

«LE SAVOIR AU SERVICE DU PATIENT»

CHUV | MAGAZINE

 Centre hospitalier
universitaire vaudois

Hiver 2013

 canton de
vaud

Le nouveau visage de la psychiatrie

REPORTAGE EN ROUTE AVEC LES ÉQUIPES MOBILES
CHANTIER REBÂTIR L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE
TÉMOIGNAGE «LA FOLIE M'A OUVERT DES PORTES»



Pierre-François Leyvraz
Directeur général du CHUV

ÉDITORIAL

La psychiatrie hors de l'asile

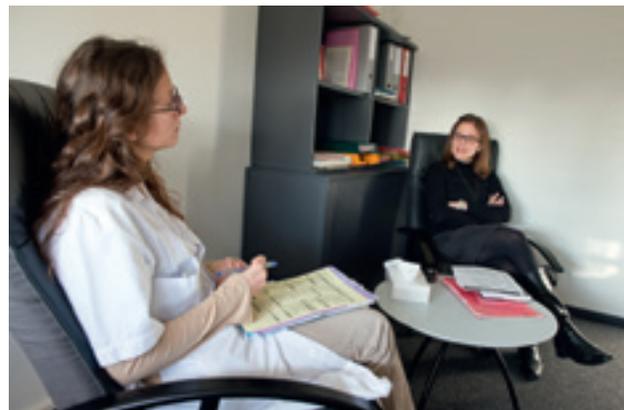
Une chose frappe l'œil lorsque l'on visite le site de la psychiatrie à Cery: il a été magnifiquement choisi. Il se situe au milieu des arbres, il est environné de pelouses verdoyantes, il respire la tranquillité. Conçu autrefois pour être en bordure de la ville il a, depuis, été rattrapé par l'urbanisation galopante; il n'en reste pas moins un havre au milieu de l'agitation.

Le corollaire de cette situation d'exceptionnelle paix est une forme d'isolement. Les bâtiments témoignent de ce que fut l'axe fort de la psychiatrie à un certain moment de son histoire: une médecine qui traite ses patients dans des univers clos, isolés du reste de la cité. Il suffit d'observer l'architecture des bâtiments vieillissants qui s'y trouvent toujours pour s'en rendre compte: le plus vieux d'entre eux ressemble à une maison de justice; un autre peine à cacher, sous la peinture rose dont on a tenté de le parer, ses allures de quartier carcéral plutôt que d'hôpital empathique.

La psychiatrie hospitalière reste nécessaire mais elle a profondément changé. A lire les différents articles de ce CHUV|Magazine, vous découvrirez qu'elle s'exerce aujourd'hui, pour une bonne part, hors les murs de Cery. On trouve désormais plus souvent le psychiatre derrière le volant de sa voiture en train de sillonner le canton en vue d'un rendez-vous avec son patient, plutôt qu'assis dans son cabinet derrière un divan.

C'est donc une psychiatrie beaucoup plus communautaire, plus près des usagers, des familles, de la vie sociale en général qui prend corps, une psychiatrie qui sort des hôpitaux; ceux-ci restent bien sûr nécessaires au traitement de certaines pathologies mais les prises en charge se différencient au gré des connaissances notamment des neurosciences. En témoigne, sur le site même de Cery, le très beau développement du Centre de neurosciences psychiatriques dirigé par le professeur Magistretti. Le chef du Département de psychiatrie, le professeur Jacques Gasser, résume très bien ce moment de l'histoire (voir p. 7), lui qui milite pour une psychiatrie humaniste et scientifique.

L'étape future devrait voir apparaître à Cery, de nouveaux bâtiments, plus ouverts, plus à l'image de cet humanisme. Une architecture qui fera définitivement sortir la psychiatrie de l'asile.



Patrick Dutot

- 04 | **Reportage** Trouver des mots pour soulager la souffrance
Dans le quotidien du Service de psychiatrie de liaison
- 08 | **Perspectives** Rebâtir l'hôpital psychiatrique
- 10 | **Focus** Du divan au grand écran
- 12 | **Duo** Percer ensemble les secrets de la schizophrénie
- 14 | **Focus** Accompagner les enfants hyperactifs
- 16 | **Portfolio**
- 18 | **Reportage** En route avec les équipes mobiles
- 21 | **Rencontre** Jacques Gasser
Pour une psychiatrie scientifique et humaniste
- 22 | **Interview** Jean-Nicolas Despland
«La psychothérapie fait partie des traitements les plus efficaces du monde médical»
- 24 | **Infographie** Des centaines d'appels, un seul numéro
- 26 | **Droit** Face au juge et au prisonnier
- 28 | **Prévention** Prévenir la toxicomanie dès l'adolescence
- 30 | **Société** L'émergence du «quatrième âge»
- 31 | **Culture** Qui fait partie de la Commission culturelle du CHUV?
- 32 | **Témoignage** «La folie m'a ouvert des portes»

IMPRESSUM Hiver 2013

Le CHUV|Magazine paraît quatre fois par an. Il est destiné aux collaborateurs ainsi qu'aux patients et visiteurs du CHUV intéressés par le cours de la vie de notre institution. Le CHUV|Magazine est imprimé sur du papier Cyclus Print, 100% recyclé. Son sommaire est conçu grâce aux suggestions des correspondants du Service de la communication, qui se trouvent dans les départements, services et hôpitaux affiliés du CHUV. Pour simplifier la lecture, certains libellés de poste ont été rédigés au masculin.

Editeurs responsables

Pierre-François Leyvraz, directeur général
Béatrice Schaad, responsable de la communication

Rédaction

LargeNetwork (Séverine Géroudet, Benjamin Keller, Serge Maillard, Sylvain Menétrey, Daniel Saraga, William Türler, Emilie Veillon), Bertrand Tappy (DG), Caroline de Watteville (DG),

Coordination et graphisme

LargeNetwork

Coordination au CHUV

Bertrand Tappy

Infographies

Clémence Anex (LargeNetwork)

Remerciements

Prof. Jacques Gasser, Virginie Bovet
Remund (Dép. de psychiatrie)

Images

CEMCAV

Impression

SRO-Kündig

Tirage

12'000 exemplaires

Couverture

Photographie: Eric Deroze

Modèle: Dr Gerrit Weber

Contact

CHUV

Béatrice Schaad

Rue du Bugnon 21

CH-1011 Lausanne

Vous souhaitez réagir à un sujet,

faire une suggestion pour une

prochaine édition, reproduire

un article: merci de vous adresser

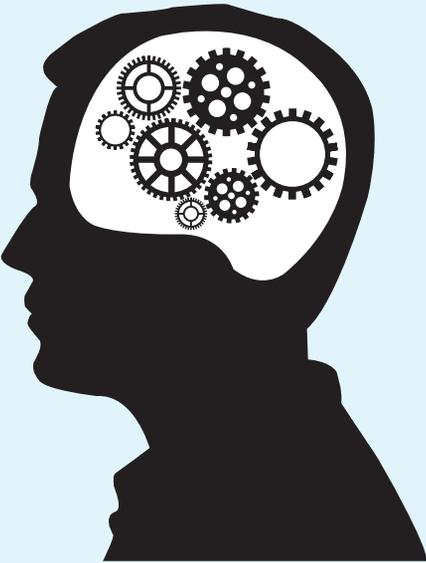
à beatrice.schaad@chuv.ch

ISSN 1663-0319



Eradiquer la rougeole

Dès le 1^{er} janvier 2013, il n'y aura plus de franchise à payer pour la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (vaccin ROR). L'Office fédéral de la santé publique a indiqué que cette mesure était prise dans le cadre de la stratégie nationale d'élimination de la rougeole, pour inciter les adultes nés entre 1964 et après à se faire vacciner. Les personnes qui se feront vacciner ne paieront que la quote-part, le reste sera pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. □



Alzheimer: nouvel espoir de traitement

Dans une récente étude, des scientifiques suisses et allemands sont parvenus à atténuer les caractéristiques de la maladie d'Alzheimer chez des souris, en leur administrant des anticorps. Une réaction immunitaire accrue est à la fois considérée comme la cause et la conséquence de la maladie. Or, l'étude a démontré que l'élimination de certaines substances immunitaires grâce aux anticorps atténuait les symptômes de la pathologie. Cette découverte ouvre des perspectives tant pour la prévention que pour le traitement de la maladie d'Alzheimer. □



5 par jour

La campagne «5 par jour», qui prône le fait de manger quotidiennement cinq portions de fruits et légumes, a rappelé en novembre dernier, que les comprimés de vitamines et les compléments alimentaires, à la mode en période hivernale, ne remplaçaient pas les vitamines et les précieuses substances végétales et fibres alimentaires contenues dans les fruits et légumes. Ce rappel a notamment été fait par le biais de la Ligue suisse contre le cancer, qui soutient la campagne. □

13%

C'est l'augmentation des cas d'infections sexuellement transmissibles en Suisse attendue par l'Office fédéral de la santé publique en 2012. D'après un premier rapport publié en novembre, les cas de syphilis, gonorrhée, chlamydia et les diagnostics positifs au VIH sont en hausse par rapport à 2011. □



Abeilles anesthésiantes

Une équipe de chercheurs grecs et chypriotes a récemment découvert que la morsure d'une abeille contenait un anesthésique naturel, la 2-heptanone (2-H). A la fois efficace et très peu toxique, cette substance recèle un grand potentiel pour une utilisation en médecine humaine car elle semble encore mieux tolérée que la lidocaïne, un anesthésique local très courant. La découverte fait déjà l'objet d'un brevet. □



Les Suisses peu exposés aux polluants

Sous la supervision de l'Office fédéral de la santé publique, la Suisse a participé à une étude européenne pilote de biosurveillance humaine (BSH) portant sur l'exposition aux polluants environnementaux. La BSH est une méthode qui mesure la concentration de substances chimiques dans le corps humain. Les résultats ont démontré que la situation de la Suisse n'était pas critique, l'échantillon étudié dans le pays ne faisant pas état d'une exposition «significative» à des substances chimiques. Le Conseil fédéral prendra l'an prochain une décision quant à la mise en place d'un programme national BSH. □



8

Trouver des mots pour soulager la souffrance

CHUV | Magazine s'est immergé le temps d'une journée dans le quotidien des équipes du Service de psychiatrie de liaison. Ces professionnels rencontrent à la fois des patients et des professionnels de l'hôpital.

Cheffe de clinique au sein de l'Unité de liaison, Pascale Pecoud fait partie de la quarantaine de psychiatres et psychologues du Service de la psychiatrie de liaison, dirigé par le prof. Friedrich Stiefel. Jeunes séropositifs, patients souffrant de graves brûlures ou d'une lourde maladie chronique: la jeune femme a décidé de consacrer sa carrière au soutien et à l'écoute de ces patients au long cours.

«Il ne faut pas être quelqu'un qui pleure avec eux», affirme la Dresse Pascale Pecoud, qui côtoie quotidiennement patients et professionnels de la santé dans des situations parfois dramatiques. «J'ai ressenti vers 15 ans l'envie de faire de la psychiatrie. Au moment de choisir ma voie d'études, je me suis d'abord lancée dans la médecine somatique (relative au corps, ndlr), parce que cet univers me semblait plus varié. C'est alors que j'ai découvert la psychiatrie de liaison, qui représentait le mariage parfait entre les deux! De plus, durant mes stages de médecine, j'avais envie de passer toujours plus de temps avec les patients, et je cherchais à savoir comment ils vivaient leur maladie...»

D'un étage à l'autre

De fait, Pascale Pecoud passe beaucoup de temps auprès des patients, comme le matin de notre rendez-vous. A chaque rencontre, elle a l'impression que c'est la première

fois: «Hormis le fait que chaque parcours de vie est différent, une personne souffrant du HIV n'est pas identique à une autre qui souffre d'un cancer récidivant. Il faut imaginer que nous pouvons également être amenés à intervenir auprès de patients suivis par la psychiatrie et qui souffrent en plus de maladies somatiques.»

