

# En santé mentale : préserver le corps

## Body and soul

Souvent, pour les soignants, tout se passe comme si le corps était intouchable, interdit, hors d'atteinte ; comme s'il faisait peur ou comme s'il était à l'abri de toute agression : comme si le corps du malade mental disparaissait, indigne d'être considéré et pris en compte... Lors des états généraux de la santé, en 1999, dans un rapport général, Etienne Caniard soulignait les deux principales revendications des usagers du système de soins, revendications qui devaient être reprises dans la loi relative aux droits des malades de mars 2002 : besoin déçu d'informations ; besoin également déçu du respect de leur dignité. Quelles que soient les raisons, qui sous-tendent cette indifférence au corps de celui qui souffre dans son esprit, ce corps manque de soins comme le prouve l'épidémiologie statistique qui désigne une forte surmortalité des malades mentaux et pas seulement du fait des suicides (voir dans ce numéro les chiffres de mortalité et de morbidité commentés par F. Chapireau).

Le titre de ce numéro de Pluriels : "Préserver le corps" dit son intention : il ne s'agit ici ni d'un réquisitoire, ni d'une mise en accusation mais d'une recherche descriptive des faits et de leurs raisons d'être afin de trouver des réponses à une situation douloureuse et dangereuse.

Dans une première partie, nous présentons une courte série de témoignages de patients qui parlent des conditions d'accueil et d'hospitalisation. Ils le font parfois avec douleur et véhémence comme le fait M. Zylbersztejn ; le plus souvent avec mesure comme B. Desmazières ou encore X et Y, restés anonymes et que présente J. Canneva (UNAFAM). A ces témoignages succèdent le récit d'expériences de professionnels du soin. Chacun d'eux parle de son point de vue, du moment et du contexte dans lesquels il entre en rapport avec le corps du malade mental. Ainsi s'expriment, tour à tour, un généraliste (M. Guillard), un somaticien de C.H.S. (Saravane) ; deux psychiatres (J. Furtos et A.P. Vanamerongen), une équipe infirmière et une équipe psychiatrique (Bouffémont). Le numéro se clôt sur un texte d'un psychiatre, P. Lesieur qui, à propos de l'utilisation des psychotropes, passe en revue le corps du malade mental : corps oublié, corps agressé, corps dénié et, enfin, corps maltraité. Sans apporter de conclusion à un problème lourd par les questions qu'il pose au système de soins, ce numéro de Pluriels espère faire réfléchir ses lecteurs et avance, à travers ses textes, quelques pistes à suivre, quelques propositions à mettre en œuvre ou à généraliser.

R. Lepoutre ●

### TÉMOIGNAGES

## Morbidité et mortalité des malades mentaux

par François Chapireau\*

### I - La mortalité

Le recueil de la mortalité des malades mentaux hospitalisés a lieu de longue date dans les établissements spécialisés. Le tableau I montre le nombre de malades décédés chaque année dans ces

établissements depuis 1900, à l'exception de la période de la première guerre mondiale, pendant laquelle il n'y a pas eu de recueil statistique. Ce nombre évolue peu entre 1900 et 1939.

(suite page 2)

### AU SOMMAIRE

Editorial :	2
à faire	3
à faire	4
à faire	6
à faire	8
à faire	11
à faire	15

\*Psychiatre des hôpitaux. Conseiller scientifique à la DREES. francois.chapireau@sante.gouv.fr

(Suite de la page 1)

Toutefois, les malades soignés dans l'année (file active hospitalière) qui étaient 84 000 au tournant du siècle sont 138 000 quarante ans plus tard. De ce fait, le taux de mortalité hospitalière passe de 123 à 86 pour 1000 personnes hospitalisées. De 1940 à 1944, la mortalité augmente massivement : les statistiques enregistrent le drame de la famine des malades mentaux. Notons au passage que ces chiffres ont été publiés en 1958. A partir de 1945, le nombre de décès se stabilise à nouveau, cette fois à un niveau inférieur à ce qu'il était avant la guerre. Ce nombre augmente ensuite pour deux raisons. D'une part, le nombre de malades soignés chaque année augmente rapidement, de 79 000 en 1945 à 150 000 en 1957 ; d'autre part, le calcul se limitait jusqu'en 1957 aux services recevant des malades internés et s'étend ensuite aux services libres et aux services pour enfants. Compte tenu de ces évolutions, le taux de mortalité hospitalière était de 98 en 1945 : il était donc un peu supérieur à ce qu'il était avant la guerre. Il baisse à 62 en 1967 : à ce moment, les progrès de la médecine sont à l'œuvre.

Le nombre et le taux des décès sont des données statistiques dont l'intérêt se limite aux événements exceptionnels (comme la deuxième guerre) et aux évolutions sur la longue durée (à condition que les modalités de recueil soient stables). Une analyse plus précise nécessite le travail d'une équipe de recherche. En France, ce travail a été réalisé par Nicole Quémada et par Françoise Casadebaig, qui ont publié ensemble plusieurs articles scientifiques sur le sujet.

