé mentale « ascodocpsy » <http://www.ascodocpsy.org>

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

Représentants des pays francophones

Suisse : Pr François Ferrero

Dr Guido Bondolfi, Dr Philippe Huguelet

Traductrice, Mme Sasha Mann

Les fonctions de ce comité sont :

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

Hommage à Pierre PICHOT

Nous voulons accompagner la publication en ligne de ce premier numéro de la version française de la revue « *World Psychiatry* » d'un hommage à l'un de nos maîtres en psychiatrie, M. le professeur Pierre PICHOT.

Il est né en Vendée en 1918. Après avoir travaillé comme interne des hôpitaux de Paris à l'hôpital de Bicêtre et à la Fondation Vallée, il rejoignit Jean DELAY à l'hôpital Sainte-Anne où celui-ci était agrégé du Professeur LEVY-VALENSI.

En 1950, il était adjoint du professeur Jean DELAY, titulaire de la première chaire de psychiatrie en France, à l'Hôpital Sainte-Anne. Pierre PICHOT joua un rôle très important dans la préparation et l'organisation du premier Congrès Mondial de Psychiatrie qui se tint à Paris cette année-là, avec des délégations de psychiatres du monde entier, malgré les difficultés de transport et les contraintes économiques et politiques de cette époque d'après-guerre. Ce Congrès détermina la création de l'Association Mondiale de Psychiatrie en 1950, avec comme Président, le professeur Jean DELAY et comme Secrétaire Général, le docteur Henri EY. Avec une double formation en mathématiques et en psychologie, Pierre PICHOT s'intéressa tout particulièrement à la psychométrie et à la psychopathologie quantitative, tout en aidant à l'introduction des tests psychologiques et de la psychothérapie comportementale en France. Il a été professeur de psychologie à l'Institut de Psychologie de l'Université René Descartes. Il fut nommé professeur agrégé dans le service de Jean DELAY en 1955, jusqu'au départ de celui-ci en retraite.

En 1970, le professeur Pierre PICHOT fut nommé à la tête de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME) à l'Hôpital Sainte-Anne et à la Faculté de Médecine de Paris..

En 1977, lors du Congrès d'Honolulu de la WPA, il fut élu **Président de l' Association Mondiale de Psychiatrie** et exerça ces fonctions jusqu'en 1983. A ce titre, il a dû s'occuper avec Peter BERNER de Vienne, secrétaire général de la WPA, et avec les membres du Conseil Exécutif, du problème de l'abus d'exercice de la psychiatrie à des fins politiques en Union Soviétique ; ceci amènera l'Association des Psychiatres et Neurologistes d'Union Soviétique à se retirer provisoirement de la WPA lors du Congrès d'Athènes, en 1989. Il a été élu *Honorary Member* et *Honorary Fellow* de la WPA par l'Assemblée Générale de cette association.

Homme de grande culture et polyglotte, amateur d'entomologie, c'est un spécialiste des arts et traditions du Japon.

Ses travaux portent sur divers champs de la psychiatrie et de la psychologie :

- les tests mentaux et la psychologie
 - o les tests mentaux en psychiatrie (1949),
 - o les tests mentaux (1954),
 - o la mesure de l'intelligence de l'adulte (1956),
 - o méthodes psychométriques en clinique : tests mentaux et interprétation (avec Jean Delay et Jacques Perse)
 - o abrégé de psychologie (1966), avec Jean Delay,

- l'approche clinique et historique de la psychiatrie
 - o préface de l'ouvrage « psychiatrie » (1987), de Julien-Daniel Guelfi, Patrice Boyer, Silla Consoli, René Olivier-Martin.
 - o un siècle de psychiatrie (1996), ouvrage collectif,
 - o quel avenir pour la psychiatrie et la psychothérapie ? , avec Tobie Nathan,
 - o l'approche clinique en psychiatrie, ouvrage collectif.

- Les versions françaises du D.S.M.
 - o DSM III, (1983), avec JD. Guelfi,
 - o Présidence du congrès «DSM III et Psychiatrie Française», 27-28 avril 1984 à Paris ; actes publiés par les éditions Masson, en 1985.
 - o Les éditions suivantes du DSM ont été traduites en français et publiées par Julien-Daniel Guelfi et al., deux ans après l'édition originale: en 1989 pour le DSM III- R, en 1996 pour le DSM IV, en 2002 pour le DSM IV-TR

En raison de l'importance de l'action et des travaux du Professeur Pierre PICHOT dans l'histoire de la WPA depuis sa création, nous avons tenu à placer la première parution en ligne de la version française de «*World Psychiatry*» sous son parrainage, avec le présent hommage.

Il nous a adressé tous ses vœux pour cette excellente entreprise. Nous lui témoignons avec nos souhaits de bonne santé, nos remerciements et notre plus haute considération.

Driss Moussaoui, Julien-Daniel Guelfi, Rachid Bennegadi, Yves Thoret

Merci au professeur Driss Moussaoui (Maroc) pour son autorisation à citer son ouvrage «*Biographie de Jean Delay, premier président de l'Association Mondiale de Psychiatrie*» (Association Mondiale de Psychiatrie : 2002).

EDITORIAL

LES ACTIVITÉS DE COLLABORATION ENTRE LA WPA ET L'OMS EN 2009-2011

MARIO MAJ

PRÉSIDENT, WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Récemment, l'Association Mondiale de Psychiatrie (WPA) en collaboration avec l'Organisation Mondiale de Santé (OMS), a finalisé un programme de travail pour la période triennale 2009-2011, couvrant cinq items : a) la révision du chapitre de l'ICD-10 sur les troubles mentaux et comportementaux; b) la collaboration dans le Mental Health Gap Action Programme (mh-GAP) ; c) le partenariat dans la prise en charge des urgences de santé mentale ; d) la collaboration dans le secteur d'abus de substances ; e) le partenariat dans l'implication des usagers et des soignants. Je ne me concentre, ici, que sur les trois premiers de ces items.

La collaboration WPA-OMS dans la révision de l'ICD-10

Le processus de révision de l'ICD-10 (ou Classification Internationale des Maladies) est en cours, les sociétés membres de la WPA et les Sections Scientifiques de la WPA vont être formellement impliquées dans ce processus..

Un des aspects de cette implication sera la participation des sociétés membres de la WPA dans une ou plusieurs enquêtes et essais cliniques, dont l'objectif est de fournir une perspective transculturelle des sujets suivants : a) ce qu'est un trouble mental ; les troubles mentaux vs les réponses homéostatiques à des événements de la vie (i.e., comment différencier entre chagrin normal, peine compliquée et dépression majeure, ou entre réponses aux traumatismes normaux et pathologiques) ; b) le potentiel stigmatisant des nomenclatures psychiatriques (plusieurs termes utilisés dans les classifications internationales paraissent bizarres, voir offensants, dans certaines langues ; en ce moment nous n'avons qu'une information incomplète sur le sujet) ; c) l'utilité de classifications nationales vs internationales, et la nécessité de disposer d'adaptations des systèmes diagnostiques nationaux (plusieurs pays et régions ont toujours leurs propres classifications, ou utilisent des adaptations des

classifications internationales) : quelles sont les raisons principales qui font que ces classifications nationales ou adaptations pourraient être requises ? ; d) l'utilisation de systèmes actuels de diagnostic ; les principaux obstacles à leur utilisation (nous n'avons qu'une information partielle de l'utilisation de l'ICD-10 dans les contextes variés dans divers pays, raison principale pour laquelle elle n'a pas été adoptée) ; e) la pertinence des catégories ou critères spécifiques de l'ICD-10 à des cultures différentes (par exemple, la catégorie de troubles post-traumatiques, ou les critères actuels pour identifier les divers niveaux de sévérité d'une épisode de dépression) f) la pertinence et applicabilité des propositions de nouvelles approches diagnostiques, catégories ou critères dans divers contextes culturels (c'est-à-dire, prototypes, dimensions ou échelles de mesure incorporées dans le système ; ou de l'inclusion d'un critères de déficit cognitif dans le diagnostic de la schizophrénie) ; g) l'équivalence conceptuelle de syndromes et de symptômes à travers les cultures (c'est-à-dire, est-ce que le terme « dépression » est le même dans toutes les cultures ?) ; h) l'évaluation de « sévérité », « déficit » et « détresse » (comment cette évaluation devrait être réalisée et quelle devrait être sa place dans le système diagnostique) ; i) l'applicabilité de catégories ou critères par les non psychiatres dans des cadres particuliers (surtout dans les pays pauvres) ; j) les questions de sexe et d'âge (quelles modifications du système sont nécessaires pour le rendre plus sensible aux différences de sexe et d'âge dans diverses cultures ?) (1-11).

La collaboration OMS-WPA dans le mhGAP

La WPA s'est engagée à assister l'OMS dans la préparation des séries d'interventions du mhGAP et de soutenir l'OMS dans l'implémentation du programme dans les pays. (Le mot « GAP » évoque le gouffre séparant les moyens des pays à bas revenu des autres.

Nous avons réalisé en premier lieu une enquête sur la disponibilité et la faisabilité d'interventions basées sur les preuves pour les maladies mentales prioritaires dans les différents pays et régions du monde, avec la participation des représentants régionaux de la WPA (*WPA Zonal Representatives*) et des sociétés membres. Les résultats de cette enquête seront publiés dans un article dans le *Lancet*.

Dans un deuxième temps, nous avons commencé à renforcer les ressources humaines dans certains pays où le manque des ressources est considérable, mais où la société nationale membre de la WPA est très active et où le gouvernement montre sa volonté d'y collaborer. Le premier pays où ce travail est en cours est le Nigeria. Les activités de la WPA progressant dans ce pays comportent : a) un programme de formation de formateurs, centré sur l'intégration de la santé mentale en soins primaires et le ciblage des infirmiers et du personnel travaillant dans les centres communautaires de santé (un premier atelier visant les six régions du sud ouest et les deux états Yorubaphones du centre nord du Nigeria, s'est tenu à Ibadan en janvier dernier, suivi actuellement par une phase de supervision des participants en collaboration avec le gouvernement) ; b) un programme de formation continue des psychiatres (une session de CME aura lieu en octobre prochain, mené par T. Burns, sur l'amélioration du fonctionnement psychosocial chez les personnes souffrant de maladie mentale sévère) ; c) un programme dont l'objectif est d'encourager les qualités de dirigeant et les talents professionnels de jeunes psychiatres (un atelier, mené par N. Sartorius à Abuja, sera co-sponsorisé par la WPA) ; d) un plan pour renforcer le partenariat avec les autorités sanitaires dans le pays (avec le bureau AFRO de l'OMS, nous organisons un événement avec la participation du Ministre de la Santé et d'autres autorités sanitaires) ; e) un effort pour mieux comprendre et aborder la question de l'exode de cerveaux de professionnels en psychiatrie (12-14).

Le partenariat OMS-WPA sur la prise en charge des urgences psychiatriques

Le partenariat OMS-WPA sur la prise en charge des urgences psychiatriques est basé sur deux principes. Le premier est représenté par les activités de formation des formateurs sur la prévention et la prise en charge des conséquences sur la santé mentale, lors de catastrophes et de conflits. Un atelier WPA-OMS a été organisé au siège social de l'OMS à Genève en juillet, avec 20 participants sélectionnés parmi les 124 candidats. Cela sera suivi par un atelier à Dhaka, au Bangladesh, en janvier 2010. Notre objectif est de créer un groupe de psychiatres hautement qualifiés et formés qui à leur tour deviendront les formateurs d'autres psychiatres dans leurs régions, ce qui représente une ressource de professionnels pour la WPA, l'OMS et d'autres organismes des Nations Unies lorsque de nouveaux problèmes majeurs surgiront.

Le deuxième principe de ce partenariat est la coordination des interventions psychiatriques lors de catastrophes dans un pays ou région requérant une

intervention extérieure. Nous avons déjà implémenté cette coordination lors des conflits à Gaza. La collaboration comporte deux éléments, un à court terme et l'autre à moyen terme. L'élément à plus court terme est le recrutement des psychiatres capables de parler une langue locale, bien formés, prêts à intervenir dans la région concernée. Le projet à moyen terme consiste à établir un partenariat avec les gouvernements concernés et les sociétés membres nationales, dont le but est de renforcer le système de santé mentale national ou régional. En fait, une des leçons que nous avons apprises par notre expérience passée c'est que les catastrophes sont évidemment des circonstances malheureuses, mais elles représentent aussi une opportunité pour renforcer les services locaux de santé mentale, parce qu'elles mobilisent les ressources et attirent l'attention de responsables politiques impliqués dans les questions de santé mentale.

Conclusion

Ces actions représentent une partie des activités que la WPA met en œuvre en collaboration avec l'OMS, avec deux objectifs en tête : assister autant que possible certains pays dans le besoin, améliorer l'image et augmenter l'influence politique de notre discipline et de notre profession dans l'arène internationale de la Santé Publique.