Ces suivis dans les étages de l'hôpital, qui sont demandés par le personnel médical ou les patients eux-mêmes, sont faits selon un protocole précis: tout d'abord, il faut consulter le dossier du patient et recueillir le maximum d'informations auprès des personnes qui le côtoient. «Nous avons besoin de connaître son histoire médicale, mais aussi son histoire de vie, aussi bien que sa prise en charge, explique la Dresse Pascale Pecoud. Mais nous nous renseignons également sur la manière dont il se comporte avec les soignants. Tous ces éléments sont nécessaires pour que nous puissions bien faire notre travail.»

Une fois son entretien avec le patient terminé, la Dresse Pecoud rapporte ses recommandations à l'équipe soignante. Le patient doit-il être pris en charge par des professionnels de la maladie mentale? Faudrait-il changer le dosage des psychotropes? Toutefois, ce ne sont pas les psychiatres de liaison qui prendront les décisions: «Notre rôle est celui d'un consultant, précise

la psychiatre. Nous ne pouvons que recommander une attitude. Je tiens à souligner qu'à Lausanne les médecins et les soignants de la psychiatrie de liaison sont la plupart du temps bien reçus et écoutés.»

Lien avec l'extérieur

Après les consultations dans les étages, l'après-midi est consacrée à des entretiens avec des patients qui ne sont plus hospitalisés, mais qui suivent un traitement ambulatoire (chimiothérapie, dialyse) et dont la situation nécessite un suivi psychiatrique. Pour ces séances, la Dresse Pascale Pecoud reçoit ses patients

9'000
entretiens par an
en urgence



2'500
patients

sont suivis chaque année par l'Unité de psychiatrie de liaison du CHUV.



dans son bureau, situé dans le bâtiment des Allières, à quelques mètres seulement du bâtiment principal du CHUV. Au fil de ces séances d'une heure se succèdent des personnes pour qui la maladie a induit une angoisse, fait émerger d'anciennes souffrances ou perturbé l'équilibre de leur univers relationnel ou professionnel.

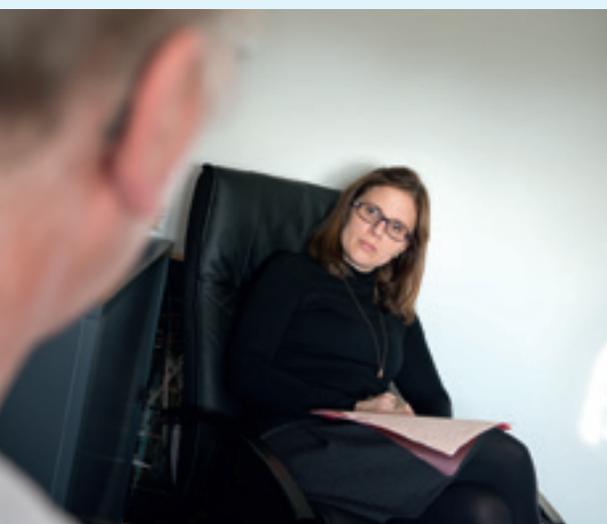
«Avec elle, je suis comme un livre ouvert. Déchiré, mais ouvert», nous confie Jean*, un de ses patients atteint d'une maladie du système immunitaire qui le contraint à suivre de nombreuses dialyses. Et pour ne rien arranger, son entreprise l'a licencié voilà quelques semaines: «Je fais beaucoup d'efforts pour gérer mon agressivité, qui m'a valu – et me vaut

toujours – pas mal d'ennuis. Avant de venir ici, je pensais que les psychiatres étaient seulement là pour les fous.» Au fil des années, Jean a ainsi pu mettre le doigt sur la source de ses problèmes relationnels, et se procurer les armes pour mieux vivre ce qui lui arrive. «Ces patients, qui sont souvent très touchants, ont besoin d'une oreille attentive, conclut Pascale Pecoud au moment de nous quitter. Il faut garder une certaine distance en tant que thérapeute. C'est ainsi que nous pouvons leur donner les repères pour s'en sortir par eux-mêmes. Ce soutien est notre raison d'être.»

Depuis sa création il y a une trentaine d'années, le Service de la psychiatrie de liaison (connu

«Notre service est l'un des plus grands d'Europe, c'est une chance de pouvoir bénéficier d'un tel respect de la psychiatrie.»

à l'époque sous le nom de «Division autonome de la médecine psychosociale») a vécu une augmentation de son taux d'activité, grâce à la collaboration des spécialistes du somatique et du psychiatrique. «Notre service est l'un des plus grands d'Europe, affirme son responsable, le prof. Friedrich Stiefel. C'est une chance de pouvoir



bénéficier d'un tel respect de la psychiatrie.» Une reconnaissance qui ne peut qu'être favorable pour le patient.

Et comme tout service d'un hôpital universitaire, la psychiatrie de liaison consacre une grande partie de ses efforts à la formation et à la recherche. Un des derniers exemples en date est le développement d'une intervention psychothérapeutique précoce auprès des patients à qui l'on vient de diagnostiquer un cancer, oncologues et psychiatres travaillant main dans la main afin de combattre la maladie, mais aussi de permettre au patient de mieux vivre sa situation. □

*prénom fictif

La supervision, un remède pour le professionnel

Ce n'est pas parce que l'on est soignant ou médecin que l'on n'a pas besoin de soutien. Une situation de souffrance importante chez un patient, ou l'accumulation de prises en charge difficiles peut en effet avoir des répercussions sur leur mental. Afin de soutenir les professionnels et leur permettre de poursuivre leur travail dans les meilleures conditions, le Service de psychiatrie de liaison organise régulièrement des séances de supervision. Chacun peut ainsi revenir librement (aucune note n'est prise) sur ce qui lui a pesé dans certaines situations précises vécues au sein de l'hôpital. «Nous le faisons uniquement sur demande du

personnel, témoigne Jeanne Styger, infirmière au sein du service. Je vois ces moments, qui représentent une part importante de notre activité, comme des valves de décompression que nous leur offrons. Ils leur permettent également de réfléchir ensemble sur les aspects relationnels – souvent difficiles – de leur pratique.»

A noter encore que les professionnels du service forment le personnel du CHUV sur de nombreux thèmes, notamment la communication soignant/soigné et la détection et le traitement des états dépressifs de patients atteints de maladies graves.

Rebâtir l'hôpital psychiatrique

Pour offrir le meilleur traitement possible au patient, il est nécessaire de prendre en compte ses besoins. Dans cette optique, l'hôpital de Cery a été complètement repensé.



L'hôpital psychiatrique de Cery a remplacé l'ancien asile des aliénés à la fin des années 1950.

Construit à la fin des années 1950 à côté de l'ancien asile, l'hôpital psychiatrique de Cery devrait être entièrement rénové dans les prochaines années pour répondre à l'évolution de la prise en charge des patients. En quelques décennies, leur confort et leurs droits ont progressé. «Nous sommes passés d'un modèle de prescription de médicaments et de longs séjours à un modèle privilégiant l'échange, explique Philippe Conus, chef du Service de psychiatrie générale du CHUV. Il ne s'agit plus de traiter les malades pour les empêcher de nuire à la société, mais de promouvoir leur bien-être mental, ce qui est un objectif de santé publique.»

Le traitement des malades s'est donc radicalement modifié: «Dès les

années 1970, l'hôpital psychiatrique s'est ouvert sur la cité, poursuit le psychiatre. La découverte de médicaments et l'influence des mouvements libéraux ont transformé ces établissements en lieux de soins où les patients ne passent de loin pas leur vie entière.»

«Dès les années 1970, l'hôpital s'est ouvert sur la cité.»

Ce décroissement s'est poursuivi, engendrant une baisse de la durée des séjours et du nombre de lits. A Cery, les lits pour adultes sont passés de plus de 500 dans les années 1970 à 216 en 1987 et 105 aujourd'hui et de 110 à 80 pour les personnes de l'âge

avancé (65 ans et plus). «Les patients qui le peuvent dorment chez eux, mais il y a une part incompressible de lits nécessaires pour accueillir des malades atteints de troubles aigus comme la psychose, les états dépressifs graves, les états maniaques ou la démence», précise Philippe Conus.

Vote du crédit au printemps

Le site actuel de Cery, qui n'a reçu que des aménagements mineurs depuis sa construction, n'est plus en adéquation avec la nouvelle réalité de la prise en charge. «Le principal problème est lié à la vétusté des installations», détaille Catherine Borghini Polier, directrice des constructions, ingénierie, technique et sécurité du CHUV. Les infrastructures techniques et l'isolation ne sont pas aux normes.

Pour corriger ces défauts, le nouveau projet, devisé à environ 100 millions de francs, prévoit de raser entièrement le bâtiment central existant pour en créer un neuf et de rénover celui abritant les patients d'âge avancé. Le cabinet d'architectes tessinois CCL a remporté le concours en 2010, avec le projet «Deuxième Peau», une réalisation aux formes arrondies, privilégiant les lieux aérés et jouant sur la transparence.

En plus d'infrastructures améliorées, le nouvel hôpital offrira plus d'espace, notamment au niveau des chambres. «Actuellement, 75% des chambres du bâtiment de l'âge avancé peuvent accueillir jusqu'à quatre patients, alors que dans certains cas ils ne devraient pas cohabiter», déplore



Catherine Borghini Polier. Les activités sur le site seront réorganisées et l'unité de soins restructurée, avec un recentrage des bureaux des médecins et des infirmiers nécessaire pour favoriser l'interaction avec les patients.

Inscrit au programme de législature, le crédit est désormais prêt à être traité par le Conseil d'Etat puis par le Grand Conseil en principe durant le semestre prochain. S'il est accepté, les travaux pourraient démarrer à l'automne, pour durer jusqu'en 2018. Cette rénovation complète suivra celle de Prangins, qui se terminera cette année, et la construction de l'hôpital psychiatrique d'Yverdon, achevée en 2002. Le canton sera ainsi doté de trois pôles de psychiatrie modernes.

«Pendant longtemps, la psychiatrie a été stigmatisée et elle le reste encore aujourd'hui, souligne Philippe Conus. La transformation de Cery sera un signal fort en faveur du respect que l'on porte aux malades psychiatriques, qui ont droit à la même qualité de soins que les autres patients.» □



Images de synthèse du nouvel hôpital psychiatrique de Cery, qui privilégie les espaces aérés et la transparence.

Trois nouvelles unités

L'hôpital psychiatrique de Cery s'occupe pour l'heure uniquement des patients adultes et d'âge avancé. Après sa reconstruction, il accueillera trois nouvelles unités: un établissement de réhabilitation sécurisé pour adultes (20 lits), une unité de psychiatrie fermée pour mineurs (10 lits) et une unité pour le traitement de crise des handicapés mentaux (14 lits) avec un hôpital de jour (16 places).

Bien que fermées, les unités sécurisées pour adultes et mineurs seront dotées d'ateliers, de salles de sport et de terrasses. «Le but n'est pas de garder ces personnes confinées, mais de leur permettre de réintégrer la société rapidement et dans de bonnes conditions», explique Catherine Borghini Polier.

Du divan au grand écran

La relation entre cinéma et psychiatrie n'a pas été un long fleuve tranquille. Flashback.