Plusieurs enseignements peuvent être attendus de ces investigations. Pour comparer la mortalité des malades mentaux à celle de la population générale, il faut d'abord effectuer des calculs en vue de connaître le nombre de décès qui auraient eu lieu parmi les malades s'ils avaient souffert des mêmes taux que dans la population générale, à âge et à sexe égaux. Le rapport entre le nombre de décès attendus et celui qui est constaté s'appelle taux standardisé de mortalité (SMR). Dire qu'en 1982 le SMR était chez les malades mentaux hospitalisés de 3 chez les hommes et de 4 chez les femmes signifie que le risque de décéder était trois fois plus élevé pour un homme hospitalisé en psychiatrie que pour homme du même âge en population générale, et quatre fois plus pour une femme. On parle alors de surmortalité. De 1968 à 1982, ces

taux ont baissé : à la date la plus ancienne, ils étaient respectivement de 3,6 et de 4,8. Malgré une amélioration, la surmortalité des malades mentaux est restée importante; de plus, elle est supérieure à ce qui est constaté alors dans d'autres pays. Les principales causes de décès étaient, par ordre décroissant d'importance : les maladies du système circulatoire, les tumeurs, les traumatismes et empoisonnements, et les maladies du système respiratoire.

A ce moment, l'INSERM a décidé de fermer l'unité de recherche 3 10, et donc d'interrompre le recueil des données comme leur analyse.

Il faut attendre l'enquête de l'INSEE dite "Handicaps incapacités dépendance" en 1998 et 2000 pour disposer à nouveau de statistiques à l'échelle nationale sur la mortalité des malades mentaux hospitalisés. Cette fois, le mode de calcul est différent. D'une part, l'étude ne porte pas sur tous les malades hospitalisés dans l'année, mais sur ceux qui étaient présents à la fin 1998, et d'autre part, il ne s'agit pas seulement des patients qui sont décédés à l'hôpital, mais de tous ceux dont les enquêteurs ont eu connaissance fin 2000 en cherchant à s'informer à leur sujet. Compte tenu de ces précisions, le SMR des patients hospitalisés en centre hospitalier spécialisé (CHS) ou en hôpital privé participant au service public (HPP) est globalement de 4. Il augmente avec l'ancienneté de l'hospitalisation ; il est exceptionnellement élevé (10) chez les patients qui vivaient avant leur admission en établissement avec hébergement pour adultes handicapés.

La même enquête a eu lieu en population générale en 1999 et 2001. Elle permet de

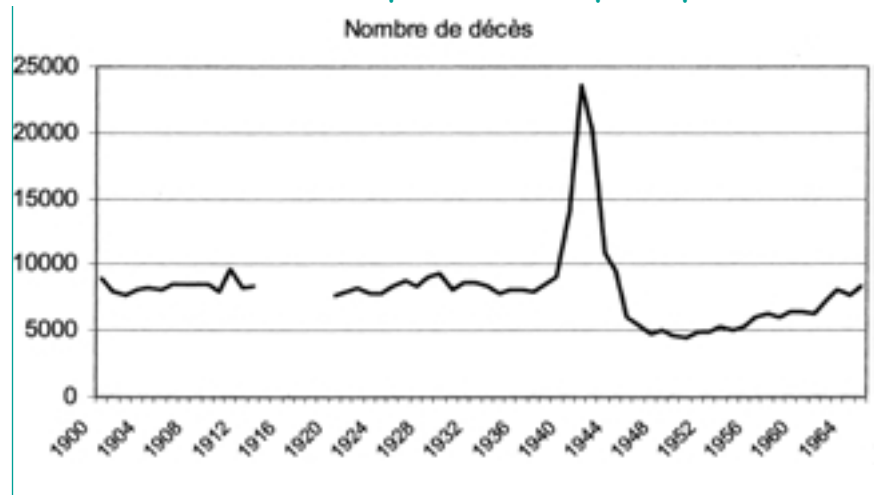
calculer un taux standardisé de mortalité. Ce résultat doit être présenté avec prudence en raison des modalités complexes d'échantillonnage lors du tirage au sort des personnes à interroger, modalités qui permettent une précision suffisante pour certains calculs, mais pas pour celui-ci. Parmi les personnes en population générale qui, fin 1999 ont déclaré avoir consulté régulièrement au cours des trois derniers mois pour des troubles psychiques ou mentaux, le SMR global estimé est de 6, beaucoup plus élevé pour les hommes que pour les femmes.

En résumé, la mortalité d'ensemble des malades mentaux est élevée, que ce soit à l'hôpital ou à domicile, et justifie des actions de soins appropriées à la gravité des troubles.