Une mise à jour permanente concernant la collaboration WPA-OMS peut être consultée sur le site de la WPA (www.wpanet.org).

Bibliographie

1. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2007;6:149-56.
2. Njenga F. The concept of mental disorder: an African perspective. *World Psychiatry* 2007;6:166-7.
3. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry* 2009;8:67-74.
4. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:185-8.
5. Craddock N, Owen MJ. Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages. *World Psychiatry* 2007;6:84-91.
6. Peralta V, Cuesta MJ. A dimensional and categorical architecture for the classification of psychotic disorders. *World Psychiatry* 2007;6:100-1.
7. Zisook S., Shear K, Kendler KS. Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry* 2007;6:102-7.
8. Widiger TA. Dimensional models of personality disorder. *World Psychiatry* 2007;6:79-83.
9. Keefe RSE. Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia? *World Psychiatry* 2008;7:22-8.
10. Tamminga CA. Domains of dysfunction in schizophrenia: implications for diagnosis. *World Psychiatry* 2008;7:34-5.

11. Üstün B, Kennedy C. What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009;8:82-5.
12. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008; 7:129-30.

13. Gureje O, Hollins S, Botbol M et al. Report of the WPA Task Force on Brain Drain. *World Psychiatry* 2009;8:115-8.
14. Gureje O. The WPA Train-the-Trainers Workshop (Ibadan, Nigeria, January 26-30, 2009). *World Psychiatry* 2009;8:190.

ARTICLES ORIGINAUX

CULTURE, FACTEURS CULTURELS ET DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE : REVUE DE LA QUESTION ET ÉTUDE PROSPECTIVE

R.D. ALARCON

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY, MAYO CLINIC COLLEGE OF MEDICINE, ROCHESTER, MN 55905, USA

L'objectif de cet article est de fournir des arguments conceptuels pour la prise en compte de la culture et des facteurs culturels dans le diagnostic psychiatrique, et des suggestions logistiques quant au contenu et l'utilisation de cette approche. Un débat sur l'étendue et les limitations de la pratique diagnostique actuelle, les critiques de divers secteurs, le rôle et la pertinence de la culture dans la rencontre diagnostique, sera présenté avant l'examen des avantages et inconvénients de la démarche. Le contenu culturel du diagnostic psychiatrique doit inclure les principales variables culturelles, bien connues, des données familiales suffisantes, des modèles explicatoires, les forces et faiblesses de chaque individu. Comme éléments de la définition mise à jour de la maladie mentale, les aspects pratiques comportent l'acceptation de “discordances culturelles” et l'utilisation d'une formulation culturelle remise à neuf. Seront abordées les stratégies de « télescopages » cliniques, afin d'obtenir des informations culturelles pertinentes lors de l'entretien diagnostique, et les futurs thèmes de recherche (comprenant des essais cliniques sur la formulation culturelle et sur les « culture bound syndroms »).

Mots clés : Culture, diagnostic psychiatrique, formulation culturelle
(World Psychiatry 2009;8:131-139)

De toute évidence, le diagnostic est probablement le sujet principal de discussion et de débat dans le domaine de la psychiatrie aujourd'hui. L'annonce de la parution de nouvelles éditions des deux classifications les plus connues, le DSM-V et l'ICD-11 en 2012 et 2014 respectivement, a engendré un échange d'opinions prévisible et parfois houleux de suggestions, de critiques et d'initiatives de recherche. Diverses activités à travers le monde (conférences, réunions, symposiums), et des déclarations communes de travaux cohérents à l'échelle internationale, sont en plein essor et cette croissance ne se ralentira sans doute que bien après la sortie des dites publications.

On anticipe l'incorporation dans les nouvelles nomenclatures de changements dans la structure, les modalités diagnostiques, les approches des évaluations cliniques, la définition et l'étendue des maladies, le degré de gravité et le niveau de fonctionnement. Les contributions des neurosciences et des sciences sociales, de la recherche clinique et épidémiologique, de la perspective de santé publique, vont être, on l'espère, inclus à des niveaux réalistes. Et enfin, les autorités nationales gouvernementales, les compagnies d'assurances, l'industrie pharmaceutique, les organisations de santé et les professionnels du monde entier, et le public en général, gardent un œil attentif sur l'ensemble du processus (1-3).

La perspective culturelle du diagnostic psychiatrique a été accueillie à différents niveaux de réception et d'implémentation réels (4), malgré les attitudes uniformes des leaders des organismes officiels de

psychiatrie et de santé mentale à travers le monde, professant leur respect et leur digne considération des facteurs culturels dans l'élaboration des nomenclatures antérieures, actuelles et à venir.

En admettant la sincérité de telles déclarations, cet article s'efforcera d'examiner de façon objective en quoi la culture devrait être une partie intégrale du diagnostic en psychiatrie, comment et quand. Après une récapitulation courte des concepts de base du diagnostic, cet article se concentrera sur l'histoire, l'évolution et l'état actuel des deux principaux systèmes de classification dans la psychiatrie d'aujourd'hui. Ensuite, l'examen des concepts de base de la culture et des facteurs culturels sera suivi par des recommandations spécifiques quant à l'intégration raisonnable de questions culturelles dans l'entreprise du diagnostic.

Le diagnostic en psychiatrie : une courte récapitulation

Compris comme le traitement d'informations complexes concernant les symptômes, comportements, émotions associées, et substrats neurobiologiques éventuels, durant le recueil de narrations et l'observation d'événements psychologiques réels, l'objectif du diagnostic psychiatrique est d'atteindre une vision compréhensive du vécu du patient, afin que le traitement le mieux adapté puisse être offert, dont le résultat sera l'amélioration clinique, le fonctionnement personnel plus efficace, et une qualité de vie plus confortable pour le patient et sa famille.

Les perspectives modernes font que le diagnostic, en plus de ce qui précède, représente un élément essentiel des enquêtes épidémiologiques, un composant important de l'entité clinique à l'étude dans l'éclaircissement de facteurs de risque et de protection, un outil dans la vérification du rôle des familles et des communautés, et la base pour la décision des stratégies permettant d'offrir des services adéquats aux individus et à la population générale (5). Sans se tromper, on peut admettre que la perspective du diagnostic aujourd'hui inclurait de façon active des éléments culturels dans la structure, la conduite et les conséquences souhaitées dans la procédure du diagnostic (6,7).

Avec ses imperfections et lacunes, le diagnostic est une étape fondamentale dans la rencontre psychiatrique, peut-être même plus pertinente que dans tout autre domaine de la médecine. Le diagnostic est basé principalement sur des composants cliniques absolus, c'est-à-dire, le dialogue anamnestique entre patient et psychiatre, l'évaluation des états émotionnels subjectifs profonds, et l'exploration de questions interpersonnelles et du vécu (8). Le diagnostic en psychiatrie n'est pas le résultat d'analyses de laboratoire, ou l'attribution catégorique (pathognomonique) de symptômes ou de marqueurs biologiques (« biomarkers ») utilisés dans les spécialités médicales ou chirurgicales. Cela correspond assez bien à la représentation d'un « travail en progrès ».

DSM et ICD : histoire et évolution

La première édition du DSM a été publiée en 1952. Au début c'était principalement une liste d'entités cliniques avec une déformation idéologique soutenue, un mélange presque paradoxal de terminologie psychanalytique et de conceptualisations « psychobiologiques » Mayeriennes. Né en Suisse, le pathologiste Adolf Mayer s'installa à Chicago pour intégrer en pionnier les composantes définissant la maladie mentale. Son influence sur la psychiatrie américaine fut puissante, tant comme premier titulaire du département de psychiatrie à l'hôpital Johns Hopkins à Baltimore de 1912 à 1960, que comme symbole de l'ouverture d'une nation encore jeune vers les contributions d'un scientifique immigré et apportant la preuve de la perméabilité de la médecine et de la psychiatrie américaines aux idées novatrices (9). Mayer considérait les maladies mentales comme des « réactions » à une diversité de facteurs psychobiologiques et, comme Freud l'a fait avec les phénomènes « inconscients », leur conférait un caractère étiologique catégorique et irréfutable.

Cette approche a perduré dans la deuxième édition du DSM (1968), en dépit de l'élimination du terme « réaction ». L'acceptation d'une étiologie présumée ou pré-établie, sans même considérer une chaîne pathogénique médiatrice de réponse aux facteurs encore inconnus, prédominait dans la documentation théorique de ces classifications.

Le DSM-III a vu le jour en 1980. De nombreuses personnes du monde psychiatrique, et de l'extérieur, le considèrent comme une « révolution » dans la nosologie de maladies mentales. Effectivement, cela a opéré un changement radical dans l'approche du diagnostic, une rupture avec le jargon psychanalytique et les concepts « psychobiologiques » peu solides, adoptant une approche phénoménologique / descriptive / catégorique (en majorité Jaspersienne et Kraepelinienne), cherchant et utilisant des données de recherche documentées, énumérant des critères plus spécifiques, et assignant des quantifications codées. Avant et après sa publication, le DSM-III a été l'objet d'une quantité abondante de livres, d'articles, et de nouvelles recherches qui, bien que positives, s'appuyaient sur la fiabilité au dépens d'une validité non démontrable (10).

L'acceptation mondiale du DSM-III l'a rendu *de facto* l'outil de classification des maladies mentales dans la plupart des pays, comme en témoigne sa traduction dans plus de 30 langues. Cela s'est produit malgré l'absence totale de facteurs culturels, hormis quelques phrases timides ci et là, ou des études de cas s'efforçant de démontrer son applicabilité à des cas dans différentes régions du monde (11). Cette approche s'est maintenue dans le DSM-III-R, publié en 1987, qui comportait des critères plus élargis dans quelques conditions, mais qui ont néanmoins multiplié encore plus le nombre total d'entités diagnostiques.

Le succès du DSM-III et du DSM-III-R avait placé le diagnostic au premier plan de la psychiatrie mondiale. Il n'y a pas de doute que c'était une nouvelle approche pertinente dans l'établissement d'un diagnostic sur des bases solides pour des travaux de recherche, des activités pédagogiques et thérapeutiques. Les avocats, administrateurs, compagnies d'assurance, bureaucrates, et les politiques prêtaient alors plus d'attention au diagnostic et à ses implications. La fiabilité n'était pas absolument conforme aux attentes mais elle suffisait pour rendre acceptable le diagnostic.

Certains diront que le DSM-IV représentait une amélioration modeste en termes de reconnaissance et d'acceptation d'une perspective culturelle. Un groupe d'éminents psychiatres experts des aspects culturels (cliniciens et chercheurs) et des scientifiques de la dimension sociale avaient soumis au groupe de travail du DSM-IV une série de suggestions et recommandations. Malheureusement, ces contributions ont été sérieusement tronquées et le résultat n'en fut que trois additions : « culturel » a été mentionné une fois, ainsi que des considérations d'« âge » et de « sexe » faisant partie du texte dans quelques groupes (pas tous) de maladies ; l'inclusion d'une formulation culturelle dans l'Annexe I du manuel (avant dernier); et le listing d'un glossaire (incomplet) de « syndromes liés à la culture (*culture bound syndroms*) ». La minceur du contenu culturel du DSM-IV a pu être une des raisons pour laquelle les écoles de médecine, les programmes de formation des internes, et les médecins en général, n'ont pas porté à ces concepts, et spécifiquement à la « formulation culturelle », la même

attention qui a été prêtée au zénith de l'influence psychanalytique sur la pratique psychiatrique aux Etats-Unis, à ce qui fut appelé à l'époque « la formulation psychodynamique ».

Le destin des aspects culturels du diagnostic psychiatrique dans l'ICD est, à son tour, ambigu, pour ne pas dire nébuleux. La nature de l'Organisation Mondiale de la Santé (l'OMS) en tant qu'entité au service de tous les pays du monde (qui, de ce fait, s'engagent formellement à suivre les règlements, normes et recommandations), et dont le souci principal est l'impact de toutes les maladies sur la santé publique, fait que les considérations de la culture dans le diagnostic sont plus présentes, même si les délibérations devraient prendre en compte aussi des questions au-delà de la nosologie. En conséquence, on peut imaginer que la mention de variants culturels dans certaines entités, l'inclusion de « syndromes liés à la culture », des recommandations spécifiques quant aux styles et approches lors de l'entretien, des explications des critères et d'autres aspects de la procédure, auraient eu une présentation plus ciblée. Néanmoins, cela n'a pas toujours été le cas à travers les décennies de plusieurs versions de l'ICD, malgré l'examen studieux et courageux de ces sujets fait par Stengel à la demande de l'OMS, il y a cinquante ans (12), et dans plusieurs publications plus récentes (13,14).