Texte Bertrand Tappy



1. Une naissance simultanée

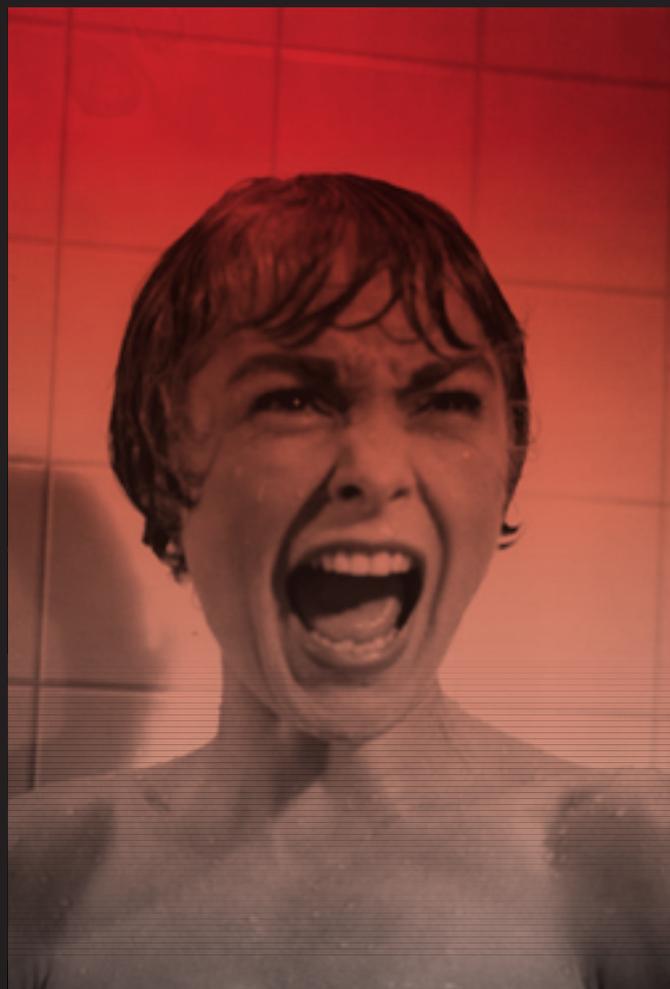
1890-1900

1895: Freud et Breuer publient *Etudes sur l'hystérie*, un ouvrage considéré comme l'un des piliers de la psychiatrie moderne. La même année, les frères Lumière organisent la première projection publique de leur film intitulé **La Sortie de l'usine Lumière à Lyon**.

2. Le flirt

1900-1940

«Dès le début du XX^e siècle le cinéma commence à aborder le thème de la folie, constate Jean-Michel Kaison, directeur des soins du Département de psychiatrie. Mais le «fou», spectaculaire et caricatural, est alors un personnage qu'il faut pourchasser et supprimer parce qu'il représente un danger pour la population.» Un des exemples les plus connus de cette chasse à l'homme reste **M Le Maudit** de Fritz Lang. C'est également la grande époque du cinéma fantastique, avec les effrayants *Dracula* et *Frankenstein*.



3. La lune de miel

1940-1960

Après la guerre, l'Occident tente de comprendre ce qui a pu entraîner le monde dans une folie meurtrière sans précédent. On se demande si, finalement, la société n'aurait pas une part de responsabilité: «Alfred Hitchcock (*Sueurs froides*, **Psychose**) a été l'un des premiers à jouer avec cette complexité, en mettant en scène des personnages «normaux» dans des situations qui influencent leur santé mentale, précise Jean-Michel Kaison. L'inconscient fait surface pour expliquer les actes des hommes, et la psychanalyse nourrit largement le cinéma.»



4. La dispute

1960-1980

Les décennies *Peace and Love* ne seront pas les plus sereines pour nos *amants terribles*: «Dans une période où l'individualisme prime, et où de nombreux artistes et penseurs remettent en question les normes dictées par leurs aînés, plusieurs films dressent une image terrible de l'institution psychiatrique et de ses dérives, remarque Jean-Michel Kasion.

On peut citer notamment *Family Life* de Ken Loach, dans lequel une jeune femme souffrant de schizophrénie s'enfoncé de plus en plus dans sa psychose à cause, notamment, d'un traitement aux électrochocs, stigmatisé par le cinéaste, ou encore l'archi-connu *Vol au-dessus d'un nid de coucou* de Milos Forman, avec la tyrannique infirmière-chef.



5. La réconciliation

1980-2000

Durant les années 1980 et 1990, la toute-puissance du cinéma hollywoodien entraîne une explosion du nombre de productions abordant de près ou de loin le thème de la maladie mentale.

En 1989, le prof. Valentino Pomini, alors étudiant à l'Institut de psychologie de Lausanne a ainsi recensé plus de 260 films sur ce sujet! Il décrit également le profil type des personnages de l'époque: «Homme, adulte, vivant à l'époque actuelle et à la ville, célibataire (donc souffrant vraisemblablement de troubles affectifs), il est agressif, dangereux, assassin le plus souvent, ne suit aucune thérapie, ne subit pratiquement jamais d'internement (ou alors il s'en échappe, à l'image d'Hannibal Lecter dans *Le Silence des agneaux*).» De grandes libertés sont ainsi prises avec la réalité médicale, toutefois on ne

cherche plus à supprimer le méchant à tout prix: leur objectif est en premier lieu de l'interner.

En parallèle, des films comme *Forrest Gump* ou *Rain Man* mettent en scène des personnages souffrant de pathologies psychiatriques clairement établies, et visent ainsi à déstigmatiser la maladie mentale auprès du public. Mais, Hollywood oblige, ces individus décrits comme ordinaires se doivent d'avoir des destins extraordinaires...



6. Retrouver la flamme

2000-2012

Dans le livre *Psychiatry and the Cinema* Glen O. Gabbard et Krin Gabbard dressent le bilan de la longue histoire commune entre le psychiatre et le cinéaste. Selon eux, les psychiatres sont des figures paradoxales pour les créateurs de films. «D'un côté, leur travail est extrêmement difficile à comprendre et peut freiner toute idée d'action et d'excitation. Néanmoins, l'univers de la psychiatrie peut fournir le lieu idéal pour présenter les personnages. La plupart du temps, les psychiatres se plaindront de la manière dont est présentée leur activité, et les réalisateurs se moqueront volontiers de ce que les «pys» croiront lire entre les images de leurs films.»

Malgré ce portrait sans concession, il semble qu'il existe un espoir de voir se réconcilier ces deux mondes, incarné notamment dans *A Dangerous Method* de David Cronenberg, sorti en 2011. Le film relate – en tentant de respecter la réalité historique – la rencontre entre Carl Jung et Sigmund Freud. Mais l'illustré événement sera-t-il suffisant pour sceller l'union entre le divan du thérapeute et le siège des salles obscures?

Percer ensemble les secrets de la schizophrénie

Deux équipes du CHUV se sont alliées pour comprendre et combattre cette maladie dont les causes restent mal connues des scientifiques.

L'hôpital de Cery possède une particularité: à côté des patients déambulent des chercheurs spécialisés en neurosciences. Fondée en 1998, l'Unité de recherche sur la schizophrénie s'est installée au cœur de l'hôpital. «Cette proximité est très importante pour nous, explique Kim Do, directrice de l'unité et professeure associée à l'UNIL. La plupart de mes collègues neuroscientifiques travaillent dans des laboratoires loin des hôpitaux. Ils ne peuvent souvent qu'étudier des souris, qui ne représentent pas toujours des modèles corrects de la maladie. Nous voulons, au contraire, travailler en contact étroit avec les patients, afin de trouver de nouveaux médicaments efficaces contre la schizophrénie.»

Souvent victime de cliché de la part de la population, la schizophrénie touche une personne sur 100 et se déclare neuf fois sur dix entre 15 et 25 ans. Elle se caractérise par des troubles de la perception de la réalité, comme la présence d'hallucinations visuelles ou auditives, des idées délirantes ou encore des pensées désorganisées. La pathologie reste mal connue des scientifiques. «Nous savons que des facteurs multiples jouent un rôle, comme par exemple des composants génétiques, des traumatismes vécus dans l'enfance et l'adolescence ou encore, vraisemblablement, la consommation de

drogues, explique Philippe Conus, chef du Service de psychiatrie générale à Cery et professeur ordinaire à l'UNIL. Mais nous ne savons pas quels mécanismes font émerger la maladie sur le plan biologique.»

Trouver un langage commun

Les psychiatres ont besoin des chercheurs, souligne Philippe Conus. «C'est leur travail qui permettra de mieux comprendre les causes biologiques de la maladie et d'identifier des biomarqueurs. Ces indices physiologiques signalent la présence de la maladie et sa progression. Ils nous aideraient à intervenir plus tôt, au tout début du développement de la schizophrénie, et à juger de manière plus précise l'efficacité des thérapies.» L'équipe de Kim Do travaille avec les patients de Cery pour étudier la maladie, sur le plan génétique et à travers l'imagerie médicale. Son objectif: comprendre comment la schizophrénie modifie les cellules et les connexions du cerveau.

«La schizophrénie touche une personne sur 100 et se déclare neuf fois sur dix entre 15 et 25 ans.»



Les substances thérapeutiques n'ont guère changé depuis la découverte, par hasard, de l'action des antipsychotiques dans les années 1950. «Nous voulons identifier les mécanismes de base qui déclenchent la maladie, afin de concevoir de nouveaux médicaments», explique Kim Do. En 1992, la scientifique a proposé un nouveau modèle de la maladie: «Nous avons observé que de nombreux schizophrènes manquent de glutathion, un antioxydant qui protège les cellules du cerveau. Comme un médicament contre ce déficit avait déjà été développé pour d'autres pathologies, nous avons pu passer d'une première idée de recherche fondamentale à des essais cliniques sur des patients en une dizaine d'années. Cela peut paraître long, mais dans le monde de la recherche clinique, c'est très rapide.»

Un nouveau traitement

C'est là que la proximité avec les psychiatres prend toute son importance: Philippe Conus a pu tester l'efficacité du nouveau traitement dans le cadre d'un projet de recherche



Chercheurs et psychiatres collaborent à Cery, sous la direction de Kim Do et Philippe Conus.

mené avec l'équipe de Kim Do. «Nos études sur des patients souffrant de schizophrénie depuis plusieurs années ont montré que le médicament améliore clairement les symptômes qui n'arrivaient pas à être réduits à l'aide d'antipsychotiques traditionnels et qu'il atténue leurs effets secondaires», relève le psychiatre. L'impact de la nouvelle substance est réel, mais ne suffit pas pour faire disparaître

tous les problèmes qui apparaissent dans les cas avancés. «Nous intervenons peut-être trop tard. Nous voulons tester le médicament de manière plus précoce auprès de jeunes chez qui la maladie vient juste de se déclarer.»

Une telle collaboration entre psychiatres et neuroscientifiques n'a pas toujours été évidente. «J'ai senti de très grandes résistances lorsque je suis

arrivé, il y a une quinzaine d'années», confie Kim Do. «Il a fallu trouver un langage commun, ajoute Philippe Conus. Les psychiatres ont dû apprendre à avoir davantage de patience – et les chercheurs à ne pas tout voir uniquement sur le plan de la biologie. Mais, aujourd'hui, je pense que la période où il fallait choisir son camp est révolue – et c'est tant mieux.» □

Le rôle crucial de la famille

«Les gens pensent souvent qu'il est impossible de guérir de la schizophrénie, mais plus d'un tiers des malades y parviennent», souligne Philippe Conus, chef du Service de psychiatrie générale du CHUV. Un patient sur quatre ne fait qu'une seule crise et un sur deux peut être stabilisé. La clé: intervenir au plus tôt, avant que la personne sombre dans une dépression ou développe des problèmes de toxicodépendance.