## II - La morbidité

Parler de la morbidité chez les personnes souffrant de maladie mentale, c'est ici poser la questions des maladies somatiques, c'est à dire de la co-morbidité. L'étude la plus complète sur le sujet est tirée de la cohorte de patients ayant reçu le diagnostic de schizophrénie. Environ 3 500 patients soignés dans l'ensemble du pays par des équipes de secteur ont commencé à être suivis en 1993. Grâce à la participation de plus de 100 secteurs, et avec des financements successifs, l'étude se poursuit sans interruption jusqu'à maintenant. Elle est pilotée à l'INSERM par Françoise Casadebaig et Alain Philippe. Voici les pathologies diagnostiquées chez les patients au début de l'enquête. "L'épilepsie avait une fréquence deux fois et demi celle trouvée dans la population générale, le SIDA une fréquence quatre fois plus élevée qu'en po-

Tableau 1 : Nombre de décès par an dans les hôpitaux spécialisés



population générale. Le diabète était également sur-représenté chez les patients, plus spécialement chez les patientes avec un risque relatif de 1,9. Pour les seuls insulinodépendants, le test statistique n'était pas significatif". D'autres pathologies n'étaient pas sur-représentées : les tumeurs malignes, les maladies cardio-vasculaires, et les pathologies respiratoires (avec des différences entre sexes) : ces pathologies avaient la même fréquence que dans une

population témoin. L'étude a confirmé l'importance de la mortalité prématurée, qu'il s'agisse du taux global, ou de la mortalité dite de cause naturelle, quelle que soit cette cause, même si le suicide représente la cause la plus fréquente, surtout en début de maladie. ●

### Bibliographie

Casadebaig F., Quémada N., Chevalier A., Evolution de la mortalité des malades mentaux

hospitalisés 1968-1982, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 1990, 38, 227-236.

Casadebaig F., Philippe A., Morbidité et mortalité chez des patients schizophrènes, *Suivi d'une cohorte de patients 1993-2001*. INSERM U 513. Multigraphié.

Chapireau F., Connaissances nouvelles à propos des personnes recevant des soins de santé mentale, *Revue Française des Affaires sociales*. 2003 ; 57 : 181-207.

INSEE Statistique des institutions d'assistance, *Années 1949 à 1954*. Paris, Imprimerie Nationale, PUF, 1958.

# Le corps en psychiatrie : j'ai payé mon tribut

par Michel Zylbersztein\*, propos recueillis par Béatrice Desmazières

**L'**isolement : la souffrance. La pailasse bourrée d'acariens. Mendier en frappant au carreau un verre d'eau. Pour aller aux toilettes. Pour un seau.

Le pyjama : l'avalissement. La négation totale de l'être social. Une dégradation à l'image de Dreyfus à qui on enlève ses grades militaires.

L'hospitalisation : une "déchirance" : un déchirement ; une déchéance.

Les médicaments : Machouillage de la bouche. La bouche sèche. Impossibilité de déféquer (on se sent impur). Questionnement sur la libido. En conséquence, la masturbation ; la jouissance salvatrice qui vous libère pour quelques secondes et la culpabilité qui suit le passage à l'acte.

Le corps réclame de l'eau. Sensation de sous-vie, de sous-homme. L'insupportabilité des médicaments qui peut conduire à arrêter. L'arrêt brutal contribue à la rechute. L'illusion que le corps physique va dominer la situation, puis l'acceptation du corps.

J'ingère une substance qui, d'après les médecins, doit me protéger d'une rechute et en même temps j'accepte de ne pas être démedicalisé complètement.

Je m'engage à le faire vis-à-vis de mon entourage car j'ai constaté que mon corps pouvait ne pas souffrir. Le léger tremblement des membres est annihilé par la prise d'un correcteur.

Ce corps qui respire quand on l'autorise à sortir. D'abord périmètre restreint, le "jardin" de l'unité, avec l'envie de le faire revivre au travers de l'exercice physique. A ce moment-là, je me réapproprie mon corps physique avec un sentiment de semi-

liberté. J'existe à nouveau. Puis autorisation ; expansion du périmètre. Ouverture du corps physique à un environnement qui n'est plus limité.

Comment arrive l'hospitalisation : à la demande d'un tiers. Le voyage en ambulance. L'arrivée à Sainte-Anne. Première explosion. Révolte. La piqure qui vous cloue dans le néant. Sensation de mort.

Les plus mauvais souvenirs : j'étais sous la fenêtre de mon rabin et sous l'emprise du délire j'ai ameuté tout le monde. J'ai reçu un seau d'eau d'un voisin. L'arrivée du car de police, suis menotté dans le dos, plaqué au sol du car de police, blessé à la joue. Violence inutile parce que je n'étais pas agressif.

Arrivée à l'IPP : c'est douloureux. Confiscation des papiers, donc perte d'identité. Déshabillage. Fouille au corps y compris dans l'anus. On enfle un pyjama tout troué. Interview rapide du psy de service et chambre d'isolement avec camisole de force. Le cuir qui vous laboure le dos.

Manifestation de la maladie : ce délire physico-psychique vécu comme une voix à l'intérieur qui n'est plus votre voix.

La sensation d'être investi physiquement par l'addition d'une force supérieure que vous ne dominez plus et qui vous envahit de la tête aux pieds. A ce moment-là, on a l'impression qu'on n'est plus soi-même. En état de catharsis où votre corps physique ne vous appartient plus. La petite voix vous domine et vous anime comme un pantin désarticulé.

A l'hôpital : la promiscuité avec les compagnons de chambre. Chacun bouffant le territoire de l'autre. Utilisation de ma chaise,

de ma brosse à dents, de mon eau de toilette. Les mauvaises odeurs.