Critiques du diagnostic psychiatrique

Des représentants de différents secteurs du monde public et professionnel ont critiqué la forme et le contenu des nomenclatures actuelles. C'est bien le témoin de l'importance portée au diagnostic psychiatrique dans beaucoup de secteurs. Historiquement, les psychanalystes furent les premiers à se lamenter de la disparition, dans le DSM-III et les éditions suivantes, de beaucoup de concepts et idées qui leur étaient précieux. Leurs critiques tournaient autour de l'omission de phénomènes inconscients (ou psychodynamiques) en tant qu'éléments de critères diagnostiques, l'effacement de certains termes cliniques ou diagnostiques, et l'obligation de se soumettre à des recommandations précises lors des entretiens, évaluations et conclusions, au lieu de l'approche plus ouverte de l'« association libre » de l'école Freudienne (15).

Il est intéressant de noter que les phénoménologues aussi ont critiqué le DSM-III et les éditions suivantes, malgré l'adoption d'approches claires et descriptives dans le nouveau système. Les phénoménologues soulignaient que le manuel avait plus ou moins « manipulé » la phénoménologie classique, la privant de son contenu philosophique riche, dans l'intérêt d'une utilisation plus pragmatique des termes anciens, et d'un choix de nouveaux termes (16). De façon similaire, les neuroscientifiques et des chercheurs fondamentaux récusait ce qu'ils considéraient comme un manque de reconnaissance des contributions de la science fondamentale dans certains diagnostics, notamment dans le domaine dit « neuropsychiatrique » qui incluait des groupes de symptômes liés à l'âge ou à la génétique (17,18). Enfin, les psychiatres experts dans les approches sociales et culturelles ont

régulièrement dénoncé l'ethnocentrisme masqué du DSM (à visée caucasienne) et sa « négligence bénigne » envers les sujets spécifiques. Ce point sera étayé ci dessous.

La société en général n'a pas été indifférente aux débats sur ce sujet. Les organismes séculiers, bien qu'admettant la nécessité de nomenclatures psychiatriques, ont tendance, parfois, à les considérer comme potentiellement menaçantes ou, comme des outils injustifiés de contrôle, d'intrusion et d'oppression. Les opinions extrémistes de l'Eglise de Scientologie à propos de la psychiatrie sont connues (19). Dans le monde de l'entreprise, les compagnies d'assurances reculent devant l'extension des entités cliniques et de leur prise en charge. Jusqu'aujourd'hui, elles ont tout simplement refusé de fournir une quelconque couverture pour des maladies mentales diagnostiquées et traitées dans un environnement hospitalier ou en ambulatoire aux Etats-Unis. De son côté, l'industrie pharmaceutique a accueilli à bras ouverts le nombre croissant de conditions 'diagnosticables', a poussé pour plus d'indications cliniques pour des produits existants (y compris la prolifération des suggestions d'utilisations hors AMM), et a prôné – sans l'admettre – l'utilisation d'une "polypharmacie", ce qui représente, pratiquement, un déni ou rejet flagrant de tout système de diagnostic formel.

Deux autres acteurs ont contribué à ce que certains ont appelé la « subculture » des débats sur le diagnostic psychiatrique: la profession juridique et les medias. Certains cabinets juridiques et quelques avocats ont déformé ou manipulé des manifestations pouvant évoquer la folie, en insinuant d'éventuels diagnostics pour justifier toutes sortes de violations de la Loi ; de l'autre côté, parfois, ces mêmes personnes considèrent les diagnostics comme étant imprécis ou « cruels », selon les cas. De plus, soit en toile de fond soit parfois comme chef d'orchestre de ce bouleversement réellement culturel, les médias dramatisent les incidents liés à la psychiatrie, critiquent les erreurs ou défauts de diagnostic, condamnent les échecs thérapeutiques, ou exagèrent les désaccords au sein de la profession, afin de mieux « vendre » certains sujets à sensation.

L'état actuel du diagnostic psychiatrique

D'une position avantageuse strictement clinique et scientifique, l'état actuel du diagnostic en psychiatrie correspond mieux à l'étiquette « en transition ». Ces 15 dernières années ont été témoins de progrès significatifs dans la recherche épidémiologique, les enquêtes neuroscientifiques et dans la prise en charge clinique de nombreuses maladies mentales. En même temps, l'expérience de l'utilisation de systèmes de diagnostic existants a permis des observations bien fondées, favorables ou critiques, et des suggestions d'amélioration. Par exemple, il est évident que tout en améliorant les taux de fiabilité, et de communication en général, les critères diagnostiques descriptifs reflètent le manque d'information conséquente sur l'étiologie et la physiopathologie des maladies mentales, ce qui est

dû en partie à l'absence de « marqueurs biologiques » fiables. De plus, ces critères sont un mélange de caractéristiques comportementales (dont certaines ne sont pas nécessairement « pathologiques ») et de symptômes réels. Ceci peut, en partie, engendrer des taux trop élevés de comorbidité (et son imprécision inhérente, rendue nébuleuse par les groupements de psychopathologies familiales compliquées) ou un nombre excessif de diagnostics « manquant par ailleurs de caractère spécifique » (20).

Les liens entre validité, sévérité, handicap et aspects quantitatifs attendus du diagnostic ne sont pas clairs (21). Ce composant quantitatif ne peut être saisi successivement par l'approche multiaxiale. Les « points de croisement », ou la transition du normal au psychopathologique, ne sont pas clairement établis, considérant l'évolution clinique de toute disposition psychiatrique comme prédéterminée, voire artificielle (22). Le nombre de critères « requis » pour un diagnostic donné produit une hétérogénéité, même parmi les patients partageant la même étiquette. Le diagnostic différentiel peut alors devenir difficile et confus. La réification de critères diagnostiques attire une rigidité et une opacité dans l'exercice du diagnostic, qui se doit d'être actif et lucide. La recherche limitée ou biaisée peut souligner les symptômes les plus étudiés, et non les plus pertinents ou déterminants dans la présentation clinique, engendrant des variations significatives dans les études épidémiologiques, entre autres. Les diagnostics « de sous-type » et « de sub-seuil » sont subjectifs, instables, arbitraires et, à la fin, non empiriques (23). Plus près de la perspective culturelle, l'âge, le sexe et les variantes du développement sont, trop souvent, ignorés.

LA CULTURE ET LES FACTEURS CULTURELS DANS LE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

La culture est définie comme étant une série de normes de comportement, de sens, de valeurs ou de points de référence, utilisés par les membres d'une société spécifique pour construire leur vision unique du monde et établir leur identité. Cela comporte un nombre de variables tels que le langage, les traditions, les valeurs, les croyances religieuses, les idées et pratiques morales, le sexe et l'orientation sexuelle, et le statut socioéconomique (24). Pour rester actuelle, cette définition a aussi incorporé des éléments tels que les philosophies financières et les réalités, toujours en mutation, imposées par les progrès technologiques. La gamme d'interactions possibles entre la culture et ses composantes, avec les phénomènes cliniques en général, et le diagnostic psychiatrique en particulier, est vaste et présente de nombreux aspects. Ce dernier, le diagnostic, nécessite une familiarité avec la discipline dynamique qu'est la psychiatrie culturelle.

La psychiatrie culturelle concerne la description, la définition, l'évaluation, et la prise en charge de toutes les conditions psychiatriques, dans la mesure où elles reflètent et sont soumises à l'influence marquante des facteurs culturels. Elle emploie des concepts et des

instruments de sciences sociales et biologiques afin de développer une connaissance complète des événements psychopathologiques et leur prise en charge par les patients, la famille, les professionnels et la communauté en général (25,26). Les frontières de cette discipline sont mieux tracées en définissant ce que la psychiatrie culturelle n'est pas. On ne peut la limiter à une sous-spécialité psychiatrique, parce que la culture imprègne tout événement clinique et non clinique dans toute et n'importe laquelle des maladies. Ce n'est pas un nouveau nom pour d'autres disciplines (en fait, la psychiatrie culturelle est le résultat d'une évolution historique de secteurs autrefois appelées psychiatrie comparative, psychiatrie croisée ou transculturelle, psychiatrie sociale et d'autres, évitant précisément le remaniement d'idées anciennes). La psychiatrie culturelle n'est pas une psychiatrie anti-biologique, simplement parce qu'elle reconnaît la différence des phénomènes mentaux, entre l'étiologie (probablement biologique) et la pathogenèse (probablement psychosocio-culturelle), et elle accepte les contributions des neuroscientifiques comme des facteurs renforçant et clarifiant la normalité et le pathologique. Dans le même contexte, la psychiatrie culturelle n'est ni un stratagème politique ni un simple élément de rhétorique (27,28).

Plus près de sa pratique de diagnostic, la psychiatrie culturelle ne doit pas être considérée uniquement comme une psychiatrie de minorités ethniques ou de pays exotiques, parce que cela renierait l'impact de facteurs culturels dans la vie quotidienne de populations majoritaires dans tout pays ou continent, ou réduirait ces facteurs à n'exister que dans certains pays, fort éloignés des centres urbains, des pays développés, ou des nations occidentales, en général. Bien qu'il soit vrai que, pour des convenances cliniques, la présentation et la discussion de questions culturelles de santé, de maladie, de diagnostic et de traitement peuvent utiliser des exemples de minorités ethniques, d'immigrants, de réfugiés, ou de soi-disant « populations spécifiques » (enfants, adolescents, personnes âgées, femmes, homosexuels, ou membres de cultes ou de sectes religieuses, tous considérés comme des « minorités »), ce serait une grave erreur de présumer que la culture n'existe que dans et pour ces groupes. En fait, la reconnaissance de facteurs culturels dans le diagnostic psychiatrique *pour tous* serait un grand pas en avant dans la rectification de cette idée erronée. Cela va sans dire que la psychiatrie culturelle se différencie de la psychiatrie internationale, et qu'elle n'est pas limitée à une race, un sexe et une ethnicité en tant qu'indicateurs principaux.

Le milieu culturel du patient et son identité doivent être bien compris par le clinicien, et son impact dûment reconnu et évalué. Impliquant une série essentielle de facteurs, la culture joue plusieurs rôles dans le processus de diagnostic (29). Les facteurs culturels peuvent avoir un impact pathogénique puissant en tant que déclencheurs de psychopathologie (par exemple, le rôle de la violence des séries télévisées dans le développement de comportements violents chez des enfants ou adolescents probablement prédisposés (30). Ils peuvent aussi contribuer aux degrés plus élevés ou

plus bas de sévérité des symptômes psychiatriques (délais à chercher de l'aide, par exemple, quand des symptômes psychotiques aigus apparaissent chez un membre de la famille). Ils peuvent être des agents dans l'expression de symptômes cliniques, reflétant les thèmes dominants de l'époque historique lorsque la maladie surgit. Ils sont de toute façon des éléments déterminants dans la prise en charge.

Dans la pratique psychiatrique actuelle, comment se sert-on de la culture ? On peut répondre rapidement : extrêmement mal. Il existe, bien sûr, de nombreuses déclarations sur l'importance des facteurs culturels dans le diagnostic. Néanmoins, l'utilisation de la formulation culturelle est limitée, la culture dans les évaluations cliniques se réduit au plus à la mention de race, d'ethnicité, de langue ou d'état de migration, et dans la plupart des programmes de formation, les didactiques de psychiatrie culturelle ne couvrent que quelques heures, en majorité pendant la dernière année ou dans des périodes facultatives, lors desquelles son impact est souvent minimisé par les attentes ou projets de carrière des internes en psychiatrie. Même dans les programmes où ces exigences doivent être comblées, la demande d'un corps croissant de connaissances relègue la psychiatrie culturelle à une considération marginale. En pratique, la réponse est dédaigneuse : « oui, les facteurs culturels sont importants dans le diagnostic psychiatrique, donc vérifiez bien la race et l'ethnicité de vos patients ; si vous avez un problème linguistique, appelez un interprète (s'il y en a un de disponible), soyez respectueux, et passez rapidement au cas suivant ».

Les transactions entre formateurs et stagiaires, ou entre cliniciens et patients, n'ont pas toujours une connotation aussi expéditive ou cynique. Le personnel d'unités hospitalières surchargées, de cliniques ambulatoires, de soins intensifs, ou de consultations privées fait de son mieux pour pallier aux demandes intensives en temps et en talents professionnels. Ceux qui trouvent les moyens de fournir une information culturelle décente, et qui recueillent des données culturelles solides, apprennent à reconnaître ce qu'est la culture dans le milieu clinique, généralement appelé « environnement ». Dans ce cas, et lorsqu'on le fait, le diagnostic en sera réellement compréhensif, individualisé, et pour toutes ces raisons, possédera aussi le sceau humaniste qui doit être au cœur de toute interaction clinique en médecine et tout particulièrement, en psychiatrie.