Des médicaments sont souvent utilisés, mais une psychothérapie est nécessaire pour aider le patient à comprendre ce qui lui arrive et à gérer ses symptômes le mieux possible. L'aspect social est crucial, souligne Philippe Conus: «Il est très important d'impliquer la famille pour qu'elle soutienne le patient et

d'éviter qu'il ne se retrouve isolé. La grande majorité des interventions se fait d'ailleurs hors de l'hôpital, dans l'environnement du malade. Nous avons mis sur pied des équipes soignantes mobiles composées d'un psychiatre accompagné d'un infirmier ou d'assistant social qui peut assurer un lien à long terme avec le malade.»

→ PLUS D'INFOS:

CHAQUE ANNÉE, LES «JOURNÉES DE LA SCHIZOPHRÉNIE» INFORMENT SUR LA MALADIE DE MANIÈRE ORIGINALE ET DÉCALÉE. LA PROCHAINE ÉDITION, QUI CETTE FOIS RASSEMBLERA TOUS LES CANTONS ROMANDS, AURA LIEU EN MARS 2013. WWW.INFO-SCHIZOPHRENIE.CH



Accompagner les enfants hyperactifs

Impliquer la famille et les proches dans le traitement: c'est la nouvelle philosophie suivie par les professionnels pour permettre aux jeunes patients de surmonter leur handicap.

Au cours de leur croissance, de nombreux enfants et adolescents éprouvent des difficultés à rester tranquilles, à se concentrer, à gérer leurs émotions ou leurs stress, au point que cela inquiète leurs proches. Parfois, ces comportements deviennent si persistants qu'ils entravent l'épanouissement, l'apprentissage scolaire ainsi que les interactions avec la famille ou les amis. Le Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et impulsivité (TDA-H), est très médiatisé, depuis une dizaine d'années. «Si les causes de ce trouble ne sont pas encore suffisamment connues, des études récentes suggèrent qu'un dysfonctionnement cérébral, associé à des facteurs génétiques et environnementaux, joue un rôle», explique le Dr Michel Bader, médecin cadre au Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA). Selon les estimations actuelles, ce syndrome affecte 5 à 7% des enfants et adolescents en âge de scolarité, en majorité les garçons.

«Dans un tiers des cas, le syndrome persiste à l'âge adulte.»

La présence et le degré des symptômes – diagnostiqués médicalement – peuvent varier sensiblement. Ainsi, dans certains cas, les problèmes d'attention sont au premier plan et l'hyperactivité et l'impulsivité ne se manifestent pas nécessairement. Il faut relever que des symptômes associés sont très souvent présents: troubles des apprentissages (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie), troubles de la coordination, troubles émotionnels de type anxieux et dépressifs, troubles du comportement, ou encore difficultés des fonctions exécutives (planification, organisation, contrôle attentionnel, cognitif et comportemental). Lorsqu'il n'est pas diagnostiqué à temps ou pris en charge par un

traitement adéquat, le TDA-H peut avoir des conséquences graves pour l'enfant, telles que manque d'estime de soi, échec scolaire, difficulté à accomplir une formation professionnelle, ou un trouble des conduites qui peut entraîner un abus de substances à l'adolescence. Dans un tiers des cas, le syndrome persiste à l'âge adulte et s'accompagne de difficultés significatives dans la vie quotidienne. D'où l'importance de mettre en œuvre une prévention efficace pour dépister le TDA-H le plus précocement possible. Pour poser un diagnostic, les symptômes doivent être apparus avant l'âge de 7 ans, persister depuis plus de six mois, s'observer dans au moins deux situations différentes (par exemple, à l'école et à la maison) et entraîner une gêne significative sur le plan social, scolaire et dans les loisirs de l'enfant.

Impliquer la famille

A l'heure actuelle, la prise en charge du TDA-H vise à mettre en place un ensemble de mesures pour aider l'enfant à surmonter son handicap, développer au mieux ses capacités et s'épanouir dans sa vie affective et sociale. Après investigation, un accompagnement multidimensionnel est instauré. En plus d'un traitement médicamenteux, sous la forme d'un psychostimulant comme le méthylphénidate ou d'un nouveau médicament ayant une action différente, l'atomoxétine, plusieurs pistes d'interventions sont possibles. Pour aider l'enfant à mieux comprendre son fonctionnement, une psychothérapie de type psychodynamique, comportementale ou systémique peut être envisagée, ainsi que des approches de coaching parental ou de groupes d'enfants.

«Etant donné que les symptômes du TDA-H entraînent souvent une crise et un épuisement des parents et de la fratrie, il faut impliquer la constellation familiale dans le traitement. Des associations de parents, comme l'ASPEDAH (ndlr: Association Suisse romande des parents d'enfants avec déficit d'attention), font un travail d'écoute et de transmission d'informa-

tions formidables», se réjouit le Dr Michel Bader.

Nouvelles stratégies cognitives

Exerçant aussi une activité de chercheur au sein du SUPEA, le Dr Michel Bader a instauré un projet de recherche financée par le Fonds national suisse de la recherche sur l'impact d'un entraînement cognitif informatisé, centré sur la mémoire de travail et l'attention, en collaboration avec le Centre d'imagerie biomédicale (CIBM) et l'EPFL. Les 60 adolescents ayant pris part à la recherche ont exécuté des exercices et des jeux sur ordinateur. Au fur et à mesure des étapes, ils apprennent de nouvelles stratégies cognitives pour atteindre un seuil plus élevé de difficultés. Cette approche complémentaire pourrait favoriser la plasticité cérébrale impliquée dans les circuits cérébraux concernés. Mais cet entraînement cognitif aide aussi l'enfant à prendre confiance en lui et à trouver des solutions qui lui correspondent mieux.

En parallèle, le SUPEA souhaite mettre en place une unité spécialisée tertiaire pour réaliser des investigations pluridisciplinaires de cas complexes ayant des symptômes évocateurs d'un TDA-H. «Ce projet nous apporterait des moyens d'investigation qui nous permettraient de mieux comprendre les spécificités de chaque situation. Ainsi nous espérons être mieux en mesure de déterminer des stratégies de prise en charge, incluant les aspects cognitifs et émotionnels et pas seulement la médication, qui n'est pas la pilule miracle», conclut le prof. Olivier Halfon, chef de service du SUPEA. □

5 à 7%

La part d'enfants et adolescents en âge de scolarité affectés par le TDA-H





Images réalisées par Morgane Rossetti du CEMCAV. «Mes images reprennent le thème de ce magazine «le nouveau visage de la psychiatrie». Elles ont pour but d'intriguer le regard sur ce qui s'apparente à un exercice visuel, utilisé dans le cadre de la psychologie de la forme ou gestaltisme.»

En route avec les équipes mobiles

Les professionnels du Département de psychiatrie du CHUV ne traitent pas seulement les personnes souffrant de psychose à l'hôpital. Ils vont aussi à leur rencontre dans leur environnement quotidien.

Mélanie* parle cinq langues, apprécie les enfants, aime le jardinage... Son bagage culturel ne fait pas de doute. Ce matin, elle a rendez-vous dans les locaux de l'Association bénévolat Vaud à Lausanne pour s'informer des activités qu'elle pourrait pratiquer. Mathias Triboulot, son «case manager», l'accompagne dans cette démarche. Cet infirmier en psychiatrie de l'équipe mobile de Prangins a longuement insisté pour que la jeune femme accepte

de se rendre à l'entretien. Mélanie refuse obstinément tout engagement. Victime d'une pathologie psychiatrique stabilisée depuis sept ans, elle s'accroche à l'idée qu'une personne va l'appeler pour lui demander de partir sur le champ à l'étranger. Son entourage familial et thérapeutique a l'espoir qu'à travers la pratique du bénévolat, elle trouvera des motifs de rester en Suisse. Acte symbolique d'une démarche active: accepter d'emmener la liste d'activités béné-

voles sélectionnées par la conseillère de l'association ne se fait qu'après un long débat intérieur. «Elle est consciente que démarrer une activité, c'est en quelque sorte renoncer à cette idée qui l'empêche d'avancer», analyse l'infirmier.

«Dans les établissements spécialisés, le nombre de places réservées aux malades a spectaculairement décru.»

Mélanie fait partie des quelque 50 patients suivis par l'Unité de psychiatrie mobile, basée à Prangins. La psychiatrie recourt aujourd'hui largement à des pratiques moins contraignantes que «l'enfermement» dénoncé par le philosophe Michel Foucault et les antipsychiatres dans les années 1960. Le nombre de places réservées aux personnes malades a ainsi spectaculairement décru dans les établissements spécialisés. «A l'hôpital de Cery, leur nombre est passé de plus de 500 à 100 en quelques décennies», confirme le Dr Charles Bonsack, médecin chef au Service de psychiatrie communautaire.

Réduire le temps d'hospitalisation

La création des Unités de psychiatrie mobile témoigne de cette volonté d'éviter, autant que possible, les longues hospitalisations qui malgré leurs atouts thérapeutiques ont

Dans le Nord vaudois

L'équipe de psychiatrie mobile du Secteur Nord couvre un large territoire, allant de la frontière neuchâteloise jusqu'au Gros-de-Vaud et de la vallée de Joux jusqu'à Avenches. En raison de cet étalement géographique, trois case managers s'occupent chacun d'un sous-secteur, regroupé respectivement autour d'Yverdon, d'Orbe et de Payerne.

L'équipe se compose d'un chef de clinique, de trois infirmiers et d'un assistant social. A l'heure actuelle, elle suit un total de 65 patients. Le programme de traitement d'intervention précoce de psychose (TIPP) concerne 17 patients et est implanté au sein des unités ambulatoires du Secteur psychiatrique Nord. «Ce faisant l'organisation structurelle du secteur est respectée tout en articulant deux nécessités: la proximité comme moyen efficace pour transmettre les valeurs,

les compétences et les outils du programme TIPP aux professionnels des unités ambulatoires et la proximité comme exigence d'être au plus près du lieu de vie du patient», explique le Dr François Pache, médecin chef à l'Unité de psychiatrie ambulatoire responsable de l'équipe mobile. Ainsi chaque patient est suivi conjointement par un case manager et un médecin de l'unité ambulatoire, sous la supervision du chef de clinique de l'équipe mobile.





Myriam Pythoud, Case Manager au sein de l'équipe mobile jeunes adultes et adolescent du Secteur Nord, en visite chez un patient.

pour tort de marginaliser les patients. Inspirée d'expériences anglo-saxonnes, la première unité du genre a été créée à Cery en 2001. «Son but était d'atteindre des malades difficilement accessibles, c'est-à-dire en refus de soins ou trop désorganisés pour accepter ces derniers de manière active», explique le Dr Bonsack, l'un des initiateurs du programme. Aujourd'hui suivie à domicile, cette population souffrant de troubles psychiatriques sévères cumulait jadis les allers-retours en institutions, sans qu'on puisse agir entre les crises.

En allant à leur rencontre sur le terrain, l'unité mobile détermine un traitement médicamenteux adéquat. Elle peut aussi mener une analyse de leur cadre de vie, intégrer les proches au processus de soins et réaliser de la psychoéducation, afin de permettre

aux malades de mieux comprendre leur pathologie et d'anticiper les symptômes et les crises éventuelles. En 2004, le prof. Philippe Conus a mis sur pied une nouvelle équipe spécialisée dans le traitement des psychoses débutantes à Cery. «Lorsque leur maladie se manifeste, les patients subissent de gros bouleversements. Ils s'isolent, interrompent leur formation, prennent des substances psychoactives, peuvent perdre leur logement ou encore développent un risque suicidaire élevé. Le programme a pour objectif de réduire ces conséquences fonctionnelles et sociales durant la période critique des trois premières années de psychoses», explique le Dr Bonsack.