Les problèmes de violence : "Donne-moi ton portable sinon je te bute" et l'agression, le coup de poing sur la joue dans le restaurant devant tout le monde. Je ne faisais pas le poids avec lui. C'était le même qui dealait dans le parc.

La tentation de l'expérience sexuelle pour faire exulter le corps qui n'en peut plus. La frustration de ne pas tenir une femme dans ses bras depuis des mois.

La nourriture "dévitalisée" : face au rationnement de la quantité, deux attitudes, ou dégoût de la nourriture ; plat inconsistant que l'on rejette, ou boulimie. Déséquilibre. Attente du repas exutoire.

Le retour à la maison : l'arrivée des idées noires et de la mortalité alors que j'étais en permission de journée pour vaquer à mes occupations. L'ouverture du gaz. L'odeur nauséabonde. Sans aller jusqu'au bout, parce que je pensais aux enfants. J'ouvre la fenêtre. Je respire à pleins poumons. Je ferme le robinet de la mortalité parce que les autres existent aussi pour vous et que l'autodestruction ne résoudra rien.

En guise de conclusion : toute cette histoire qui fait ombre et lumière a été pour moi comme l'a si bien dit Stanislas Grof, une "tension spirituelle pour aller vers une extension spirituelle". Paradoxalement, je considère que toutes ces épreuves m'ont fortifié, m'ont enrichi et sont devenues pour moi un capital précieux.

A 55 ans j'ai devant moi les plus belles années de ma vie. Tout cela a été un mal pour un bien. ●

\*13 hospitalisations en 13 ans, de 1991 à 2004.

# Le corps utile

par Béatrice Desmazières

J'ai connu une époque de ma vie, proche d'une hospitalisation psychiatrique, où mes pensées étaient lassantes, répétitives sans intérêt et c'est mon corps qui a pu m'aider à vivre autre chose de moins vampirisant pour progressivement en récupérer un usage sans abus.

Si le cerveau fonctionne quelque part comme un poste émetteur récepteur (comme l'avait suggéré le Dr Vittoz au 19<sup>e</sup> siècle qui avait perçu la possibilité thérapeutique de cette conception) quand je pense, je suis entraîné d'émettre des idées (qui peuvent être pénibles et dans leur forme et dans leur récurrence usante) en revanche quand "je reçois" j'accueille des informations et je fais donc silence.

Vers l'âge de 25 ans, j'ai expérimenté par hasard ce silence particulier que procure celui de l'observation de l'intérieur de l'enveloppe corporelle dans une séance de hatha yoga et comment faire attention à harmoniser un geste à une respiration consciente pendant 60 à 90 minutes, était très efficace pour calmer un esprit agité et bavard.

Lors d'une formation d'enseignant j'ai appris à différencier moduler cette expérience et à repérer les exercices qui aident à se recentrer pour diriger mon attention ici ou là comme on dirige un projecteur sur une scène de théâtre.

J'ai appris à me situer en témoin de ce que je vis : en même temps le vivant et en même temps le regardant calmement puisque désidentifié, double, j'ai appris à faire ça avec les sensations, la respiration, les idées, les affects.

J'ai rencontré d'autres filles (peu d'hommes) ayant suivi le même parcours pour qui comme pour moi un problème psychiatrique avait rendu cette formation très utile, précieuse.

J'ai pu, grâce à une pratique régulière, reprendre plaisir à lire, à écouter, à me promener dans la nature en sachant rester silencieux pour pouvoir mieux l'observer, la sentir, la ressentir et de même pour recevoir adéquatement tous, toutes ces formes dans lesquelles nous baignons toutes ces informations.

Au plan tout à fait général, quelle que soit la qualité d'une pensée, savoir faire silence pour vivre le vivant dans l'instant présent et dans l'ici me paraît une nourriture psychologique complètement régénérante.

Mon corps est pour cette saveur du vivant un outil extraordinaire que j'ai le plus grand intérêt à ne pas oublier voire malmener en me laissant vampiriser par le monde abstrait des idées.

Ce monde, en particulier celui de ses propres pensées, en psychiatrie, peut conduire à

une attitude de bulle de BD d'un poisson rouge seul dans un bocal pour qui une sorte de solitude radicale absolue s'établit. Il est alors vampirisé par ses propres idées il ne peut plus entendre l'autre quel que soit cet autre : vie végétale animale humaine, à cette pensée enfermement abstrait je préfère sentir le vivant. Le vivant en moi, le vivant autour de moi, le monde venant en moi à l'inspiration, moi allant dans le monde sur l'expiration.

Bien sûr quand mes idées redeviennent dociles obéissantes, dressées alors ce poème de Baudelaire : Mon esprit tu te meus avec agilité dans l'onde peut-être vécu après qu'on ait du vivre l'ennemi :

*Ma jeunesse ne fut qu'un ténébreux orage  
traversé ça et là par de brillants éclairs  
Le tonnerre et la pluie on fait un tel ravage  
qu'il reste en mon jardin bien peu de fruits  
vermeils*

*Et qui sait si les fleurs nouvelles que je rêve  
trouveront dans ce sol lavé une grève  
le mystique aliment qui ferait leur vigueur  
Oh douleur oh douleur le temps mange la  
vie  
et l'obscur ennemi qui nous ronge le  
cœur du sang que nous perdons croît et  
se fortifie*

B. Desmazières

# La nécessité d'un travail collectif

par Jean Canneva\*

**V**ous avez demandé à l'Unafam de témoigner sur le sujet en effet très important cité ci-dessus.

J'ai choisi deux exemples parmi les dizaines de lettres sur le sujet que je reçois toutes les semaines.