Malheureusement, ces avantages rencontrent des inconvénients qui résultent des critiques discutées précédemment (31). On dit que la culture est un concept trop vaste, son contenu trop complexe, sa nature trop hétérogène (les centaines, voire les milliers de groupes et sous-groupes culturels, langues et dialectes à travers le monde, sont souvent cités comme en étant la preuve) pour être couverte par des interactions cliniques relativement simples (32). Les contributions de la littérature concernant la culture dans la pratique clinique et le diagnostic sont, pour la plupart, descriptives, narratives, et / ou teintées de

points de vues sociologiques, anthropologiques, même écologiques (33), et donc étiquetées et rejetées en tant que « science molle » par les cliniciens et les scientifiques. De nombreux auteurs insistent sur le fait que les facteurs culturels ne sont importants *que* dans les questions de traitement et de prise en charge, peut-être dans les mesures préventives, mais pas dans le diagnostic *per se*. Et enfin, les inconvénients sont rassemblés par des difficultés logistiques dans l'instrumentation d'enquêtes culturelles diagnostiques : leurs adeptes ne semblent pas s'accorder sur le contenu de telles enquêtes, il y a peu d'outils vraiment validés, et même si c'était le cas, leur utilisation prendrait du temps et serait compliquée (21, 32, 33).

Les soi-disant « syndromes liés à la culture » méritent des commentaires particuliers. Ce sont des tableaux cliniques que l'on considère comme étant uniquement liés à des caractéristiques culturelles, spécifiques aux groupes d'hommes dans lesquels elles apparaissent ; en tant que telles, leurs manifestations étiologiques, pathogéniques et cliniques ne correspondent pas aux entités conventionnelles incluses dans la majorité des nomenclatures occidentales. Les syndromes liés à la culture ont, en effet, une histoire vénérable, enrichie de contributions de cliniciens et chercheurs reconnus au cours de ces quatre ou cinq dernières décennies (34,35). Une liste partielle de syndromes liés à la culture a été incluse dans l'Annexe I du DSM-IV, mais elle n'a pas rendu justice à la littérature extensive sur le sujet. Quasiment toutes les régions du monde possèdent une série de syndromes liés à la culture, mais l'on remarque que, parfois, les descriptions sont assez similaires, et d'autres fois elles sont trop génériques ou vagues pour être caractérisées de façon appropriée. La question fondamentale sur les syndromes liés à la culture porte sur un dilemme supplémentaire : sont-ils des entités nosologiquement autonomes, ou ont-ils assez de similarités à des conditions cliniques actuellement répertoriées dans le DSM ou l'ICD ?

QU'EST CE QUI DEVRAIT ÊTRE CULTUREL DANS LE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE MODERNE ?

Le but de l'inclusion d'éléments culturels dans le diagnostic n'est ni d'homogénéiser les procédures diagnostiques et obtenir de vagues généralisations, ni d'accentuer l'hétérogénéité au nom d'une rigueur mal appropriée. Les constituants culturels du diagnostic psychiatrique moderne couvrent une diversité de domaines. Ce qui suit est une liste des principaux aspects pour lesquels des informations doivent être recueillies dans le processus d'un entretien clinique bien structuré.

Les variables culturelles

Elles doivent être reconnues et dûment décrites, établissant ainsi la scène pour recevoir des informations plus étendues. Des spécifications par rapport à la langue (et sa maîtrise), la religion et la spiritualité (avec mention éventuelle des règles principales, comme elles sont interprétées par le patient et les membres de sa famille), le sexe, le genre et l'orientation sexuelle, les traditions et les croyances

(celles qui, avec l'ethnicité, confèrent un sens d'identité personnelle et de groupe), l'histoire de la migration et le niveau d'acculturation (si nécessaire et le cas échéant), construiront la série minimale de variables à couvrir dans la phase initiale d'une évaluation clinique (24).

Les données familiales

Etant une variable culturelle à part entière, des informations concernant la famille, semblent être suffisamment importantes pour mériter un ciblage particulier. L'histoire familiale, la structure et la vie fournissent ce qu'on appelle des segments « micro culturels » ou « micro environnementaux » dans l'histoire du patient. Faisant partie du processus d'évaluation globale, les domaines tels que les modalités d'éducation, les rôles et/ou les hiérarchies, les activités d'instruction morale, les comportements alimentaires, et les interactions sociales (des célébrations communautaires, par exemple) doivent être recherchés. Et pour finir, les habitudes et façons de chercher de l'aide, bien que ceci ne soit pas un élément strictement diagnostique, représentent un facteur contextuel révélateur utile, et c'est un bon témoin de la mentalité familiale par rapport aux interactions avec le monde extérieur en général, et avec les professionnels de santé en particulier (36).

Facteurs pathogéniques et pathoplastiques

L'environnement (ou, pour être plus précis le « macro-environnement ») représente une source presque intarissable de facteurs bénins (ou préventifs) et délétères dans le développement de toute condition clinique. Pour les besoins d'un diagnostic basé sur la culture, l'identification de facteurs pathogéniques environnementaux est essentielle. Ces facteurs comportent la vie familiale (méritant un ciblage particulier, comme on l'a évoqué précédemment), mais aussi les évaluations de l'impact d'autres agences telles que les médias, les structures sociopolitiques, les règles et les valeurs du comportement public, l'affiliation à un lieu de culte, les calendriers, les rituels, les normes de scolarisation et tous ce qui s'y rattache....

Les facteurs pathoplastiques se réfèrent au caractère unique de l'expression d'un symptôme. Le clinicien doit être formé à reconnaître que la description des symptômes par le patient et sa famille, les mots et termes utilisés, et le contexte dans lequel l'histoire clinique évolue (en somme, le constituant « narratif » des transactions entre professionnel et patient) correspond au moment spécifique de leur apparition. L'environnement crée la forme (pas seulement la substance) des symptômes : un délire est une croyance ferme, non modifiable (peu ordinaire et bizarre, dans bien des cas) identifiée dans l'évaluation psychopathologique de tout patient, aujourd'hui et depuis que la psychiatrie clinique est devenue une discipline établie ; le contenu du délire (d'expression culturelle dominante), sera de toute façon différent chez un patient du 21^{ème} siècle, grandissant dans un monde urbain, dominé par la technologie, que chez un patient d'il y a 200 ans, vivant dans un environnement essentiellement rural et bien moins compliqué. La

distinction entre l'apparition du symptôme, sa description orale, et la réalité environnante du patient continue à être l'élément clé pour cette étape du diagnostic.

Modèles explicatoires

Composant critique dans tout encadrement culturel du diagnostic psychiatrique, les modèles explicatoires offrent la perspective idiosyncrasique caractéristique du patient et de sa famille en ce qui concerne l'origine (étiologie culturelle ?) des symptômes, pourquoi ils apparaissent, et comment le processus « devenir malade » a évolué (pathogenèse culturelle ?). L'exploration pourrait s'étendre en pourquoi un patient particulier est devenu la « cible » de tels symptômes, et ce qu'il faudrait faire pour les surpasser (37). Le sceau culturel de ces explications ne doit pas être sous-estimé, car l'information est précieuse et révélatrice pour le diagnostic lui-même et pour les aspects du processus de prise en charge multidisciplinaire (multi conceptuel ou multidimensionnel).

Les forces et faiblesses du patient

La phase de l'exploration du statut mental d'une histoire clinique comporte, aujourd'hui, une section soulignant les forces et faiblesses de chaque patient, comme elles sont décrites par le patient lui-même et/ou par les membres de sa famille. La nature culturelle de cette information est indéniable : étant le produit de l'auto-observation, elle reflète les questions d'image de soi, et de l'estime de soi qui en découlent, les modes d'interaction, la disposition sociale et les talents, le niveau de performance, et même les envies masquées de changement, ou des objectifs thérapeutiques évidents (38). De plus, les forces et faiblesses (ces dernières considérées comme des obstacles à des approches thérapeutiques) configurent ce qu'on appelle les « *coping styles* » du patient, ses capacités de réaction vis-à-vis des événements adverses à l'origine de, ou résultant, ou aggravant les symptômes pathologiques.

LES ASPECTS PRATIQUES DE L'INTEGRATION DE FACTEURS CULTURELS DANS LE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

La logistique de la procédure pour inclure des facteurs culturels dans l'ICD et le DSM n'est pas simple. Cela comporte plusieurs étapes ou constituants qui imposent une intégration conceptuelle, une cohérence idéologique, une vision pragmatique, et même un engagement politique. Elle comporte l'incorporation de la culture dans la définition de la maladie mentale, une récapitulation et une amélioration de la formulation culturelle et des étapes spécifiques dans le processus d'entretien, d'instrumentation, de documentation clinique et de recherche nécessaire.

Définition de la maladie mentale

Une première étape devrait être la reconnaissance, sans équivoque, du fait que les discordances culturelles jouent un rôle tout aussi important que les comportements mal adaptés et l'insuffisance fonctionnelle consécutive, dans la définition du trouble mental. Il ne suffit pas de limiter cette reconnaissance à des phrases banales telles que « en contraste avec les

normes culturelles établies de la communauté ou de la société d'origine du patient ». La définition du trouble mental, ou de la maladie mentale, devrait être explicite à propos de ces discordances (c'est-à-dire, contre les règles de coexistence, de respect, ou de solidarité dans la culture d'origine), les énumérant de façon succincte mais compréhensive. La définition du trouble mental figurera sur une des premières pages du nouveau Manuel de psychiatrie, cela semble être accepté en général ; qu'elle comporte un constituant culturel reste à voir. Ce serait la démonstration nette que les dirigeants de l'OMS, de l'Association Américaine de Psychiatrie, de l'Association Mondiale de Psychiatrie et d'autres organismes impliqués dans l'effort, ont vraiment l'intention de matérialiser cet élément du produit final du processus que l'on attend depuis longtemps (39,40).

La formulation culturelle

La formulation culturelle, comme elle apparaît dans le DSM-IV-TR, est un outil précieux qui, cependant, n'a pas été testé systématiquement. Son contenu comporte la plupart des concepts, mais pas tous les concepts présentés dans cet article. Elle a l'avantage d'être un instrument déjà connu, utilisable aussi bien par les spécialistes de santé mentale que par les non-spécialistes, rehaussant la valeur de l'ethnographie en tant que méthode de recueil de données cliniques, couvrant la perspective du patient lui-même, et incluant des données sur l'identité du patient, des modèles explicatoires, des facteurs d'environnement ainsi que le fonctionnement psychosocial, la relation avec le diagnosticien, et une évaluation globale culturelle pour le diagnostic et la prise en charge (41). Elle fournit une meilleure compréhension des symptômes, augmentant donc la fiabilité des évaluations cliniques conventionnelles.

Parmi les inconvénients de la formulation culturelle actuelle, on trouve l'imprécision et l'hétérogénéité qui en résultent dans les informations narratives. Dans l'ère des approches quantitatives de l'évaluation clinique d'individus et de groupes de patients, et l'utilisation de documentation « basée sur les faits », certains auteurs ont suggéré le développement d'une échelle, afin d'évoquer plus objectivement le caractère qualitatif de l'information de la formulation culturelle. C'est un projet fort réalisable. Néanmoins, il existe un consensus à propos du fait que la formulation culturelle doit être considérée comme un outil, sanctionné formellement pour son utilisation dans les évaluations cliniques, menant à un diagnostic plus compréhensif (42).

L'axe culturel ? La dimension culturelle ?

Une initiative qui a peu vécu avait avancé l'idée d'inclure un axe culturel aux cinq axes déjà inclus dans le DSM-III. Ses adeptes avaient remarqué la « visibilité » que des questions culturelles atteindraient en étant incorporées dans un seul axe exclusif. Mais rapidement, il parut évident que ce serait extrêmement laborieux et inefficace de présumer l'inclusion de tout

ce qui est culturel dans le vécu d'un malade mental sur un seul axe. De plus, cela irait à l'encontre de la nature universaliste des évaluations culturelles, et créerait une pseudo indépendance qui augmenterait encore plus l'isolation de la culture en tant que facteur diagnostique. Les critiques opinèrent sur le principe selon lequel la culture devrait se placer plutôt en première ligne de toute interaction menant à un diagnostic, et présider l'évaluation globale de tous les patients, avec la spécification de son impact sur les symptômes, syndromes et tout le vécu de la maladie (4).

La discussion sur la « dimension » culturelle est plus actuelle, vu le débat sur les approches catégorielles vs dimensionnelles dans le diagnostic psychiatrique en général (43). Il est vrai que la culture implique (et joue) un rôle plus important d'un point de vue dimensionnel, avec des facteurs (facettes ? traits ?) qui sont impactés par des réalités externes, telles que la misère, le chômage, les circonstances juridiques et politiques, et toute une panoplie des mots en «-ismes ». Alors que la dimensionnalisation de la culture pourrait créer aussi une isolation et une négligence potentielle, sa mise en oeuvre dans ce processus serait consommatrice de temps, et l'information ainsi recueillie serait fragmentée. Là encore, la réponse raisonnable à ces propos devrait être un effort renouvelé, afin de faire de l'évaluation culturelle un constituant fluide de l'entretien clinique, avec des instruments faciles à utiliser et cohérents, englobant les opinions et les procédures.