Seniors et adolescents aussi

Des unités consacrées aux personnes âgées et aux adolescents se sont

ajoutées au dispositif au fil du temps. Depuis 2009, cette pratique, jusqu'alors limitée au Secteur Centre, s'est étendue à d'autres zones du canton: le Secteur psychiatrique Nord (région yverdonnoise) et le Secteur psychiatrique Ouest (région de Prangins). «C'était un vrai défi d'étendre à des contextes possédant moins de moyens cette approche spécialisée développée dans un encadrement universitaire tout en restant fidèle au modèle», reconnaît Charles Bonsack.

A Prangins, la Dresse Simone Mandriota, médecin psychiatre, ainsi que deux infirmières et deux infirmiers sillonnent une aire géographique allant de Terre Sainte aux portes de Lausanne. Chaque membre de l'équipe s'occupe d'une douzaine de patients. Deux fois par



Médecins et personnel soignant sillonnent la région pour aller à la rencontre des patients.

semaine, l'équipe se réunit en colloque pour évoquer les progrès et les difficultés rencontrées sur le terrain. «Par rapport à un poste à l'hôpital, on a davantage de responsabilités et d'autonomie. Il faut savoir se montrer créatif et gérer des situations parfois seul, même si nous avons des ressources au sein de l'équipe», explique l'une des infirmières, Gaëlle Ecuivillon.

Suivi pour éviter les nouvelles crises

Les rendez-vous avec les patients ont lieu dans la communauté, à domicile ou encore dans un café. Lors d'un traitement d'intervention précoce de psychose (TIPP), l'unité mobile suit le patient, sous la responsabilité d'un intervenant qui coordonne les soins, pendant trois ans avec des rendez-vous réguliers. Les entretiens n'évoquent pas toujours directement l'état psychiatrique du patient, comme dans le cas de cette jeune fille que nous rencontrons avec Mathias Triboulot à Morges. «Elle vient de sortir de l'hôpital après deux épisodes de décompensation à haute teneur mystique qui l'ont fait errer pendant plusieurs jours dans la forêt sans s'alimenter», raconte l'infirmier. Déniant ses troubles psychiques, la

jeune fille accepte cependant l'aide psychiatrique. L'infirmier renforce le lien thérapeutique avec elle, afin qu'elle se tourne automatiquement vers lui en cas de souci et pour l'amener ensuite à se traiter de manière adéquate. A chaque entretien, il évalue aussi son état psychique à travers une série de questions au sujet de ses liens sociaux, de sa consommation de stupéfiants, de son stress, de ses angoisses, etc. «Le risque serait qu'elle s'isole sans pouvoir partager l'étrangeté de son expérience. Mon travail est de trouver le chemin pour aboutir à une décision de traitement véritablement partagée, malgré ces obstacles», explique l'infirmier.

D'autres interventions s'avèrent plus ponctuelles: elles visent à aider un malade désorganisé à reprendre un traitement, ou à l'épauler durant les semaines qui suivent une hospitalisation. L'action de l'unité mobile est souvent de nature transitoire. L'objectif consiste alors à ramener des personnes en rupture dans un système de soins classique.

«Un de nos patients nous a décrits comme des passeurs. Cette expression indique que notre action vise aussi à

Deux fois moins d'hospitalisations

Une étude du CHUV montre que, sans intervention à la sortie de l'hôpital, le taux de réhospitalisations s'élève à 33%. Si les malades sont pris en charge à travers le Case Management Transition (CMT), c'est-à-dire un accompagnement de quelques semaines à la sortie de l'hôpital, ce taux tombe à 18%.



100% de psychoses débutantes prises en charge

Le but affiché des équipes mobiles est de prendre en charge toutes les psychoses débutantes (TIPP), pour réduire au maximum le risque de désocialisation qui est très grand au début de la maladie. En endossant 50 nouveaux cas par an, le Secteur Centre y parvient déjà. Les Secteurs Nord et Ouest devraient y arriver prochainement.

guider au travers de frontières entre des mondes différents», témoigne Charles Bonsack. Elle définit bien ce mode d'intervention avec lequel les acteurs agissent au cœur de la société, en envisageant la personne dans la globalité de son milieu, et en se présentant comme des repères, des ressources et des soutiens pour les accompagner vers le rétablissement. □

**nom d'emprunt*

Pour une psychiatrie scientifique et humaniste

Jacques Gasser, chef du Département de psychiatrie du CHUV, plaide pour une pratique humaine et sociale de la discipline.

Unir les aspects scientifiques et humanistes et englober les différentes spécialités liées du domaine: c'est la vision de «l'école lausannoise» de psychiatrie. Une ambition que défend le prof. Jacques Gasser, qui a publié un livre sur ce sujet en collaboration avec son prédécesseur à la tête du Département de psychiatrie, le prof. Patrice Guex (*).

La psychiatrie a toujours été attentive à garder une approche humaniste privilégiant la compréhension et le soin des patients, tout en restant attachée à son rôle de santé publique. Au Département de psychiatrie du CHUV, ces préoccupations sont valorisées par une implication dans des recherches pointues dans les domaines de la psychothérapie, de l'épidémiologie (science des épidémies, ndlr), du suivi clinique des patients ainsi que des neurosciences.

«Les questions de santé publique jouent également un rôle important, souligne Jacques Gasser. En partant d'une meilleure analyse des besoins, il s'agit, par exemple, de rendre accessibles les soins aux plus vulnérables et de détecter plus précocement les maladies mentales afin de mieux les prévenir.»

Développer de nouvelles thérapies

«L'enjeu fondamental pour les années à venir consistera à mieux connaître l'étiologie des maladies mentales (l'étude de leurs causes biologiques, ndlr), poursuit le professeur. Il s'agira ensuite de développer de nouvelles thérapies à partir des résultats de ces recherches scientifiques.» Actuellement,

le développement considérable des connaissances sur le fonctionnement du cerveau concerne principalement la recherche fondamentale. Le plus souvent, ces découvertes ne sont donc pas encore directement utiles aux patients, surtout lorsqu'on les compare au boom des années 1950 qui a vu apparaître différents médicaments (neuroleptiques, tranquillisants, antidépresseurs) permettant de diminuer plusieurs symptômes de troubles psychiques et de permettre une réinsertion plus rapide. «Ces recherches apporteront des découvertes qui seront forcément complexes, en raison des causes multifactorielles des maladies mentales, poursuit Jacques Gasser. Si les aspects biologiques restent

très importants, la connaissance des éléments subjectifs et relationnels demeure centrale pour la bonne prise en charge des patients.»

Le chef du département estime que la frontière floue entre folie et normalité continuera de compliquer la tâche du psychiatre, qui doit répondre à toutes sortes de sollicitations en rapport avec les souffrances spécifiques engendrées par la forme de notre société. «C'est ce qui rend passionnante notre activité, au carrefour des sciences biologiques et des sciences humaines.» □

* «POUR UNE PSYCHIATRIE SCIENTIFIQUE ET HUMANISTE: L'ÉCOLE LAUSANNOISE» (EDITIONS GEORG, 2011).





«La psychothérapie fait partie des traitements les plus efficaces du monde médical.»

Jean-Nicolas Despland, directeur de l'Institut universitaire de psychothérapie du CHUV milite pour davantage d'attention et de recherche.

CHUV Quels sont les résultats médicaux de la psychothérapie?

Prof. Jean-Nicolas Despland On estime qu'environ 70% des patients qui en ont suivi une, se sentent mieux qu'avant, 20% n'observent pas de changements et 10% vont moins bien. L'avantage d'une psychothérapie est que ses effets sont durables, car elle

agit à la fois sur les symptômes et sur le fonctionnement du patient, et donc sur le risque d'une rechute. Nous venons, par exemple, de développer une psychothérapie psychanalytique de 12 séances pour renforcer le traitement hospitalier de patients sévèrement déprimés. Les personnes ayant suivi ce traite-

ment allaient un peu mieux que les autres à la sortie de l'hôpital, mais beaucoup mieux trois mois après.

Et les 10% qui se sentent moins bien?

Comme toute thérapie, il existe des effets secondaires. La psychanalyse peut, par exemple, faire ressortir des souffrances passées auxquelles

certaines personnes ont parfois du mal à se confronter. C'est une facette encore trop peu étudiée aujourd'hui.

Comment parvenez-vous à mesurer l'efficacité globale des psychothérapies?

La méta-analyse, qui fait la synthèse de plusieurs recherches, permet d'aboutir à une vision d'ensemble. Elle détermine ce que nous appelons la «taille d'effet», qui évalue la différence entre le début et la fin du traitement ou par rapport à un groupe de comparaison. Toutes approches confondues, une psychothérapie d'une année affiche une taille d'effet moyenne de 0,82. En comparaison, la pharmacologie de l'arthrite rhumatoïde est à 0,61, les antidépresseurs entre 0,17 et 0,30, et la prévention du glaucome à 0,06. Des chiffres suffisamment robustes pour conclure que la psychothérapie figure parmi les thérapies les plus efficaces du domaine médical.

«Près de la moitié des Suisses présenteront au moins un trouble psychiatrique au cours de leur existence.»

La psychothérapie serait donc plus efficace que les médicaments?

La neuro-imagerie montre une synergie entre les deux approches: elles ont des sites d'action communs, mais aussi des effets spécifiques et complémentaires sur le cerveau. Dans le cas d'une dépression, les antidépresseurs stabilisent le patient et sont moins chers à court terme, mais la psychothérapie s'avère plus économique à moyen et long terme, en raison de la prévention des rechutes. Or, il y a aujourd'hui une disproportion des moyens alloués à la recherche: les groupes pharmaceutiques dépensent des milliards sur les traitements biologiques des maladies

psychiques, alors que les recherches sur les traitements psychologiques et les psychothérapies ne sont soutenues que par les organismes officiels, tel le Fonds national suisse de la recherche scientifique.

Sur quoi se fonde le succès d'une psychothérapie?

Sur deux facteurs principaux: d'abord la qualité du thérapeute, ensuite l'«alliance thérapeutique» qui se noue entre le médecin et le patient, à savoir s'ils sont d'accord sur le but du traitement et sur la manière de travailler et s'ils s'entendent bien. On ne peut pas prescrire cette alliance. Elle se développe si l'on arrive à déceler ce qui préoccupe le patient. Vouloir le soutenir semble moins efficace que vouloir l'entendre et le comprendre.

Le choix de l'approche n'est-il pas important?

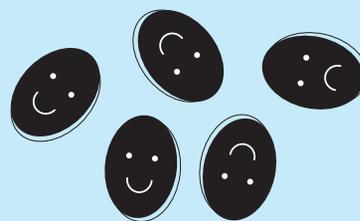
En termes d'efficacité, il n'y a pas de différence fondamentale entre les différentes approches, qu'il s'agisse de thérapies psychanalytiques, cognitivo-comportementales ou systémiques (ndlr, les trois principales écoles). Ce choix influence seulement 1% de l'effet final. C'est le «paradoxe de l'équivalence»: les chemins sont différents, mais les résultats similaires. Et il est très difficile de déterminer à l'avance quel traitement est le mieux adapté à quel patient. Ce que l'on sait, c'est que l'alliance thérapeutique se développe mieux si l'on donne au patient ce qu'il veut, qu'il s'agisse d'un médicament, de consignes spécifiques entre les séances ou simplement d'une écoute qui soulage. C'est le mystère de la relation humaine. Il me semble important de respecter cette diversité et cette complexité.

Où se situe la limite entre une vraie maladie psychique et la simple quête de soi?