## 1) Le cas de X.

X. a 40 ans. Il est malade depuis l'âge de 20 ans. Il a fait plusieurs tentatives de suicide. Il souffre beaucoup mais réussit néanmoins à vivre à peu près autonome dans un studio. Il gère lui-même les crises en essayant d'éviter les hospitalisations qui lui laissent un souvenir mitigé - positif par les échanges que ces périodes permettent avec des professionnels qui savent l'écouter - et négatif par les dérangements incessants qui l' "empêchent de se reposer".

Il voit un psychiatre une demie heure tous les mois, ou tous les quinze jours quand il va très mal. Il a toujours pris les médicaments qui lui ont été prescrits et a une conscience très vive de "l'injustice" que représente le fait d'avoir toujours obéi à ce que les spécialistes demandaient pour, dit-il, aucun résultat.

Il est intelligent et aimable. Il rend service, quand sa très grande fatigue le laisse avec quelque force, aux personnes en difficulté dans son immeuble. Il est étonnant dans ce travail de solidarité sans avoir aucune vie sociale et relationnelle.

L'entraide entre personnes qui sont dans la même situation que lui, rencontrées au gré des occasions est importante. Il a un forfait téléphonique et passe ses week-end, quand il ne dort pas, à téléphoner. Il est appelé de temps en temps par les créateurs et animateurs d'un club.

Le psychique ne va pas bien, mais le corps n'est pas épargné. Il compense en mangeant trop et mal, il pèse plus de 140 kilos, fume trois paquets de cigarettes par jour. Les professionnels de la médecine générale, rencontrés à l'occasion de problèmes ponctuels, se déclarent incompetents pour accompagner X.

Le psychiatre accueille très bien X. c'est-à-dire avec beaucoup de patience et d'habileté, si bien que la relation de soin dure depuis des années, malgré les crises, mais pense qu'il doit rester dans le domaine de sa compétence psychiatrique.

*Commentaire* : le cas de X. n'est pas une critique des praticiens. Il montre seulement comment la spécialisation, dans ce qu'elle a de meilleur, laisse un vide, en abîme, du point de vue de la globalité de la personne.

## 2) Le cas de Y.

Y. avait trente ans lorsqu'elle a été hospitalisée en urgence un soir de mars 2004 vers 18 H 30, à la suite d'une tentative de suicide (défenestration avec chute sur un sol cimenté).

Les divers examens (radiologiques, scanner) ont révélé de nombreux traumatismes (avec trois fractures du crâne) ainsi qu'une fracture cervicale.

A l'issue des examens, le spécialiste neurochirurgien fait un bilan relativement positif et demande :

- une période d'observation de 3 ou 4 jours avec un nouvel examen (scanner)

- puis une nouvelle période d'observation de 8 jours (un autre scanner est programmé 10 jours plus tard).

Il confirme qu'aucun pronostic ne pourra être établi vraiment avant une période d'un mois, voire plus.

Le psychiatre de l'hôpital rend visite à Y. et appelle le psychiatre qui la suit. Celui-ci confirme que les tendances suicidaires étaient anciennes et sont donc toujours possibles. Il est convenu que le transfert dans un service de psychiatrie (situé à 80 km) interviendrait "dès que l'état de santé de Y. le permettrait". Des pertes d'équilibre sont notées au dossier, mais manifestement le risque de suicide inquiète le service de neuro-chirurgie.

Cinq jours après son arrivée en neurochirurgie, le transfert est "envisagé". La famille est informée de cette perspective, elle s'inquiète de la rapidité de ce transfert. Le transfert est réalisé le lendemain vers 14 H.

L'accueil par le psychiatre et l'infirmière est bon mais l'arrivée de Y. dans le service de psychiatrie fait que la famille s'inquiète de plus en plus. Il est, par exemple, demandé à Y. de descendre l'escalier pour prendre certains repas et de se lever pour aller aux toilettes qui sont communes sur le palier.

Des troubles dans l'élocution de Y. apparaissent 48 H. après son arrivée. Les psychiatres rassurent la famille qui souhaiterait une visite des neuro-chirurgiens.

Y. décède dans son lit la nuit qui suit la constatation des troubles d'élocution.

*Commentaire* : ce témoignage ne constitue pas, en l'état, un acte d'accusation de quiconque. Il existe des institutions pour examiner s'il y a eu erreur ou non.

Il est donné ici pour montrer que les services spécialisés craignent, sans doute à juste titre, de ne pas pouvoir faire face : le service de neuro-chirurgie craint le suicide, le service psychiatrique n'est pas nécessairement compétent pour gérer la suite des traumatismes qui interviennent après les tentatives de suicide dont ils connaissent pourtant bien les mécanismes.