Les procédures d'entretiens cliniques

Avec une vision claire des variables culturelles pertinentes en tête, les facteurs étiopathogéniques et les modèles explicatifs à rechercher lors d'un entretien clinique conventionnel, une échelle de valeurs simple mais informative, et les constituants de la formulation culturelle à portée de main, le clinicien sera en bonne position pour intégrer ces facteurs dans le travail de routine. Cependant, cet état de vigilance critique est essentiel car il permettrait la détection précoce de ce qui pourrait être « culturel » dans l'histoire du patient (un thème omniprésent, par exemple, dans la somatisation (44)). Même si ce contenu est léger, il resterait dans le dossier clinique comme un rappel spécifique qui, ultérieurement, pourrait s'avérer pertinent ou utile. Si l'intuition (ou « suspicion ») du clinicien est modérée ou même forte, il pourrait utiliser une forme de « téléscopage », méthode qui lui permet de passer d'une évaluation large à une évaluation étroite (et dans ce cas, plus précise), utilisant, à ce moment là, les outils à portée de main afin de rendre les deux perceptions similairement claires. Puisque le téléscopage nécessite non seulement un « zoom » mais aussi divers objectifs pour affiner les vues, et avec des possibilités d'ajustements, ce « téléscopage clinique » vis-à-vis de l'évaluation des facteurs de diagnostic culturels, peut mettre en oeuvre de nouvelles approches, y compris des questions à la famille, aux amis, aux voisins, collègues de travail, ou connaissances, ou des outils cliniques supplémentaires pour établir les « discordances culturelles » réelles dans le narratif

recueilli (45,46). Il serait peut-être nécessaire à un moment donné de faire appel à l'aide d'un collègue expérimenté dans ce domaine.

Cette procédure peut ensuite mener, par exemple, à l'identification d'un « syndrome lié à la culture » (35,47) ou d'un aspect culturel bien défini d'une entité clinique conventionnelle, c'est-à-dire, la considération et l'évaluation de concepts, sévérité, et explication à propos d'un risque de suicide chez un patient donné (48). Tout ceci serait dûment documenté dans le rapport clinique final. En effet, cet effort pourrait mener en final à un diagnostic plus inclusif, et une série compréhensive anticipée de recommandations thérapeutiques. A l'opposé, cette pratique pourrait se terminer par l'exclusion rationnelle de l'étiopathogénèse culturelle, tout en retenant sa valeur en tant qu'élément dans les recommandations de la prise en charge générale, en renforçant les liens familiaux, par exemple, ou dans la thérapie de groupe, ou dans une assistance spirituelle. Là encore, le clinicien le spécifiera dans le dossier médical.

SUGGESTIONS POUR LA RECHERCHE FUTURE

Les années à venir offrent une opportunité significative pour la recherche sur la culture et le diagnostic psychiatrique (32,33). Il se peut qu'il y ait un meilleur regroupement disponible de sources de financement car la nécessité d'accomplir les promesses anciennes atteint des niveaux impressionnants. Le domaine reste encore considérablement peu exploré, malgré l'omniprésence de la culture dans tous les domaines de recherche en diagnostic psychiatrique. Le premier volume présentant un calendrier et un inventaire de recherche pour le DSM-V, édité par l'Association Américaine de Psychiatrie (49), avait reconnu le rôle de la culture dans presque tous ses chapitres. Les neuroscientifiques avaient commenté l'envahissement de questions ethniques et culturelles dans l'interprétation de la plupart des études génétiques, et leur influence sur la vulnérabilité et la résilience, les « *coping styles* », les réponses cognitives au stress, et la nature de l'aide sociale. La présence d'éléments ethnoculturels dans les manifestations des endophénotypes psychiatriques, et les réalités de l'épidémiologie pharmacologique, et les données ethnopsychopharmacologiques et pharmacogénomiques (50), sont aujourd'hui indéniables. De plus, il a été suggéré que la nouvelle nomenclature inclue une délimitation claire des critères principaux, et la reconnaissance de variantes culturelles et transculturelles dans la définition d'un symptôme et des manifestations comportementales et symptomatiques.

De la même façon, le groupe de travail sur les questions de développement avait mené à bien son travail sur les questions de sens et de contexte, de leurs effets sur l'expression de comportements particuliers, et sur les risques d'évolution vers la psychopathologie lors des différentes étapes du développement. Le besoin de fournir des explications concernant les mécanismes sociaux, culturels et neuropsychologiques impliqués dans l'impact sur les traits de personnalité

adaptives et maladaptives a aussi été souligné. Le chapitre pertinent soulignait les différences typologiques et comportementales parmi les cultures, et a commenté les résultats inégaux d'instruments de mesure bien connus dans différents groupes ethniques. La psychiatrie culturelle doit aussi prendre en compte le « facteur désir » dans le processus de diagnostic, un prélude au vaste domaine du stigma et de son impact diagnostique, ainsi que les biais ethnoculturels et linguistiques dans les évaluations de santé mentale (51,52). Les secteurs d'épidémiologie culturelle (un mélange potentiellement riche de variables anthropologiques et descriptives), et des études comparatives (urbain vs. rural, DSM-ICD, international et inter hémisphérique) sont toutes aussi pertinentes (53,54).

Les similarités et différences entre ethnicité et identité, religiosité et spiritualité, sont des sujets de liens notables avec le diagnostic psychiatrique dans une variété d'environnements culturels (55). Les connections entre la biologie et la culture en psychopathologie peuvent avoir une répercussion puissante sur les facteurs diagnostiques, tels que la résilience, la réponse aux événements traumatisants, la violence, la susceptibilité aux traitements, et sur la créativité, parmi d'autres (56,57). Les facteurs culturels dans les diagnostics spécifiques, comme la douleur chronique, les phobies, les troubles dissociatifs et de l'alimentation, y compris les troubles de la personnalité, sont au premier plan bien qu'ils n'aient pas été totalement élucidés (58). La même chose s'applique aux évaluations de la culture dans la perception de la sévérité des symptômes (par les patients et les cliniciens), des troubles fonctionnels et dans le domaine de la qualité de vie globale (59). La considération d'études sur la dimensionalisation de facteurs culturels pourrait bâtir les bases de futurs systèmes diagnostiques et nosologiques (43).

Dans le domaine des syndromes liés à la culture, des thèmes de recherche abondent et ont un réel besoin d'incorporation. Le premier et le plus important secteur de recherche concerne leur validité en tant qu'entités culturelles et s'ils doivent être considérés seuls, ou être inclus dans des groupes de troubles déjà décrits, tel que, une « *ataque de nervios* »", forme de d'attaque de panique, l'« *amok* », un épisode psychotique violemment aigu, le « *susto* », un trouble dissociatif, ou le « *koro* », une variante de troubles obsessionnels compulsifs (47, 60). A son tour, quelle place est donnée à ce qui est culturel dans des troubles « occidentaux » bien établis, comme l'anorexie ou la passion pathologique du jeu? (61-63). Il va sans dire que les débats intenses sur le sujet ne pourraient être résolus que par des projets de recherche comparative bien conçus.

Bien plus proche des développements actuels en nosologie psychiatrique, les essais cliniques sur la formulation culturelle pourraient tester la validité, la faisabilité (utilité) et la fiabilité de l'outil. Des échantillons de sexe racialement/ethniquement divers seraient requis afin d'inclure la variabilité culturelle

tant recherchée dans la présentation des symptômes, et clarifier les questions du sur- ou sous-diagnostic de certaines entités dans des groupes ethniques divers (42,43). La contribution du « groupe de référence culturel », l'impact de facteurs tels que le secteur de soins, ou le milieu culturel personnel et professionnel du praticien, devraient représenter des sujets de recherche acceptables. En appliquant la formulation culturelle et en la comparant à différents troubles comorbides ou difficilement différenciables, on la rendrait plus rigoureuse et fiable (60). Finalement, la formulation culturelle peut, et doit être, administrée et testée dans une diversité de cadres cliniques, c'est-à-dire, en médecine générale, en premiers soins, en clinique psychiatrique, et aussi en médecine spécialisée et dans les départements de psychiatrie.

Conclusions

Le dilemme de l'universalité vs le caractère distinctif, implicite dans l'élaboration de systèmes de diagnostic et de classification à travers l'histoire, a une position emblématique dans le débat sur l'incorporation de la culture et des facteurs culturels dans les éditions à paraître du DSM et de l'ICD. L'internationalisation des domaines de santé et de santé mentale due à la mondialisation, nourrie à son tour par les migrations toujours dynamiques, a imposé l'acceptation et la prise en compte pratique de la diversité dans les cadres cliniques et ce dans le monde entier. Bien que cet effort soit accepté en général, il n'est pas sans difficultés dans bien des domaines : conceptuels, méthodologiques, cliniques, financiers, administratifs et politiques. Ceci étant, une opportunité historique pour matérialiser les vieilles promesses se présente aujourd'hui, et doit être saisie de manière décisive par tous les individus, groupes et organisations impliqués.

Il est clair, en suivant la trajectoire des deux principaux systèmes nosologiques actuels, que la culture, comme facteur étiopathogénique et pathoplastique, et comme composant contributif de sévérité, a un impact significatif sur le diagnostic psychiatrique. Cependant, un tel impact va encore plus loin : chaque clinicien se doit de connaître et d'évaluer les variables culturelles pertinentes, les données familiales, les modèles explicatoires, les forces et faiblesses de chacun de ses patients et leur communauté d'origine. La psychiatrie culturelle, en tant que discipline jeune et robuste, aide à la systématisation de ces domaines de connaissances, grâce à ses liens grandissants aussi bien avec les sciences neurobiologiques qu'avec les sciences sociales.

Avec la déclaration explicite d'une référence culturelle (« discordance culturelles »), dans une nouvelle définition des troubles mentaux, avec l'utilisation, le perfectionnement, et l'introduction d'outils supplémentaires dans les essais cliniques, avec la formulation culturelle dans des outils tels que le DSM-IV-TR, l'ensemble de ces efforts permettra d'élaborer un modèle nouveau et pragmatique d'entretien diagnostique, capable d'inclure l'exploration de facteurs culturels, non seulement dans la phase de recueil du narratif, mais aussi dans la construction du

diagnostic. Cet article a cherché à élaborer les objectifs théoriques / conceptuels et logistiques / pragmatiques de cet effort.

Bibliographie

1. Kendler KS, Zachar P. The incredible insecurity of psychiatric nosology. In: Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry. Explanation, phenomenology and nosology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008:369-85.
2. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007; 33:108-12.
3. Angst J. Psychiatric diagnosis: the weak component of modern research. *World Psychiatry* 2007;6:94-5.
4. Alarcón RD, Becker AE, Lewis-Fernandez R et al. Issues for DSM-V: the role of culture in psychiatric diagnosis. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:559-60.
5. Maj M, Gaebel W, Lopez-Ibor JJ et al (eds). *Psychiatric diagnosis and classification*. Chichester: Wiley, 2002.
6. Kirmayer LJ, Rousseau C, Jarvis GE et al. The cultural context of clinical assessment. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA (eds). *Psychiatry*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2003:19-29.
7. World Health Organization. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.
8. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnosis. *Am J Psychiatry* 2003;160:412.
9. Muncie W. *Psychobiology and psychiatry*, 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1948.
10. Regier DA, Narrow WE, Rae DS et al. Advancing from reliability to validity: the challenge to DSM V/ICD 11 revisions. In: Zorumski CF, Rubin EH (eds). *Psychopathology in the genome and neuroscience era*. Arlington: American Psychiatric Association, 2005:85-96.
11. Spitzer RL, Williams JBW, Skodol AE (eds). *International perspectives on DSM-III*. Washington: American Psychiatric Press, 1983.
12. Stengel E. Classification of mental disorders. *Bull World Health Organ* 1959;21:601-603.
13. Ustun TB, Bertelsen A, Dilling H et al (eds). *ICD-10 casebook. The many faces of mental disorders. Adult case histories according to ICD-10*. Washington: American Psychiatric Press, 1996.
14. Patel V, Saraceno B, Kleinman A. Beyond evidence: The moral case for international mental health. *Am J Psychiatry* 2006;163:1312-5.
15. Wallerstein RS, Peltz ML. Psychoanalytic contributions to psychiatric nosology. *J Am Psychoanal Assoc* 1987;35:693-711.
16. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA et al. The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry* 2009;166:645-50.
17. Hyman SE. Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nat Rev Neurosci* 2007;8:725-32.
18. Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N et al. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:1438-46.
19. Lewis JR. *Scientology*. New York: Oxford