Les gens ne vont pas voir leur psychiatre par plaisir ou lorsqu'ils sont en bonne santé: il s'agit d'un processus qui peut être éprouvant, parfois de longue haleine. Près de la moitié des Suisses présenteront

au moins un trouble psychiatrique au cours de leur existence. Le plus grand nombre de cas concerne la dépression, qui touche 20% des femmes et 10% des hommes. A mon sens, mettre en avant la question du «développement personnel», c'est surtout tenter de se rassurer face aux inquiétudes suscitées par la souffrance et les maladies psychiques. □

Antidépresseurs: attention aux prescriptions abusives



«Il n'y a plus de querelle de clocher entre psychothérapeutes et pharmacologues.» Comme le souligne le professeur Chin Eap, psychopharmacologue clinique au Centre des neurosciences psychiatriques du CHUV, c'est bien souvent la combinaison d'une psychothérapie et de médicaments qui s'avère la plus efficace pour soigner les troubles psychiques. Du moins les pathologies graves, comme la schizophrénie.

Dans le cas des dépressions légères, la situation est plus ambiguë: «Les antidépresseurs n'étaient pas assez souvent prescrits il y a trente ans, mais il faut aujourd'hui prendre garde à ne pas tomber dans la situation inverse en les prescrivant contre de simples coups de blues. D'autres moyens doivent d'abord être explorés, comme par exemple un soutien psychologique, social ou familial. Car les antidépresseurs peuvent induire des effets secondaires parfois importants, comme des troubles gastro-intestinaux ou sexuels.»

Des centaines d'appels, un seul numéro

Depuis deux ans, un seul numéro doit être composé dans les situations d'urgences psychiatriques. Le fruit d'un projet géré avec rapidité et efficacité.

Avec la répartition de leurs effectifs sur quatre régions, les Services psychiatriques publics vaudois* sont aujourd'hui en mesure d'intervenir de manière efficace sur tout le territoire vaudois.

Mais cela n'a pas toujours été aussi simple. Jusqu'en 2011, il n'existait pas de numéro d'appel unique pour les cas d'urgence. De quoi plonger les personnes en détresse psychologique et leurs proches dans une inquiétude encore plus profonde. Quel hôpital appeler, vers quel service de soins se tourner? «Face à cette situation, nous avons décidé de nous réunir, afin de trouver une solution la plus simple possible, explique Yves Dorogi, infirmier cadre membre du groupe de travail. Ce fut pour nous l'occasion idéale de simplifier l'accessibilité aux soins psychiatriques et

d'améliorer le suivi de nos patients.» Le projet fut également l'occasion de resserrer les liens entre les différents acteurs et de simplifier la communication entre la personne qui appelle et les professionnels. «Nous avons travaillé avec la Centrale téléphonique des médecins de garde, afin qu'elle puisse apporter le premier soutien, souligne Yves Dorogi. Ce numéro est celui à composer en priorité. Si le collaborateur de la Centrale estime que le cas mérite une prise en charge psychiatrique, il transfère l'appel à l'un des hôpitaux de nos quatre régions, qui pourra répondre plus spécifiquement aux besoins de l'appelant et organiser, le cas échéant, une consultation en urgence. Il va de soi que, si la situation est critique, une équipe sera immédiatement envoyée sur place!» Grâce à ce dispositif,

la personne en détresse a un contact direct et continu avec un professionnel de la santé.

20

le nombre d'appels pour une urgence psychiatrique reçus chaque jour uniquement en région lausannoise.

A noter encore qu'une collaboration a également été mise en place avec La Main Tendue ou Pro Juventute, afin de renforcer la cohérence de l'ensemble du système des numéros d'appel. □

*Dont le Département de psychiatrie du CHUV pour les Secteurs Nord, Centre et Ouest et la Fondation de Nant pour l'Est.

3 questions à Jean-Marc Richard



«Je me vois comme une passerelle entre les gens.»

Jean-Marc Richard entend chaque soir les témoignages de personnes en

difficulté dans son émission *La ligne de cœur*, sur La Première.

Quelle est la mission de «La ligne de cœur»?

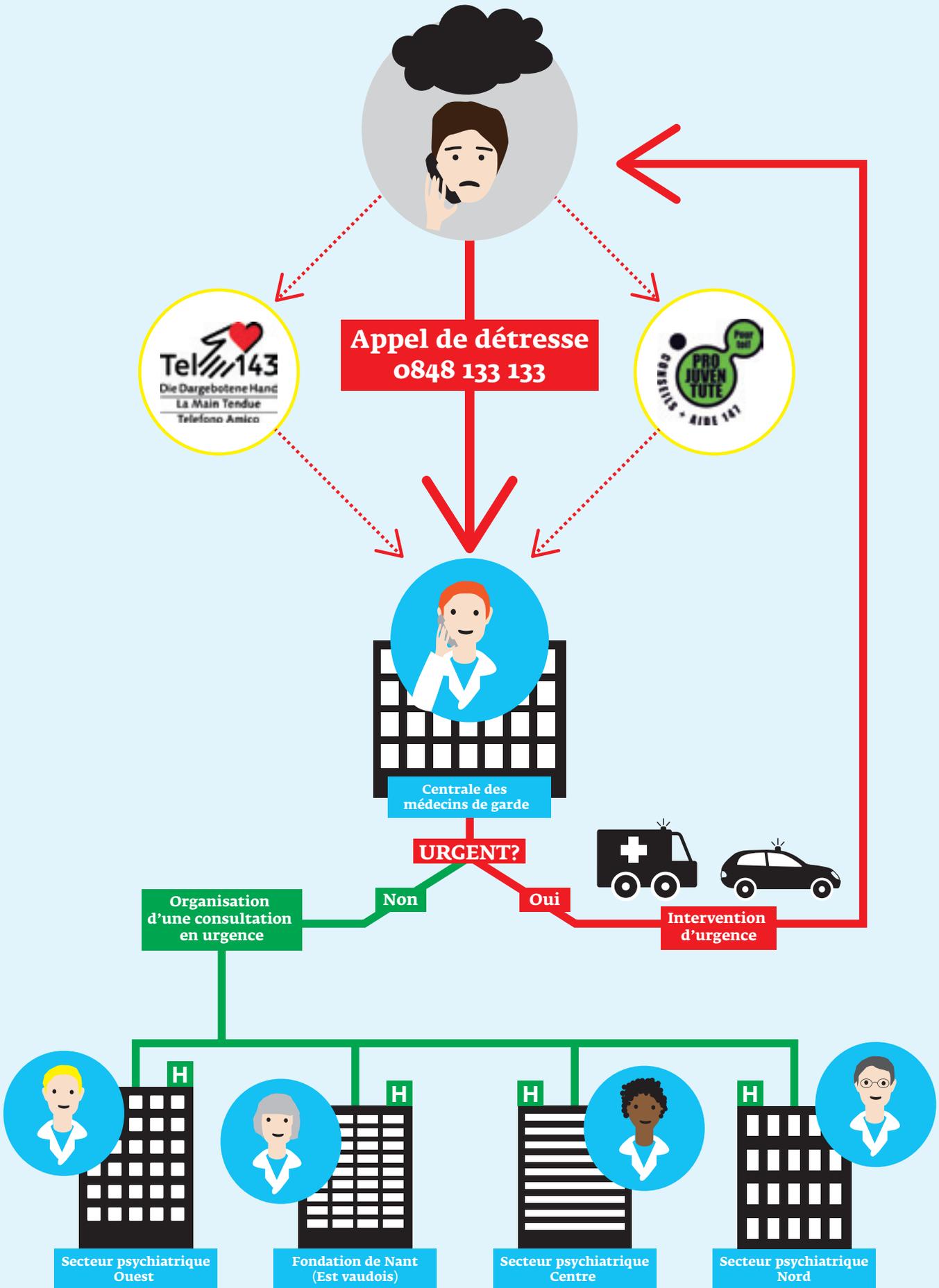
Offrir un espace d'écoute et de partage, dans un univers autre que celui de la psychiatrie, par exemple. Je pense qu'à certains moments, les personnes qui font appel aux professionnels éprouvent le besoin de partager leurs expériences avec des gens qui n'appartiennent pas à ce milieu. Mais je ne donnerai jamais de conseil. Certains de mes prédécesseurs le faisaient, pas moi. Je me vois plutôt comme une passerelle entre les gens.

Quelle est votre vision de la psychiatrie?

La psychiatrie est un métier pour lequel j'ai énormément de respect. Quand j'ai repris l'émission, les choses étaient claires dès le départ: je ne voulais pas «jouer au psy» comme d'autres jouent au sélectionneur devant un match de foot!

Est-ce que vous devez «trier» les appels?

Non. Certains soirs sont plus tranquilles que d'autres, mais nous ne refusons personne. Tout se fait au feeling, à l'écoute, avec toute l'équipe. Et si beaucoup d'auditeurs appellent, nous leur suggérons simplement de tenter à nouveau leur chance le lendemain.



Face au juge et au prisonnier

Les psychiatres doivent assumer la responsabilité de deux missions délicates: déterminer le niveau de responsabilité d'un accusé et suivre un détenu malade.

C'est une thématique sensible: évaluer le niveau de responsabilité d'une personne jugée pour un acte criminel, alors qu'elle présente des signes de maladie mentale. Le Dr Philippe Delacrausaz est l'un des rares psychiatres en Suisse romande à s'occuper presque uniquement d'expertises judiciaires.

Le responsable du centre d'expertises de l'Institut de psychiatrie légale du CHUV intervient notamment dans les cas pénaux.

«Nous devons répondre à deux questions, explique Philippe Delacrausaz. Savoir, d'abord, si la personne souffre d'une maladie mentale et déterminer ensuite si l'acte délictueux se révèle en lien avec le trouble.» Les experts, qui travaillent toujours en duo, effectuent une série de trois à quatre entretiens individuels avec la personne. Ils doivent réunir le maximum d'informations sur sa personnalité, son passé, son parcours, son dossier pénal et, si possible, médical.

Ce qui reste à apprécier, c'est le degré de responsabilité de l'individu au moment où il a commis son acte: «Il s'agit de savoir si la personne savait, ou non, qu'elle commettait un acte illégal, et si elle le voulait réellement. Dans le cas d'un héroïnomane en état de manque, par exemple, on peut estimer que cet état implique que ce n'est pas sa libre volonté qui s'exprime au moment d'acheter et de consommer une substance qu'il sait être illicite. Sa responsabilité peut donc être

légèrement réduite.» Dans le cas d'états psychotiques aigus (schizophrénie décompensée, crise de paranoïa, etc.), l'irresponsabilité peut être totale et mener à un non-lieu. Un verdict souvent très difficile à accepter par les victimes et leur entourage.

Prévenir la récidive

L'expert est souvent amené à témoigner au tribunal et doit savoir prendre de la distance face aux actes parfois horribles commis par les personnes qu'il doit évaluer. Il doit faire l'effort de ne pas les juger en tant que citoyen, mais apporter un éclairage médical.