Je ne souhaite pas conclure. Ce serait présomptueux car nous ne connaissons pas la totalité des éléments de ces dossiers. Peut-être y a-t-il des détails qui nous échappent qui changeraient complètement l'interprétation que nous pouvons donner aux situations évoquées.

Je vous livre cependant ces deux témoignages dans leur état succinct, c'est-à-dire sûrement incomplet, afin de faire réfléchir vos lecteurs sur la nécessité de liens forts entre les professionnels des soins somatiques et psychiques. Les familles sont conscientes de la difficulté des problèmes qu'ils rencontrent mais sont persuadées que plus la complexité augmente, plus la nécessité du travail collectif devient essentielle.

Cette orientation de la médecine n'est pas originale. Les grandes tendances du monde de l'économie, de la culture, du social et de la politique vont dans le même sens. Il nous semble, à nous qui sommes engagés dans les institutions de solidarité, que le monde associatif a quelque compétence et légitimité à parler dans ce domaine du travail collectif. ●

\*Président de l'UNAFAM

# Le corps ce méconnu

## Comment améliorer la prise en charge somatique des usagers en santé mentale

par Michel Guillard\*

Dans les années 1970-80, l'initiative des soins somatiques incombait à l'équipe psychiatrique. La prise en charge somatique des patients hospitalisés était assurée, dans chaque secteur, par la participation des internes aux premiers soins, au lit du malade, conjointement à l'abord psychiatrique.

Depuis 1980, sont apparues des unités ou service de médecine somatique dans les EPS. La prise en charge des pathologies somatiques chez les patients hospitalisés est donc devenue pluridisciplinaire, conjointe entre somaticiens et psychiatres. Cependant l'initiative des soins reste, dans la plupart des cas, l'apanage des psychiatres.

L'émergence dans le champ de la psychiatrie, des complications psychiatriques du VIH, de la toxicomanie, de la précarité, augmente considérablement le nombre de patients hospitalisés, souffrant de poly-pathologies et surtout nécessite une prise en charge pluridisciplinaire, interne toujours, externe souvent.

Malgré les efforts déployés par psychiatres et somaticiens, les soins somatiques prodigués aux patients psychiatriques ne sont pas toujours de qualité optimale.

Quinze années d'expérience de la direction d'un service de médecine polyvalente, localisé dans un EPS de la région parisienne, permettent

- d'analyser certaines des causes de ces imperfections
- de proposer des solutions correctrices
- de formuler le concept de médecine de liaison

### LES CAUSES

Elles sont multiples, liées à la politique de santé, à l'institution psychiatrique, aux malades et aux médecins.

#### 1. La politique de santé

La situation géographique des établissements de santé mentale, fut déterminée, au début du siècle, par la volonté d'épargner, à la société le spectacle des "fous" en les éloignant de la ville. Cette concep-

tion s'est révélée, au fil du temps, responsable non seulement de l'exil des patients, mais surtout d'un éloignement de leur famille et de leur lieux de vie, et de manière plus insidieuse et perverse, d'une véritable exclusion.

Les progrès thérapeutiques et les améliorations des prises en charge permettent dorénavant de développer une politique de rapprochement des lieux de soins des lieux de vie. Cependant ce progrès fondamental pour les patients et leurs familles se heurte à la rémanence de préjugés plus longs à effacer qu'une politique à initier.

La politique de secteur, fleuron et cheval de bataille de la psychiatrie publique, autorise une autonomie justifiée pour la prise en charge psychiatrique, mais entraîne un cloisonnement inattendu, pour la prise en charge somatique. Chaque secteur s'individualise par ses solutions institutionnelles et alternatives, mais aussi par sa politique de prise en charge somatique. Elle oscille au gré des habitudes, des volontés et des protocoles, du recours initial, systématique programmé et évaluateur, au recours différé, à la carte, généré par la demande du patient ou du psychiatre, jusqu'au recours tardif, obligé par une évolution défavorable, voire des complications.

#### 2. L'institution psychiatrique

Le service de Médecine de Maison-Blanche a été créé en 1981, pour améliorer la prise en charge somatique des patients hospitalisés, mais surtout pour diminuer les coûts des hospitalisations des malades en subsistance (H.O. et H.D.T.), dans des services de spécialités médicales à prix de journée très onéreux, en tout cas bien supérieur à celui de la psychiatrie.

Les restrictions budgétaires et les problèmes d'effectifs, dans les années 90, ont provoqué la réflexion contraire Supprimer les lits d'hospitalisation somatique pour redéployer les moyens et les effectifs dégagés, au service de la Psychiatrie, en cruel manque de personnel soignant.

Cette mesure économiquement judicieuse a dramatiquement compliqué la prise en

charge somatique des patients. Cependant elle a obligé la recherche de solutions innovantes pour trouver les correspondants externes acceptant de réaliser les explorations complémentaires et les services permettent les hospitalisations. Ces correspondants et services sont toujours débordés, souvent réticents, parfois franchement hostiles à admettre des patients psychiatriques.

#### 3. Les patients

Les particularités des patients psychiatriques expliquent bien des difficultés, à réaliser une prise en charge somatique optimale.