- University Press, 2009.
20. Philips KA, First MB, Pincus HA (eds). *Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis*. Washington: American Psychiatric Association, 2003.
 21. Kessler RC, Abelson J, Dender O et al. Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview - Short Form (CIDI-SF). *Int J Meth Psychiatr Res* 2004;13: 122-39.
 22. Nurcombe B, Galagher RN. *The clinical process in psychiatry: diagnosis and management planning*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
 23. Regier DA, Narrow WE. Defining clinically significant psychopathology with epidemiological data. In: Hulzer JE, Hudziak JJ (eds). *Defining psychopathology in the 21st century: DSM-V and beyond*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002:19-30.
 24. Group for the Advancement of Psychiatry, Committee on Cultural Psychiatry. *Cultural assessment in clinical psychiatry*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2001.
 25. Tseng WS. *Handbook of cultural psychiatry*. San Diego: Academic Press, 2001.
 26. Favazza AR, Oman M. Foundations of cultural psychiatry. In: Mezzich JE, Berganza CE (eds). *Cultural psychopathology*. New York: Columbia University Press, 1984:15-35.
 27. Haviland WA. *Cultural anthropology*, 6th ed. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1990.
 28. Alarcón RD. What cultural psychiatry is not. *Psychline* 2000;3: 15-6.
 29. Alarcón RD, Westermeyer J, Foulks EF et al. Clinical relevance of contemporary cultural psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:465-71.
 30. Youngstrom E, Weist MD, Albus KE. Exploring violence exposure, stress, protective factors and behavioral problems among inner-city youth. *Am J Comm Psychol* 2003;32:115-29.
 31. Guze S. *Why psychiatry is a branch of medicine*. St. Louis: Mosby, 1992.
 32. Kirmayer LJ. Cultural evaluations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Soc Sci Med* 1989;29:327-39.
 33. Alarcón RD. Culture and psychiatric diagnosis: impact on DSM-IV and ICD-10. *Psychiatr Clin North Am* 1995;18:449-66.
 34. Yap PM. Mental diseases peculiar to certain cultures: a survey of comparative psychiatry. *J Ment Sci* 1951;97:313-27.
 35. Lewis-Fernández R, Tun H, Reyes F et al. Los "síndromes dependientes de la cultura"; un dilema nosológico recurrente en la psiquiatría cultural. *Monogr Psiquiatría* 2000;12:24-9.
 36. Rogler LH. Culturally sensitive psychiatric diagnosis: a framework for research. *J Nerv Ment Dis* 1993;18:401-8.
 37. Kleinman A. *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: Free Press, 1988.
 38. Alarcón RD, Bell CC, Kirmayer LJ et al. Beyond the funhouse mirrors. Research agenda on culture and psychiatric diagnosis. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DA (eds). *A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association, 2002:219-89.
 39. Westermeyer J (ed). *Anthropology and mental health: setting a new course*. The Hague: Mouton, 1976.
 40. Bertolote JM. The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry* 2008;7:113-6.
 41. Fábrega H. Culture and history in psychiatric diagnosis and practice. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:391-406.
 42. Lewis-Fernández R, Díaz N. The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatr Quart* 2002;73:271-95.
 43. Krueger RF, Bezdjian S. Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: towards DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry* 2009;8:3-6.
 44. Gureje O, Simon GE, Ustun TB et al. Somatization in cross-cultural perspective: a WHO study in primary care. *Am J Psychiatry* 1997;154:989-95.
 45. Carrillo E. Assessment and treatment of the Latino patient. In: López AG, Carrillo E (eds). *The Latino psychiatric patient. Assessment and treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2001:37-53.
 46. Canino G, Lewis-Fernández R, Bravo M. Methodological challenges in cross-cultural mental health research. *Transcult Psychiatry* 1997;34:163-84.
 47. Lewis-Fernández R, Garrido-Castillo P, Bannasar MC et al. Distress, childhood trauma and ataque de nervios among Puerto Rican psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2002;159:1603-5.
 48. Phillips MR, Liu H, Zhang Y. Suicide and social change in China. *Cult Med Psychiatry* 1999;23:25-50.
 49. Kupfer DJ, First MB, Regier DA (eds). *A research agenda for DSM V*. Washington: American Psychiatric Association, 2002.
 50. Alarcón RD, Mrazek DA. Farmacogenómica psiquiátrica: actualización y perspectivas. In: Silva H (ed). *Genética y farmacogenómica en psiquiatría*. Santiago de Chile: SONEPSYN, 2007:59-79.
 51. Duckworth K, Blumberg L, Binefeld D et al. Law, ethics and psychiatry. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA (eds). *Psychiatry*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2003:2289-313.
 52. Corrigan PW, Larson JE, Rusch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009;8:75-81.
 53. Weiss MG. Cultural epidemiology: an introduction and overview. *Anthrop Med* 2001;8:5-30.
 54. Tsai JL, Chentsova-Dutton Y. Models of cultural orientation: differences between American-born and overseas-born Asians. In: Kurasaki KS, Okazaki S, Sue S (eds). *Asian American mental health: assessment theories and methods*. New York: Kluwer Academic/Plenum, 2002:95-105.
 55. Denton DD. *Naming the pain and guiding the care: the central tasks of diagnosis*. Lanham: University Press of America, 2008.
 56. Alarcón RD. Bio-cultural connections in psychopathology. Presented at the First World Congress of Cultural Psychiatry, Beijing, September 2007.

57. Brummett BH, Boyle SH, Siegler IC et al. Effects of environmental stress and gender on associations among symptoms of depression and the serotonin transporter gene linked polymorphic region (5HTTLPR). *Behav Genet* 2008;38:34-43.
58. Alarcón RD, Foulks EF, Vakkur M. Personality disorders and culture. Clinical and conceptual interactions. New York: Wiley, 1998.
59. Lehman AF, Ward LS, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry* 1982;139:1271-6.
60. Hughes CC, Wintrob RM. Culture-bound syndromes and the cultural context of clinical psychiatry. In: Oldham JM, Riba MB (eds). *Review of psychiatry*, Vol. 14. Washington: American Psychiatric Press, 1995:565-97.
61. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;159:1284-93.
62. Eades JM. *Gambling addiction: the problem, the pain and the path to recovery*. New York: Gospel Pullin, 2004.

ARTICLES ORIGINAUX

AVANCÉES DE LA RECHERCHE SUR LA DÉPRESSION DU SUJET AGÉ

G.S. ALEXOPOULOS, R.E. KELLY JR.

WEILL MEDICAL COLLEGE OF CORNELL UNIVERSITY, 21, BLOOMINGDALE ROAD, WHITE PLAINS, NY 10605, USA ;

Abstract :

Les progrès techniques ont facilité l'exploration des facteurs en jeu dans la dépression en gérontopsychiatrie et ont contribué à mettre au point de nouvelles approches thérapeutiques, tant biologiques que psychosociales. Cette revue de la question condense les avancées principales dans l'épidémiologie, le tableau clinique, l'évolution, la génétique et d'autres champs de recherche biologique. Les interventions thérapeutiques décrites dans cet article comprennent la sismo-thérapie, la stimulation magnétique trans-crânienne répétée, la thérapie par impulsion magnétique, la stimulation vagale, la stimulation cérébrale profonde, la prophylaxie de la dépression, les approches multi-dimensionnelles du traitement de la dépression et la psychothérapie.

Les méthodes de psychothérapie de la dépression du sujet âgé décrites ici comportent la psychothérapie interpersonnelle, la psychothérapie de soutien, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie par résolution de problèmes et la thérapie centrée sur l'écosystème. Les nouvelles techniques de neuro-imagerie basées sur la résonance magnétique nucléaire (IRM) sont discutées rapidement, notamment les études de volumétrie cérébrale, l'imagerie du tenseur de diffusion, l'anisotropie fractionnée, la tractographie, l'imagerie de transfert de magnétisation et enfin l'IRM fonctionnelle de type « *Bold* » (degré d'oxygénation du sang). Enfin, on discute l'efficacité de traitement à partir d'une discussion des nouveaux modèles pour améliorer l'accès et la qualité des soins que peut offrir la communauté.

FORUM – COMMENT CONCEVOIR L'ORGANISATION D'UN SERVICE DE SOINS TENANT COMPTE DES FACTEURS SPECIFIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

LES COMPOSANTES LES PLUS SAILLANTES D'UN SERVICE PRENANT EN COMPTE LA MEILLEURE COMPRÉHENSION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

K.A. HALMI

Eating Disorders Program, Weill Cornell Medical College.

Abstract :

Les troubles du comportement alimentaire nous mettent à l'épreuve et sont difficiles à traiter, d'où la nécessité d'une équipe soignante multidisciplinaire et en raison du taux de mortalité élevé dans l'anorexie mentale.

Une évaluation initiale conséquente doit comporter un bilan psychiatrique, une anamnèse et un examen médical, un bilan social et un entretien avec les membres de la famille et les autres aidants. Une unité de traitement spécifique de troubles du comportement

alimentaire doit comporter un psychiatre qui coordonne la prise en charge et les médecins spécialistes appropriés, des nutritionnistes et des psychothérapeutes. Une unité de suivi ambulatoire de troubles alimentaires doit pouvoir fournir une psychothérapie individuelle utilisant des techniques cognitivo-comportementales spécifiques de l'anorexie mentale et de la boulimie, des thérapies familiales, une équipe de pharmaco-thérapeutes et la possibilité de pratiquer les examens de laboratoire appropriés. Les patients atteints d'un trouble du comportement

alimentaire nécessitant une hospitalisation sont mieux traités dans une unité spécialisée pour ces troubles. L'unité institutionnelle gagne à pouvoir se référer à un cadre cognitivo-comportemental. Le suivi médical et la rééducation nutritionnelle sont les premiers objectifs du traitement hospitalier. Diverses thérapies de groupe peuvent aborder les éléments principaux de la psychopathologie des troubles alimentaires et les groupes thérapeutiques centrés sur la dialectique du comportement peuvent être utiles pour répondre aux troubles de la régulation des émotions.

Les hospitalisations complètes, partielles ou de jour sont utiles pour la transition après une hospitalisation complète ou pour les patients qui ont besoin d'être très encadrés ou suivis de très près. Ces programmes doivent comporter au moins un repas structuré de façon

pédagogique par jour, de même que le conseil diététique, la thérapie de groupe ou les séances de conseil individuel.

Les thérapies de groupe se fixent généralement des objectifs tels que l'entraînement aux démarches sociales, la gestion de l'anxiété sociale, la distorsion de l'image du corps et les craintes de l'âge mûr.

Malheureusement, il y a fort peu d'études randomisées rigoureuses pour recommander les composantes les plus saillantes d'un service visant à comprendre au mieux la pathologie des troubles alimentaires. Les cliniciens les plus expérimentés dans cette pathologie sont arrivés à la conclusion que l'approche menée par une équipe multidisciplinaire procurait la prise en charge la plus efficace.

COMMENTAIRES DES DISCUTANTS

DIAGNOSTIC, PRESTATIONS ET ORGANISATION DU SERVICE

R. PALMER

COMMENT PLANIFIER UN SERVICE POUR TROUBLES ALIMENTAIRES A PARTIR DE TRAVAUX EPIDEMIOLOGIQUES

H.W. HOEK.

UN SERVICE DE TRAITEMENT BASÉ SUR LA PRISE EN CHARGE DES FONCTIONS DEVELOPPEMENTALES SYSTEMIQUES ET COLLABORATIVES

B. LASK

LES PSYCHIATRES, LE MILIEU INSTITUTIONNEL ET LA METAPHORE DE LA COLLE SOCIALE.

J. RUSSELL

COMMENT COMPRENDRE LA DIMENSION COMPREHENSIVE DES SERVICES DE TROUBLES ALIMENTAIRES

T.D. BREWERTON

LE MILIEU DES TROUBLES ALIMENTAIRES

M. GOLAN

APPROCHES THERAPEUTIQUES DES TROUBLES ALIMENTAIRES ; LE BACKGROUND BIOLOGIQUE

P. MONTELEONE, F. BRAMBILLA

COMMENT RESTER ATTENTIF DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ALIMENTAIRES

T. NAGATA

LE POLE DES TROUBLES ALIMENTAIRES : TRAITEMENT OPTIMAL OU MINIMAL

M.M. FICHTER

RAPPORTS DE RECHERCHE

LE CONTINUUM DES ETATS MIXTES DEPRESSIFS ET MANIAQUES CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLE BIPOLAIRE ; MESURES QUANTITATIVES ET TRAITS CLINIQUES

A.C. SWANN, J.L. STEINBERG, M. LIJFFIJT, F.G. MOELLER

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY AND BEHAVIORAL SCIENCES, UNIVERSITY OF TEXAS MEDICAL SCHOOL, 1300 MOURSUND STREET, HOUSTON, TX 77030, USA.