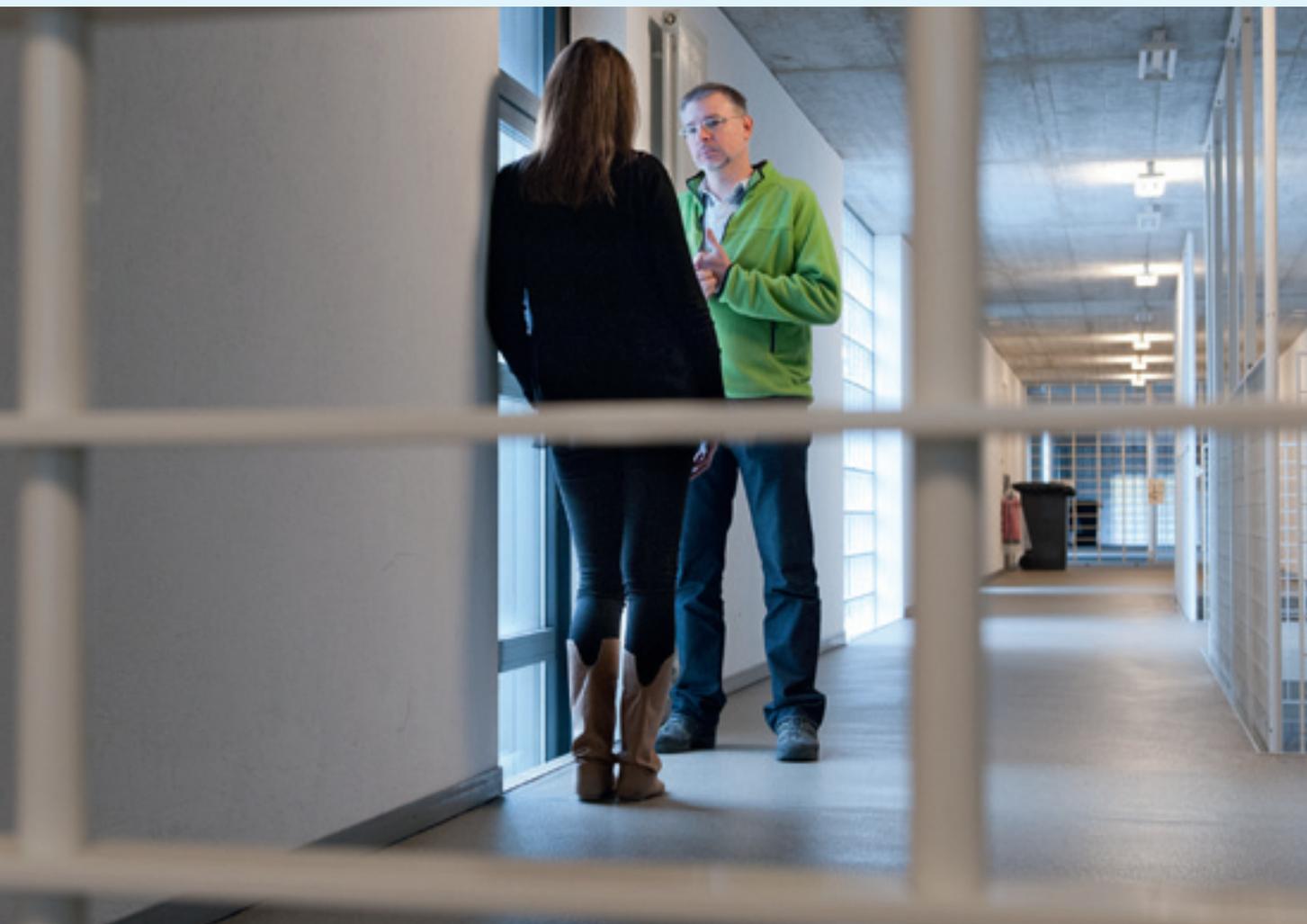
«Il s'agit de savoir si la personne savait, ou non, qu'elle commettait un acte illégal, et si elle le voulait réellement.»

«L'évaluation des risques de récidive est une autre question qui prend aujourd'hui toujours davantage d'importance lors des jugements, poursuit Philippe Delacrausaz. Il faut tenter d'effectuer des prévisions.» Les mesures prévues par le Code pénal pour prévenir la récidive peuvent aller de traitements ambulatoires ou institutionnels (mesures thérapeutiques) jusqu'à l'internement en prison (mesure d'exclusion sociale).

De nombreuses expertises sont également effectuées à la demande de la justice civile. Elles doivent déterminer s'il est nécessaire de mettre en place des mesures de protection pour la personne (mise sous tutelle, placement à fins d'assistance, etc.). Elles concernent un large spectre de la population qui va de personnes âgées présentant des signes de démence à des jeunes éprouvant des difficultés à trouver leur place dans la société et à gérer leurs affaires courantes du fait de troubles psychiques.

Soigner des patients prisonniers

Mais l'expertise n'est pas une fin en soi – encore faut-il soigner. Car quels que soient les actes qu'ils aient pu commettre, les détenus sont également des patients. «Il s'agit de les aider à retrouver leur part d'humanité», résume Bruno Gravier, chef du Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP), qui offre des soins somatiques et psychiatriques aux détenus du canton. Son service regroupe une soixantaine de personnes (psychiatres, médecins, infirmiers(ères), etc.) qui interviennent dans toutes les prisons du canton et proposent également une consultation ambulatoire destinée aux auteurs d'infractions à caractère sexuel après leur libération. Les soins s'adressent aussi bien aux personnes condamnées qu'à celles en attente de jugement ou reconnues irresponsables. L'évolution de notre société implique que les pathologies en relation avec la toxicodépendance ne sont pas rares. Il arrive aussi que la prison ponctue le parcours de certains migrants.



Le suivi peut être individuel ou passer par un travail de groupe. Les activités thérapeutiques sont diverses: prendre en charge des pathologies psychiatriques sévères, traiter des troubles du

sommeil, aider les détenus à gérer leur violence ou à effectuer un travail sur l'acte qu'ils ont commis. Le SMPP assure également le suivi somatique des détenus avec le soutien de la PMU

et doit garantir des soins équivalents à ceux dont bénéficie la population.

Les rapports avec les acteurs de la chaîne pénale sont nombreux, qu'il s'agisse des directions des établissements pénitentiaires pour la gestion quotidienne des patients, de l'Office d'exécution des peines qui demande des rapports sur le suivi de personnes astreintes à une obligation de soins, ou encore des procureurs et des avocats. Agir comme soignant en prison exige de garder en tête une exigence fondamentale: le thérapeute ne peut pas être en même temps l'expert, car le premier est tenu à la confidentialité. Renseigner une autorité sur la situation médicale de son patient ne peut se faire qu'avec l'accord de celui-ci. Un prisonnier reste protégé par le secret médical. Les droits fondamentaux ne s'arrêtent pas aux murs de la prison. □

La professionnalisation de la psychiatrie légale

Une nouvelle formation approfondie reconnue par la FMH verra le jour en psychiatrie forensique, dès 2013. Un CAS (Certificate of Advanced Studies) a été mis sur pied à l'Université de Lausanne par l'Institut de psychiatrie légale du CHUV. Il s'adresse à tous les porteurs d'un titre FMH en psychiatrie et psychothérapie de l'adulte ou de l'enfant et de l'adolescent, ou en cours de spécialisation. La discipline se situe à l'interface de la psychiatrie et du droit. Son objectif est de former les

médecins à effectuer des expertises liées au droit pénal, civil et administratif (en particulier le droit des assurances) ainsi qu'à mener des thérapies dans le champ judiciaire. Cette formation s'étend sur deux ans et se déroule dans différentes institutions psychiatriques de Suisse romande.

→ PLUS D'INFOS:

WWW.FORMATION-CONTINUE-UNIL-EPFL.CH/PSYCHIATRIE-FORENSIQUE-CAS



Prévenir la toxicomanie dès l'adolescence

L'addiction aux drogues peut survenir tant chez les jeunes que chez les seniors. Une prise en charge précoce permet d'éviter les dérives.

La toxico-dépendance est un problème de santé publique qui touche la population dans sa globalité. Elle concerne un large panel de substances, de l'alcool à l'héroïne en passant par le cannabis, la cocaïne ou les drogues de synthèse. L'addiction peut survenir tout au long de la vie, à commencer par l'adolescence. Sous l'influence de leurs pairs, les jeunes y sont exposés dès 12 ans. «Le plus important est de comprendre pour-

quoi certains d'entre eux vont plus loin, et quelles sont les vulnérabilités qui vont faire qu'une consommation récréative ou initiatique peut devenir une dépendance avérée», explique le professeur Jacques Besson, addictologue et responsable du Service de psychiatrie communautaire. Il s'agit donc d'identifier, d'une part, le profil des jeunes consommateurs et, d'autre part, la vulnérabilité liée à d'éventuels troubles psychiques,

comme l'anxiété, la dépression, les troubles de la personnalité ainsi que les antécédents traumatiques. «Les fragilités psychiques augmentent le risque de l'installation d'une toxico-dépendance», souligne le professeur.

Initié dès 2001 par l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA, prof. P.-A. Michaud), le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA,

465

le nombre de polytoxicomanes qui sont accompagnés par le Centre Saint-Martin.

prof. O. Halfon), le Service de psychiatrie communautaire, en partenariat avec le Service de protection de la jeunesse et l'Association vaudoise des organismes qui représentent les foyers pour adolescents, le programme DEPART cible précisément les jeunes entre 12 et 20 ans. Sorte d'interface entre différents acteurs clés de l'adolescence, il rassemble le réseau médical, psychiatrique, social, éducatif, scolaire et judiciaire. «L'objectif de ce programme est d'évaluer la situation de jeunes consommateurs par le biais des substances consommées; le cannabis est souvent le révélateur permettant de mieux comprendre et cerner leur état de santé physique, psychique, les événements de crise au niveau familial, scolaire ou social. Mais le programme permet surtout aux jeunes concernés de développer leurs ressources, grâce à une équipe interdisciplinaire de médecins, de psychologues, de responsables socio-éducatifs et d'infirmières», détaille Evelyne Panchaud, codirectrice du programme DEPART.

Concrètement, un maître d'apprentissage qui repère un fumeur problématique de cannabis peut faire appel à l'équipe de DEPART. Lors d'un entretien sur le lieu de formation, divers instruments d'évaluation permettent d'identifier les problèmes sous-jacents et les besoins associés, par exemple de réconciliation avec la famille ou de psychothérapie pour soigner d'éventuels troubles anxieux. «Nous sommes des attracteurs d'angoisse, dans le sens où nous déchargeons les adultes de l'obsession autour de la consommation. L'entourage du jeune se remet à le considérer autrement que

comme un futur toxicomane, ce qui rétablit la confiance réciproque», explique le Dr Philippe Stephan, codirecteur de DEPART.

Suivi psychothérapeutique

Le succès du programme est qu'il ne suit pas forcément une logique d'abstinence, mais plutôt de compréhension des raisons qui poussent certains jeunes à consommer. «Nous les rendons attentifs aux freins que cela peut engendrer dans leur processus d'épanouissement personnel et professionnel, en leur expliquant, par exemple, que travailler après avoir fumé un joint limite leurs compétences», poursuit le codirecteur.

«Sous l'influence de leurs pairs, les jeunes sont exposés aux substances addictives dès 12 ans.»

Traiter le problème de l'addiction dès l'adolescence est crucial pour éviter les dérives. Beaucoup d'adultes ont en effet commencé à consommer des drogues très jeunes et durant plus d'une dizaine d'années sans être entrés dans un programme de soins. Ouvert en 1996 sous l'impulsion du CHUV, le Centre Saint-Martin accompagne 465 polytoxicomanes âgés pour la plupart entre 20 et 35 ans. En plus du problème de dépendance aux opiacés et autres drogues, un tiers d'entre eux souffrent de troubles psychiatriques majeurs et 80% présentent des antécédents psychotraumatiques. «L'enjeu principal n'est pas seulement de proposer un traitement de substitution, comme avec la méthadone, mais aussi un suivi psychothérapeutique qui puisse accompagner ces anciens maltraités, traumatisés et carencés vers leur rétablissement et réintégration dans la société», leur explique le prof. Jacques Besson, qui supervise le Centre Saint-Martin.

Les toxicomanes sont accompagnés en moyenne pendant cinq ans et suivent un programme axé sur quatre phases clés. La phase d'alliance vise à les faire entrer dans le système de santé par la médecine de rue (remise de matériel stérile, etc). Ensuite, leur vie est stabilisée avec un traitement de substitution, l'aide sociale et l'aide au logement. Une fois ce deuxième stade atteint, un suivi psychiatrique et psychothérapeutique tente de les aider à s'extraire de la logique traumatique et de la dépression. Pour finir, le programme favorise la reconnexion du patient avec la vie communautaire et professionnelle.