##### Fragilité et vulnérabilité

Elles expliquent la fréquence des poly-pathologies, la sommation de gravité de leurs intrications mutuelles et de leurs complications réciproques, donc le redoutable pronostic des co-morbidités et l'aggravation inquiétante de la mortalité, constatées ces dernière années.

Les études de co-morbidité chez les schizophrènes montrent une réduction d'une dizaine d'années de l'espérance de vie, en cas d'association à une pathologie somatique chronique, par rapport aux sujets, présentant uniquement la même pathologie somatique.

D'autres études estiment une létalité multipliée par un facteur 4.9, en cas de pathologie cardio-vasculaire associée à une schizophrénie.

Il s'agit donc bien d'un véritable problème de santé publique.

##### Précarité et revenus modestes

Le groupe Maison-Blanche couvre le Nord-Est parisien qui compte 750 000 habitants. Une enquête de L'UNAFAM auprès de ses adhérents recense 90% de patients dont la seule ressource est le RMI ou L'AAH. Les 10% restants sont issus de familles, aux revenus modestes. Cette particularité explique les difficultés d'accès aux soins so-

\*EPS Maison-Blanche, 3 avenue Jean Jaurès, 93330 Neuilly sur Mame. Tél. 01 49 44 33 21. Fax 01 49 44 58 21. E-mail : michel.guillard@ch-maison-blanche.fr

matiques, (consultations de médecine générale ou de spécialité, examens de laboratoire ou d'imagerie) malgré une offre de soins pléthorique et d'une qualité indiscutable.

### **Agitation, anxiété, agressivité**

Les caractéristiques sémiologiques des patients rendent malaisés, parfois impossibles le recueil des données anamnestiques, l'analyse clinique et la réalisation des explorations complémentaires.

Elles sont, souvent, un obstacle à une information pertinente du patient et au recueil de son consentement éclairé.

Elles sont toujours un facteur de blocage de la part du patient, voire de rejet de la part de praticiens non familiarisés.

### **Mutisme et déni, multiplicité ou absence des plaintes**

L'impossible dialogue avec le mutique, le déni de la maladie du schizophrène, l'incroyable tolérance à la douleur du malade sous neuroleptiques, la surabondance des plaintes de l'hypocondriaque, compliquent singulièrement l'analyse sémiologique, au plan somatique de ces patients.

### **Indocilité et non compliance**

Elles expliquent le rejet fréquent par certains praticiens, certes très compétents, toujours pressés par un emploi du temps surchargé, mais souvent peu habitués à la négociation et au dialogue, souvent malaisés, mais toujours consommateurs d'un temps précieux, avec ce type de patients. Elles perturbent la planification de la stratégie des explorations complémentaires. Elles expliquent les difficultés à équilibrer les patients chroniques (HTA, diabète, hypercholestérolémie, etc...).

Enfin, elles compliquent suivi et surveillance et rendent compte du difficile suivi somatique de la plupart des patients psychiatriques.

### **Absence de référent somatique**

Une enquête menée cette année par le service, montre que 90% des patients hospitalisés n'ont pas de médecin de famille. Lorsqu'il est identifié, celui-ci interrogé téléphoniquement mentionne très souvent qu'il n'a pas vu le patient depuis une ou plusieurs années.

Les représentants des usagers témoignent de la grande difficulté à consulter en dehors du psychiatre, rencontrée par leurs adhérents. Les raisons sont multiples, mais les principales constituent des obstacles insurmontables qu'il faut impérativement lever, pour améliorer la prise en charge

somatique de ces patients.

Difficultés à trouver le correspondant adapté, délais importants des rendez-vous rédhitoires pour ces malades impatients et réagissant dans l'instant, incapacité à supporter l'attente angoissante dans une salle bondée, impossibilité financière pour régler les honoraires en raison de situation pécuniaire précaire ou de difficultés à obtenir des moyens immédiats pour des malades sous tutelle, sont les principaux obstacles.

Ces causes sont responsables de consultations en urgence, dans les SAU, structures peu adaptée, le plus souvent, à solutionner ce type de problème. Une hospitalisation en HDT conclue parfois une consultation uniquement motivée par une pathologie somatique intercurrente.

## **4. Les médecins**

La nosologie médicale, la formation et la spécialisation des médecins, sont responsables du morcellement du patient, certes en un classique schéma

psyché-soma, mais aussi en pathologies, voire pire en appareils et organes. Cette partition du sujet explique les ruptures toujours, les inadaptations souvent, et parfois l'incoordination voire les erreurs de prise en charge, malgré la compétence indiscutable des différents intervenants.

### **Les psychiatres**

L'abord psychanalytique du symptôme et de la maladie peut inviter certains psychiatres, à tenir compte de la subjectivité et du désir du patient, comme préalable à une demande de soin somatique. D'autres pourraient ressentir une certaine méfiance, à l'égard de l'objectivation scientifique de la maladie qui élimine, de facto, le sujet et son désir.

Le psychiatre, parle-t-il du corps avec son patient ? Le patient, parle-t-il de son corps à son psychiatre ?