Abstract :

Les états mixtes bipolaires combinent des traits dépressifs et maniaques, ils nous mettent à l'épreuve pour le diagnostic et le traitement et ils témoignent

d'une forme sévère de la maladie. Les critères du DSM IV de l'état mixte correspondent à des syndromes dépressifs et maniaques associés. Toutefois, on a décrit cliniquement toute une gamme d'états mixtes. Une

définition unifiée de ces états mixtes permettrait de mieux comprendre leur diagnostic, leur mécanisme et les implications thérapeutiques. Notre recherche porte sur la manière dont les traits dépressifs et maniaques se combinent pour aboutir à un continuum d'états mixtes. Chez 88 sujets avec un trouble bipolaire (DSM IV), nous avons évalué les symptômes et les caractéristiques cliniques et comparé cela aux définitions publiées des états mixtes, basées sur la dépression, la manie ou d'autres éléments. Nous avons mis au point un index de la mesure selon laquelle ces symptômes étaient mixés (*Mixed State Index*, MSI) et nous avons déterminé sa relation avec le tableau clinique. Les états mixtes à prédominance maniaque et dépressive correspondent aux critères de la littérature récente, tout comme les états mixtes Kraepelinien, se trouvaient avoir des symptômes et un indice MSI identiques. L'anxiété apparaissait corrélée avec les scores de dépression chez les sujets maniaques et avec les scores de manie chez les sujets dépressifs. Cette

analyse fonctionnelle a validé l'association d'états mixtes avec des symptômes d'hyperactivité et des troubles cognitifs, mais elle n'a pas trouvé d'association avec un vécu subjectif d'intensité de dépression ou d'élévation de l'humeur. Les scores élevés de l'indice MSI correspondaient à une évolution sévère du cours de la maladie.

C'est la présence de deux symptômes de la polarité opposée qui nous ont amenés à considérer un épisode dépressif ou maniaque comme un état mixte. Nous avons procédé à une étude croisée de type transversal. Les états mixtes apparaissent sous la forme d'un continuum. Un index du degré selon lequel les symptômes dépressifs et maniaques s'associent se révèle utile pour identifier et caractériser les états mixtes. Nous proposons une définition parcimonieuse (ou limite) de l'état mixte pour les cas où un épisode dépressif ou maniaque est associé à deux ou trois symptômes de la polarité opposée.

LES FACTEURS DE PREDICTION DE L'INTERRUPTION DE LA PRISE EN CHARGE (DROP-OUT) DANS DES CENTRES COMMUNAUTAIRES DE SANTE MENTALE

R.RENESES, E. MUNOZ, J.J. LOPEZ-IBOR

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY AND BEHAVIORAL SCIENCES, UNIVERSITY OF TEXAS MEDICAL SCHOOL.

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY, UNIVERSITAT OBERTA DE CATALUNYA, BARCELONA, SPAIN.

Abstract :

Cette étude cherche à identifier les facteurs concernant le traitement, le thérapeute et le patient en rapport avec l'interruption du traitement dans quatre services de suivi ambulatoire en santé mentale. Le groupe expérimental rassemblait 789 personnes, toutes celles qui étaient entrées dans la file active de ces services pendant une année et qui mirent fin à leur traitement et prise en charge pendant cette année ou les deux suivantes. Le groupe contrôle comportait le même

nombre de sujets, inclus de façon randomisée chez les patients qui, la même année, furent suivis pour la première fois dans ces services et ne mirent pas fin à leur traitement. Le taux global d'interruption fut de 33,2%. L'analyse rétroactive permet de mettre en relief les facteurs prédictifs suivants d'interruption : être traité dans un centre particulier, avoir plus d'un thérapeute impliqué dans le traitement, n'avoir pas d'antécédent psychiatrique, être jeune et de sexe masculin.

RAPPORT COURT

LES REGISTRES SOMATIQUES ET COGNITIFS DE LA DEPRESSION DANS UNE REGION SOUS-EQUIPEE D'EQUATEUR : QUELQUES CONSIDERATIONS CULTURELLES

A. YUSIM, D. ANBARASAN, B. HALL, R. GOETZ, R. NEUGEBAUER, P. RUIZ

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY, NEW YORK UNIVERSITY, NEW-YORK, NY, USA,
DEPARTMENT OF BEHAVIORAL SCIENCES, RUSH MEDICAL COLLEGE, CHICAGO, IL, USA.
DEPARTMENT OF PSYCHIATRY, COLUMBIA UNIVERSITY, NEW-YORK, NY, USA.
DIVISION OF EPIDEMIOLOGY, NEW YORK STATE PSYCHIATRIC INSTITUTE, NEW YORK, NY, USA.
DEPARTMENT OF PSYCHIATRY AND BEHAVIORAL SCIENCES, UNIVERSITY OF TEXAS MEDICAL SCHOOL.

Abstract:

Il n'y a pas eu assez d'effort dans la recherche sur la dépression jusqu'alors en Amérique Latine. Le savoir issu des recherches menées aux Etats-Unis ou en Europe rencontre des limites quand on veut le

généraliser à d'autres régions du monde, telle que l'Amérique Latine.

Sur les Hauts-Plateaux andins d'Equateur, on observe des taux très élevés de symptômes de dépression modérée et sévère, résultat qu'il faut interpréter au sein

de son contexte culturel. Les manifestations somatiques sont prédominantes sur les troubles cognitifs, de même

qu'un niveau élevé d'éducation protège de la dépression. Ces résultats nous conduisent à prendre en compte les manifestations de la dépression liées à des facteurs culturels spécifiques, ainsi que les facteurs

sociaux qui exercent une influence sur ces manifestations. Il faut poursuivre l'étude de ces facteurs pour leur donner la priorité qu'ils méritent, fournir les moyens nécessaires à ces recherches et recommander des interventions psychosociales novatrices.

RAPPORT D'UNE SECTION DE LA WPA

GUIDE INTERNATIONAL DE PRESCRIPTION DES PSYCHOTROPES POUR LES TROUBLES DU COMPORTEMENT DES ADULTES ATTEINTS DE DEFICIENCE INTELLECTUELLE

S. DEB, H. KWOK M. BERTELLI

L. SALVADOR-CARULLA, E. BRADLEY, J. TORR, J. BARNHILL, FOR THE GUIDELINE DEVELOPMENT GROUP OF THE WPA SECTION OF INTELLECTUAL DISABILITY.

Abstract :

On utilise régulièrement les psychotropes pour les troubles du comportement chez les personnes atteintes de déficiences intellectuelles. Cela mérite attention car on utilise souvent ces médicaments en dehors de leurs indications officielles, dans ce contexte particulier. La section de la WPA « Psychiatrie des déficiences intellectuelles » a établi récemment un guide international, à partir d'études rigoureuses et consensuelles, à l'intention des praticiens utilisant les

psychotropes pour les troubles du comportement chez des adultes atteints de déficiences intellectuelles. Ce guide fournit des recommandations sur l'évaluation des troubles du comportement, puis comment formuler et initier le traitement, comment évaluer les résultats et les effets défavorables et enfin sur les modalités de suivi et les possibilités d'adopter un traitement discontinu.

PERSPECTIVES

LES MALADES MENTAUX EN PRISON

JULIO ARBOLEDA-FLÓREZ

QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON, ONTARIO, CANADA

Les états pathologiques psychiques affectent en général les aspects cognitifs, émotionnels, volitionnels et les fonctions de la personnalité, fonctions qui intéressent la Loi, tant elles sont essentielles au moment où l'on déclare quelqu'un comme coupable, où l'on qualifie un accusé comme criminel, et où l'on proclame une sentence. De ce fait, un lien entre maladie mentale et criminalité a été décrit et donné comme une des raisons pour la présence d'un grand nombre de malades mentaux dans les prisons. Que ce lien soit une causalité directe ou qu'il se manifeste parmi beaucoup d'autres variables est discutable ; mais il n'y a pas de doute que les prisons sont devenues de facto un secteur important des services de santé mentale dans de nombreux pays. Cet article cherche à expliquer ce lien, et à estimer la prévalence de patients mentaux dans les prisons, observations recueillies à partir de multiples études dans divers pays ; il propose également quelques orientations pour la prise en charge de ces patients psychiatriques qui se pressent dans les institutions pénitentiaires.

Mots clés : Maladie mentale, prisons, épidémiologie, systèmes de santé mentale
(World Psychiatry 2009;8:187-189)

Le lien associant certaines dispositions mentales et un risque accru de comportement criminel a été maintes fois décrit. Dans une étude portant sur 100 meurtriers, 29 % avaient reçu le diagnostic de "psychose" (21 % de schizophrénie et 8 % de troubles affectifs majeurs) tandis que 35 % étaient diagnostiqués comme consommateurs de drogues (1). Parmi les alcooliques, la prévalence de comportement violent était beaucoup plus élevée que chez les non alcooliques (2). La psychopathie est fortement associée à un risque élevé de comportements criminels et violents (3). Les facteurs qui paraissent intervenir dans l'interaction entre maladie mentale et criminalité concernent le sexe ou mieux le genre (4), l'âge (5), le statut socioéconomique (6), la criminalité antérieure (7), et un passé d'implication psychiatrique médico-légale (8). Dans le suivi d'une population à partir de la naissance en Suède sur 30 ans, les hommes présentant un trouble mental avaient 2.5 fois plus de chances d'avoir été accusés de délit criminel, et 4 fois plus d'avoir été inculpés d'infraction violente, par rapport aux hommes sans maladie mentale ni handicap intellectuel (9).

Toutefois, le niveau de convergence varie selon le type de dispositions psychiques. Premièrement, il y a des

troubles mentaux dont les manifestations comportementales sont *ipso facto* des infractions criminelles, c'est le cas des paraphilies, de la pyromanie, de la kleptomanie et d'autres encore. Dans ces cas, la relation entre trouble mental et criminalité est univoque.

Deuxièmement, des troubles comme la personnalité psychopathique, antisociale ou 'borderline', ceux qui ont une passion pathologique pour le jeu, et ceux qui sont incapables de contrôler leurs impulsions, tous ces troubles comportent une dimension criminologique, mais le degré de convergence n'est pas univoque, puisque ces symptômes pourraient s'exprimer sans nécessairement enfreindre la Loi. Par exemple, l'abus de l'alcool comporte un risque élevé de violation de la Loi sous la forme de victimisation ou de représailles au moment de l'intoxication ; de même, on sait que la dépendance à la drogue peut amener ces sujets à commettre des infractions criminelles pour financer leur consommation, mais seulement dans les cas où le toxicomane n'en a pas les moyens financiers suffisants.

En dernier lieu, le niveau de convergence est moins flagrant dans d'autres dispositions psychiques. Les personnes souffrant de schizophrénie, par exemple, peuvent être conduites à des actes criminels graves qui restent inexplicables (10) ; les personnes présentant une dépression majeure peuvent manifester une conduite violente envers eux-mêmes ou envers autrui (11,12). Néanmoins, la relation entre ces dispositions et les infractions criminelles n'est pas univoque, tant on sait que beaucoup de malades mentaux, souffrant de schizophrénie ou de dépression majeure, ne commettent jamais un délit criminel, en dépit de la prévalence élevée de ces troubles psychiques dans la population générale.

Sous un autre angle, il se peut que l'association entre criminalité et maladie mentale n'émane pas d'une relation causale, mais soit simplement le résultat de l'inadéquation des services de santé. On pourrait s'attendre à ce que le manque de lits en nombre suffisant dans les hôpitaux et l'absence d'alternatives communautaires induisent une pression sur les systèmes pénitentiaires de suppléance (13) et que la criminalité communautaire des malades mentaux puisse apparaître comme réactive et défensive, dans un contexte de victimisation et de représailles (14).

Pour terminer, si ce risque-là est élevé dans certaines dispositions mentales, on doit se rappeler combien, en terme de santé publique, le risque que l'on mesure ici est déterminé par le degré réel qu'on observe en réalité et qu'on lui a attribué. Quoique ce risque-là nous paraisse relativement élevé, la violence directement issue de la maladie mentale n'est somme toute pas aussi fréquente, une fois qu'on a pris en compte toutes les autres causes de violence dans la société. Ce risque a été évalué à environ 3 %, mais quand l'abus de substances et l'alcoolisme sont inclus, il est d'environ 10% (15). D'autres estimations placent le risqué à 4,3 % (16) ou même aussi faible que 1 % (17).