Les personnes âgées aussi

Le paysage de la toxicomanie de la personne âgée, quant à lui, est en pleine évolution. Des études montrent qu'avec l'arrivée des baby-boomers à l'âge avancé, un pourcentage non négligeable de seniors consomme des drogues habituellement associées à une population jeune, de type cannabis ou cocaïne. «De mieux en mieux pris en charge avec des moyens de substitution, les toxicomanes atteignent désormais le troisième âge. Il va falloir développer de nouvelles prestations de soins et des structures adaptées à cette cohorte de plus de 65 ans», analyse le prof. Armin von Gunten, chef du Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) du CHUV. Les seniors ne sont pas non plus épargnés par les autres problèmes d'addiction. La dépendance à l'alcool et aux médicaments, de type anxiolytique ou somnifère, touche toutes les sphères de la société et a des conséquences sur la santé. «Ces substances peuvent altérer la cognition, par exemple la mémoire, la pensée, l'intellect et indirectement engendrer des problèmes tels que des chutes, des traumatismes crâniens, des accidents de voiture ou encore des aggravations de certaines pathologies de base, comme l'apnée du sommeil. L'addiction des seniors doit donc être prise très au sérieux, au même titre qu'aux autres périodes de la vie», ajoute Armin von Gunten. □

L'émergence du «quatrième âge»

La psychiatrie de l'âge avancé fait face à de nouveaux défis liés à l'allongement de l'espérance de vie des patients. Explications.



Texte Emilie Veillon
Photographie Christophe Voisin

La psychiatrie de l'âge avancé accompagne toute personne avec une maladie mentale qui franchit le cap des 65 ans. Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie, de grandes disparités apparaissent dans cette cohorte de patients. «La définition sociétale de la vieillesse à partir de 65 ans a été faite à une époque où l'espérance de vie était plus courte. Aujourd'hui, les sexagénaires et septuagénaires ne peuvent plus être traités de la même façon que les patients les plus âgés, tels que les nonagénaires», note le prof. Armin von Gunten, chef du Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) du CHUV. Les personnes très âgées ont des troubles cognitifs de plus en plus fréquents, tandis que les sexagénaires présentent

plutôt des troubles affectifs ou des problèmes adaptatifs souvent liés au passage à la retraite.

Des soins adaptés à l'âge du patient
Ainsi, les personnes de 65 ans et plus qui souffrent de dépressions ou de psychoses n'ont pas les mêmes besoins en soins que les patients de 80 ans atteints de démence. «Les sexagénaires et septuagénaires sont souvent en bonne santé physique et relativement indépendants. Ils maîtrisent de mieux en mieux les technologies de l'information et ont des loisirs qui leur permettent de rester jeunes d'esprit. Nous les impliquons donc au maximum dans le projet de soins pour créer une alliance thérapeutique», explique Françoise Ramseier, infirmière

spécialiste clinique au sein du SUPAA. Par rapport à ces «jeunes vieux» du troisième âge, les plus de 85 ans correspondent désormais à un quatrième âge. «Les troubles cognitifs de ces patients très âgés impliquent qu'ils ne peuvent plus prendre soin d'eux-mêmes de manière autonome, et ont donc besoin de soutien», poursuit l'infirmière.

En constante augmentation depuis quelques années, cette population de patients incite le SUPAA à développer de nouvelles prestations de soins mieux adaptées, telles que des approches psychothérapeutiques de groupe qui leur permettent de s'exprimer et d'avancer sur une thématique liée à leur vie, leur maladie ou le passage à l'âge avancé. «Autant que possible, nous travaillons en ambulatoire ou favorisons les hospitalisations courtes, pour que ces personnes puissent réintégrer leur lieu de vie.»

Un challenge pour la psychiatrie

En parallèle, l'augmentation du nombre de personnes du quatrième âge est l'un des principaux défis de la psychiatrie de l'âge avancé de demain. En Suisse, la population de centenaires s'est multipliée par 60 au cours des cinquante dernières années.

«Les troubles cognitifs, comportementaux ou psychologiques étant plus fréquents avec l'âge, le nombre de personnes très âgées nécessitant un suivi psychiatrique va s'accroître considérablement, durant ces prochaines décennies. Il faudra donc réfléchir à de nouvelles manières de prendre soin de ces personnes dans la société», conclut le chef de service. □

Qui fait partie de la Commission culturelle du CHUV?

Les activités culturelles du CHUV, dont vous trouverez le programme sur le nouveau site internet du Centre hospitalier universitaire vaudois sont du ressort de la Commission culturelle. Ses membres, qui sont également actifs dans la vie culturelle de la région, sont: de gauche à droite sur la photo, le **prof. hon. Jean-Claude Givel**, président de la Fondation Abraham Hermanjat et de l'Association des Amis de Marius Borgeaud, le **prof. Lazare Benaroyo**, médecin chef de l'Unité d'éthique du CHUV, prof. d'éthique et de philosophie de la médecine, FBM UNIL, le **prof. Pascal Nicod**, Service de médecine interne, fondateur de Musique & Médecine, **Odile Pelletier**, infirmière, cheffe de projet, **Anne Parrical**, documentaliste, Bibliothèque universitaire de médecine, **Caroline de Watteville**, présidente, historienne de l'art, chargée des Activités culturelles du CHUV, membre du conseil de la Fondation Abraham Hermanjat et de la Fondation Alice Bailly, le **prof. Vincent Barras**, professeur ordinaire à l'UNIL, directeur de l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique, CHUV-FBM, enseignant à la Haute Ecole d'art et de design, Genève, membre fondateur des Editions Contrechamps, le **prof. Pierre Vogt**, chef du Service de cardiologie, président



du conseil de la Fondation de la Société des beaux-arts de Vevey, secrétaire du conseil de la Fondation William Cuendet Atelier de Saint-Prex, et membre du conseil du Fonds Decker, **Jean-Luc Chevalier**, directeur de la Logistique hospitalière, ainsi que dès 2013 **Fiona Amitrano**, graphiste, cheffe de service, CEMCAV.

→ WWW.CHUV.CH/CULTURE

Calendrier des expositions

DE JANVIER À MARS 2013

Espace CHUV hall principal

Camille Sauthier

«En-céphale»

DU 17 JANVIER AU 21 MARS 2013

EN PARTENARIAT AVEC LA SEMAINE DU CERVEAU

VERNISSAGE LE 16 JANVIER À 18H30

19H CONCERT DE LA HAUTE ECOLE

DE MUSIQUE DE LAUSANNE

«LES RÉCITATIONS» DE GEORGES APERGHIS

Sophie Bouvier Ausländer

DU 28 MARS AU 28 JUIN 2013

VERNISSAGE LE 27 MARS À 18H30

A 19H CONCERT DE LA HAUTE ECOLE

DE MUSIQUE DE LAUSANNE

CLASSE D'IMPROVISATION DE

L'HEMU CLASSIQUE

Espace ERGASIA

Collectif «Césure»

DU 14 DÉCEMBRE 2012 AU 12 JANVIER 2013

Planches de bandes dessinées

DU 24 JANVIER AU 23 FÉVRIER 2013

(A CERY UNIQUEMENT. DE 14H À 18H)

Mario Masini

DU 1^{ER} MARS AU 27 AVRIL 2013

ME, JE, VE 14H-18H30. SA 11H-15H

ROUTE DE CERY, 1008 PRILLY

RUE DE LA MERCERIE 22, 1005 LAUSANNE

CONTACT : ESPACE.ERGASIA@CHUV.CH

Espace CHUV hall principal, rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne. Programme www.chuv.ch/culture
Pour tout renseignement: Caroline de Watteville, chargée des activités culturelles, T. 021 314 18 17
ou caroline.de-watteville@chuv.ch

CONSULTEZ OU TÉLÉCHARGEZ TOUS LES ANCIENS NUMÉROS DU CHUV | MAGAZINE SUR LE SITE INTERNET WWW.CHUV.CH, SOUS LA RUBRIQUE «CHUV EN BREF».



AUTOMNE 2011 :
LE SANG



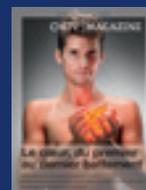
HIVER 2012 :
LES MÉDICAMENTS



PRINTEMPS 2012 :
L'ENFANT À L'HÔPITAL



ÉTÉ 2012 :
LA NUTRITION



AUTOMNE 2012 :
LE CŒUR



«La folie m'a ouvert des portes»

DOMINIQUE SCHEDER COMPOSE CHANSONS, POÈMES OU ROMANS BIOGRAPHIQUES SUR LA SCHIZOPHRÉNIE. CETTE MALADIE L'ACCOMPAGNE DEPUIS QUARANTE ANS.

Chanteur et poète accompli, mari et père comblé d'une petite fille de 6 ans, Dominique Scheder a passé la majeure partie de sa vie à cheval entre deux mondes: la réalité et la folie.

Ce voyage au bout de lui-même, il l'a commencé au début de la vingtaine. Chanteur vaudois promis à un très bel avenir dans l'industrie du disque, il perd peu à peu pied et découvre qu'il est atteint de schizophrénie paranoïde évolutive. Souvent confondu avec le dédoublement de la personnalité, ce trouble psychique, qui se manifeste par des hallucinations, des idées délirantes ou une désorganisation de la pensée, évolue par phases et touche environ 1% de la population. Alors que 30 à 40% de ceux qui en sont atteints guérissent, cette maladie peut aussi avoir une forme chronique, avec persistance des voix, et peut s'accompagner de symptômes de dépression. «Ces moments d'exaltation sont à l'origine de mon œuvre, qui exige ensuite travail et sérénité, se souvient Dominique Scheder. A l'époque, j'avais écarté les portes du réel pour découvrir une réalité chantante tellement inspirante. Il y a une espèce de génie dans la folie.»

Hospitalisé au Centre thérapeutique de jour de Sauvabelin, rattaché au CHUV, il a alors l'impression qu'il peut enfin exprimer le fondement de cette folie et se sent écouté pour la première fois. «On faisait les courses, préparait les repas et parlait beaucoup. C'était une prise en charge toute

simple, mais essentielle dans mon cheminement», souligne le chanteur. Dans les années suivant cette première prise de conscience de son trouble, il mène une activité prolifique dans la chanson, entrecoupée par quelques rechutes et délires à caractère mystique. Mais l'entrée dans la trentaine va mettre un sérieux frein à sa carrière. «J'ai vécu un effondrement total de la personnalité, suivi d'une grave dépression qui m'a conduit à travailler une année dans un atelier protégé. Je ne pensais pas en sortir.»

Grâce à l'amour de sa première épouse, qui lui permet d'appréhender sa folie, il retrouve la voie de la guérison et cofonde le GRAAP (Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique) avec Madeleine Pont, en 1987. «J'ai cessé d'être fou quand j'ai compris que la réalité était plus belle que le plus fou de mes délires», explique-t-il en souriant. Très engagé au sein de cette association de personnes concernées par la maladie psychique, il passe les décennies suivantes à animer des ateliers, donner des conférences, écrire deux romans biographiques (*L'Autojaune* et *Grain de ciel*) et des poèmes pour changer l'image que les gens ont de la folie et montrer que l'on peut en sortir.

Même s'il a aujourd'hui trouvé un équilibre dans son existence, qui lui permet de regarder passer les saisons avec bonheur depuis son appartement de Riex, en Lavaux, il reste à l'affût d'éventuelles rechutes. «Lorsque je sens que je suis envahi par mon œuvre ou que je quitte la table familiale en pensées, je réagis tout de suite. J'augmente la dose de médication et me recentre en faisant la vaisselle ou en mangeant une pomme, avec délectation.» □

→ WWW.DOMINIQUE-SCHEDER.CH