Du plus, lorsqu'on suspecte une relation entre une disposition mentale et un crime, on postule implicitement que cette disposition était là avant l'acte criminel, qu'elle *précédait* cet acte et, dès lors, pouvait bel et bien *avoir été la cause* de ce crime. En réalité, on ne pouvait écarter la possibilité que la disposition mentale présente antérieurement dans la vie du sujet n'avait pas joué de rôle dans l'acte criminel actuel ou que cette disposition mentale s'était établie après que le crime ait été commis

La prévalence de la maladie mentale dans le système pénitentiaire

La psychiatrie pénitentiaire, au sens le plus strict, fait référence à la pratique psychiatrique dans le système correctionnel (18). De façon plus large, la psychiatrie pénitentiaire est la branche de la psychiatrie médico-légale qui étudie l'incidence, la prévalence, les facteurs favorisants et la prise en charge des troubles mentaux dans les prisons, ainsi que la réponse du système pénitentiaire aux délinquants malades mentaux, et la relation entre criminalité et maladie mentale (19).

A contrecœur, depuis leur invention il y a plus de 200 ans, les prisons ont toujours accepté les malades mentaux. En dépit de multiples commissions gouvernementales et de rapports parlementaires volumineux dans de nombreux pays et l'introduction de plusieurs alternatives de soins, le problème persiste et semble empirer. Dans beaucoup de villes, le nombre important de patients psychiatriques dans les prisons locales a fait de la prison une extension pratique des services généraux de santé mentale. La trans-institutionnalisation des personnes malades mentales de l'hôpital vers les prisons a été mise en évidence dans une pléthore d'études qui ont, par ailleurs, évalué leur nombre en différents lieux du système judiciaire et pénitentiaire (20).

Dans les prisons, aussi appelées centres de détention provisoire ou Maisons d'arrêt dans certains pays, les rapports de recherche sur la prévalence de maladies mentales datent d'il y a longtemps, tout comme les rapports de Centres de Détention pour longues peines. Une revue systématique de 62 enquêtes dans 12 pays portant sur 22 790 détenus a montré que, parmi les hommes, 26 % étaient des délinquants violents, 3,7 % souffraient d'une maladie psychotique, 10 % de dépression majeure et 65 % présentaient un trouble de la personnalité, dont 47 % une personnalité antisociale ; parmi les femmes, 4 % souffraient d'une maladie psychotique, 12 % de dépression majeure et 42% présentaient un trouble de la personnalité, dont 21 % une personnalité antisociale (21).

Environ 7 % des hommes condamnés, 10 % des hommes en détention provisoire, et 14 % de femmes dans ces deux catégories, avaient été affectés par une maladie psychotique l'année précédant leur incarcération ; parmi les femmes en détention, 75 % présentaient des symptômes névrotiques ; 20 % des hommes et 40 % des femmes avaient fait une tentative de suicide au moins une fois (25 % des femmes l'année précédente et 2 % de femmes et d'hommes la semaine

précédant leur incarcération) (22). Une longue histoire d'abus de substances ou une problématique de dépendance ont été estimées présentes chez 74 % des détenus, et environ 37 % avaient abusé ou étaient dépendants de l'alcool ou des drogues dans le mois précédent (23). De plus, parmi 104 détenus condamnés arrivant à une prison thérapeutique en Angleterre, 26 % avaient un score de 30 ou plus sur l'échelle *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) et étaient, dès lors, identifiés comme des patients psychopathes (24).

Globalement, les estimations de prévalence de malades mentaux dans les institutions correctionnelles sont très variées, de 7 % (25) à 90 % (26). De nombreuses raisons ont été données pour expliquer ces disparités, y compris les problèmes méthodologiques, le genre d'institution où les études ont été réalisées, le type et la taille des échantillons étudiés, et comment les dispositions mentales sont définies (27,28).

La violence en prison est non seulement dirigée contre autrui, mais aussi fréquemment contre soi-même. Dans les prisons, le suicide est la première cause de mortalité et, puisque la plupart des suicides ont lieu les premiers jours d'incarcération en Maison d'Arrêt ou en Maison Centrale, des précautions particulières et des méthodes systématiques de prévention et de dépistage sont hautement recommandées (29). On considère comme facteurs de risque le détournement d'usage de médicaments, des antécédents de tentatives de suicide et le séjour en cellule individuelle (30).

La prise en charge

La prévention représente la meilleure stratégie. Afin de s'assurer que les patients ne glissent pas vers un comportement criminel par nécessité ou à cause d'une symptomatologie, les systèmes de santé mentale doivent être assez souples pour fournir un nombre adéquat de lits dans les unités d'urgence psychiatrique des hôpitaux généraux, de lits de réhabilitation dans les hôpitaux de moyen et de long séjour et un réseau de services dans la communauté qui fournirait traitement, support et réhabilitation aux patients et à leurs familles (31). La police, en tant que soignant de première instance, devrait participer aux efforts pour décriminaliser les malades mentaux (32). Dans de nombreuses situations impliquant les malades mentaux, la police devrait aussi avoir l'autorité législative pour rediriger les patients vers les services psychiatriques, dans le cas où le délit criminel est mineur, ou pour s'assurer que les patients sont dirigés vers les tribunaux de santé mentale, comme on en trouve dans quelques grands centres urbains (33).

Lorsque la prévention est un échec et que les patients psychiatriques finissent par aboutir en prison, le système pénitentiaire devrait avoir des protocoles pour leur prise en charge et leur traitement. D'emblée, et pour suivre un principe d'équivalence, les options de traitement en prison ne devraient pas être de qualité moindre par rapport aux options similaires dans la communauté (34) et elles devraient aborder les besoins immédiats de la santé mentale du détenu et, en communication avec les systèmes de santé mentale

dans la communauté, développer des programmes appropriés de réinsertion après sa libération. Le consentement au traitement et d'autres garanties éthiques relatifs au traitement et à la recherche psychiatriques (35) devraient être les mêmes que ceux qui s'appliquent dans la communauté, et des organismes réglementaires ou des comités de vigilance devraient exercer leur autorité pour garantir que ces règlements soient appliqués aussi derrière les barreaux (36).

Conclusions

Les prisons ne sont pas seulement « les plus importantes de nos institutions de détention » (37); elles sont aussi les asiles de santé mentale de notre époque de par leur nombre, la diversité et la complexité des cas des patients psychiatriques qu'elles reçoivent (38). De plus, les prisons semblent assumer aussi une part importante du traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme. Quant à savoir si cela constitue une alternative plus humaine ou même moins coûteuse aux interventions dans la communauté, cela mériterait un débat approfondi.

Malgré les efforts et les initiatives déployés pour réduire la condition désespérée des malades mentaux en prison, pour empêcher la détérioration et l'emprisonnement et tout particulièrement pour éviter les retours en milieu pénitentiaire (39,40), le nombre de ces patients ne cesse de croître. Une étroite coopération entre les autorités, de nouvelles modalités d'organisation des services et de meilleures approches thérapeutiques seront nécessaires pour mettre un terme au glissement des hôpitaux vers les prisons. Vu que, dans les années 1800 et les suivantes, les prisons, dans nombre de pays, étaient le lieu de séjour habituel des malades mentaux à la place des asiles d'aliénés, malgré tout ce qui a été fait, peu de choses semblent avoir changé et leur situation désespérée reste la même et on peut dire à nouveau : « *Plus ça change, plus c'est la même chose* ».

Bibliographie

1. Yarvis RM. Axis I and Axis II diagnostic parameters of homicide. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1990;18:249-69.
2. Swanson JW, Holzer III CE, Ganju VK et al. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Commun Psychiatry* 1990;41:761-70.
3. Hare RD, Hart SD. Psychopathy, mental disorder and crime. In: Hodgins S (ed). *Mental disorder and crime*. Newbury Park: Sage, 1993:104-15.
4. Mednick SA, Pollock V, Volavka J et al. Biology and violence. In: Wolfgang ME, Weiner NA (eds). *Criminal violence*. Newbury Park: Sage, 1982:21-80.
5. Nestor PG. Neuropsychological and clinical correlates of murder and other forms of extreme violence in a forensic psychiatric population. *J Nerv Ment Dis* 1992;4:418-23.
6. Hodgins S. Mental disorder, intellectual disability and crime – evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:476-83.

7. Moore MH, Estrich SR, McGillis S et al. Dangerous offenders – the elusive target of justice. Cambridge: Harvard University Press, 1984.
8. Menzies RJ. Survival of the sanest – order and disorder in a pretrial psychiatric clinic. Toronto: University of Toronto Press, 1989.
9. Hodgins S. The criminality of mentally disordered persons. In: Hodgins S (ed). Mental disorder and crime. Newbury Park: Sage, 1993:3- 21.
10. McKay RD, Wright RE. Schizophrenia and antisocial (criminal) behaviour – some responses from sufferers and relatives. *Med Sci Law* 1984;24:192-8.
11. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press, 1990.
12. Hatters Friedman S, Resnick PJ. Child murder by mothers: patterns and prevention. *World Psychiatry* 2007;6:142-8.
13. Penrose LS. Mental disease and crime. Outline of a comparative study of European statistics. *Br Med Psychol* 1939;18:1-15.
14. Estroff SE, Swanson JW, Lachicotte WS et al. Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33:S95-101.
15. Stuart H, Arboleda-Flórez J. Mental illness and violence: are the public at risk? *Psychiatr Serv* 2001;52:654-9.
16. Swanson JW, Borum R, Swartz M et al. Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Crim Behav Ment Health* 1996;6:317-38.
17. Wessely S, Castle D, Douglas A et al. The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychol Med* 1994;24:483-502.
18. Travin S. History of correctional psychiatry. In: Rosner R (ed). Principles and practice of forensic psychiatry. New York: Chapman & Hall, 1994:369-74.
19. Arboleda-Flórez J. Forensic psychiatry: contemporary scope, challenges and controversies. *World Psychiatry* 2006;5:87-91.
20. Brink JH, Doherty D, Boer A. Mental disorder in federal offenders:
21. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;359:545-50.
22. Fryers T, Brugha Y, Grounds A et al. Severe mental illness in prisoners. *Br Med J* 1998;317:1025-6.
23. Peters RH, Greenbaum PE, Edens JF et al. Prevalence of DSM-IV substance abuse and dependence disorders among prison inmates. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1998;24:573-87.
24. Hobson J, Shine J. Measurement of psychopathy in a UK prison population referred for long term psychotherapy. *Br J Criminol* 1998;38:504-15.
25. Coid JW. How many psychiatric patients in prisons? *Br J Psychiatry* 1984;145:78-86.
26. Bland RC, Newman SC, Dyck RJ et al. Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population. *Can J Psychiatry* 1990;35:407-13.
27. Arboleda-Flórez J. Epidemiology of mental illness among offenders. In: Streiner D, Carney J (eds). *Psychiatric epidemiology in Canada*. Toronto: University of Toronto Press (in press).
28. Lamb HR, Weinberger LE. The shift of psychiatric inpatient care from hospitals to jails and prisons. *J Am Acad Psychiatric Law* 2005;33:529-34.
29. Stuart H. Suicide behind bars. *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:559- 64.
30. Fazel S, Lubbe S. Prevalence and characteristics of mental disorders in jails and prisons. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:550-4.
31. Sheldon CT, Aubry TD, Arboleda-Flórez J et al. Social disadvantage, mental illness and predictors of legal involvement. *Int J Law Psychiatry* 2006;29:249-56.
32. Arboleda-Flórez J, Crisanti A, Holley H. The police officer as a primary mental health resource. Calgary: The World Health Organization Centre for Research and Training in Mental Health (Pan American Health Organization, Washington), 1996.
33. Schneider RD, Bloom H, Heerema M. Mental health courts. Toronto: Irwin Law, 2007.
34. United Nations. Declaration for the treatment of prisoners. New York: United Nations, 1977.
35. Arboleda-Flórez J. The ethics of biomedical research on prisoners. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:514-7.
36. Konrad N, Arboleda-Flórez J, Jager AD et al. Prison psychiatry. *Int J Prisoner Health* 2007;3:1-3.
37. Steadman HJ, McCarty DW, Morrissey JP. Developing jail mental health services: practice and principles. Rockville: Department of Health and Human Services, 1986.
38. Konrad N. Prisons as new asylums. *Curr Opin Psychiatry* 2002; 15:583-7.
39. Roskes E, Feldman R. A collaborative community-based treatment program for offenders with mental illness. *Psychiatr Serv* 1999;50: 1614-9.
40. Lamb HR, Weinberger LE, Gross BH. Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: a review. *Psychiatr Serv* 1999;50:907-13.

ATELIERS DE LA WPA

**L'ATELIER « FORMER LES FORMATEURS » EN SOINS PRIMAIRES DE SANTE MENTALE
(IBADAN, NIGERIA, 26-30 JANVIER 2009)**

O. GUREJE

UNE MISE A JOUR DES PROGRAMMES D'EDUCATION DE LA WPA, 2009

A. TASMAN

LES PROCHAINS CONGRES SCIENTIFIQUES DE LA WPA

T. OKASHA