En fonction de la formation, des habitudes, de la volonté et des possibilités des psychiatres, le recours au somaticien oscille de la demande initiale systématique à l'entrée, à la demande différée, motivée par le patient ou l'équipe jusqu'à la demande urgente, en passant par l'absence de demande, pour certains patients chronicisés, sans plainte.

Ce type de recours au somaticien peut générer des retards de prise en charge, heureusement souvent peu dommageables pour le patient, en terme de mortalité, mais malheureusement toujours en terme de morbidité.

Reste, pour certains, la crainte de voir leur recrutement psychiatrique se compliquer de patients poly-pathologiques, chez lesquelles l'affection psychiatrique n'est pas forcément au premier plan. Ils pensent que les orienteurs des S.A.U. ou du C.P.O.A, avertis du soutien somatique disponible, leurs adresseront plus volontiers ces patients, difficiles à caser.

### **Les somaticiens**

En dehors des praticiens exerçant en milieu psychiatrique, rompus aux particularités de ces patients et aux efforts à déployer pour mener une consultation ou une exploration à son terme, la plupart des praticiens, extérieurs à la psychiatrie, sont toujours étonnés, souvent désarçonnés, parfois déstabilisés, par le comportement des patients que nous leur confions.

Certains sont même victimes de préjugés à l'égard de patients toujours fragiles et vulnérables, parfois anxieux, mutiques ou agressifs, souvent non compliant et indociles. Leur manque d'expérience justifie plus souvent, ces préjugés que leur emploi du temps surchargé et les conditions parfois difficiles de leur exercice.

Pourtant beaucoup de spécialistes consultés, reconnaissent le formidable intérêt et l'excitante curiosité que leur ont procurés ces patients

## **UN EXEMPLE DE SOLUTION**

### **1. Le groupe Maison-Blanche**

Le groupe Maison Blanche gère la santé mentale du nord-est parisien soit les 9ème, 10ème, 18ème, 19ème et 20ème arrondissements, secteurs à population dense et nombreuse, (750 000 habitants), particulièrement précarisée dans les 18ème, 19ème et 20ème arrondissements, avec une forte proportion de population immigrée et toxicomane.

L'hôpital de 450 lits, dont 114 de gériatrie, est situé à Neuilly sur Marne, distant de 22 kilomètres de Paris. De nombreuses structures alternatives, plus de 70 adresses, sont ouvertes, à Paris.

Le projet d'établissement 2001-2005 s'inscrit dans la dynamique du rapprochement des lieux de soins des lieux de vie. Il prévoit le transfert de pratiquement tous les lits d'hospitalisation, à Paris.

D'ailleurs la mutation a débuté en 1999, avec l'ouverture de la Clinique Rémy de Gourmont, d'une capacité de 60 lits dans

(suite page 8)

le 19<sup>ème</sup> arrondissement.

Elle s'est poursuivie, en mars 2004, par l'implantation de 86 lits (dont 6 de thérapie brève) à Avron dans une structure accolée à l'hôpital de la Croix Saint-Simon, première phase du projet des trois secteurs du 20<sup>ème</sup> arrondissement, complété fin 2005, par 40 lits supplémentaires.

Les autres implantations sont en cours de réalisation.

Au cours de l'année 2005, seront localisés, à Hauteville, dans le 10<sup>ème</sup> arrondissement, 100 lits pour les secteurs des 9<sup>ème</sup> et 10<sup>ème</sup> arrondissements.

Enfin, au second semestre 2005, le projet sera complété par l'ouverture de 135 lits dans l'enceinte de l'hôpital Bichat, pour le 18<sup>ème</sup> arrondissement.

## 2. Le service de Médecine

Créée en 1981 avec 15 lits d'hospitalisation à temps complet, il a subi une première mutation en 1996, en fermant ses lits pour les remplacer par 5 lits d'hôpital de jour, mais en gardant ses consultations spécialisées de cardiologie, dermatologie, gynécologie, médecine, odontologie, ophtalmologie, pneumologie et rhumatologie.

Les explorations biologiques, radiologiques et autres sont réalisées en externe, grâce à des conventions signées avec des établissements publics et privés.

Le projet d'établissement 2001-2005 oblige une mutation profonde, pour accompagner la relocalisation des secteurs psychiatriques.

## 3. Le projet du service de médecine

Le projet médical du service de médecine est certes ambitieux et consensuel mais reste, prioritairement tourné vers les besoins des usagers en santé mentale.

Ambitieux, car il tente de réussir un challenge pour lequel beaucoup d'autres établissements ont mobilisé compétences, inventivité et motivations sans obtenir de résultats à la hauteur des efforts déployés et des espoirs investis.

Consensuel, car il a réussi à mobiliser toutes les forces vives de l'établissement, de la communauté médicale à la direction, en passant par les personnels et leurs représentants, ainsi que les représentants des usagers (FNAPSY et UNAFAM). Dans la tourmente connue, par l'établissement ces derniers mois, cette unanimité, retrouvée autour d'un projet fédérateur, est quasi miraculeuse.

Tourné prioritairement vers les besoins

des usagers en santé mentale, car ses missions ont été élaborées, certes grâce à une expérience ancienne des besoins somatiques des patients psychiatriques, mais surtout grâce à une écoute attentive, une concertation permanente, un partenariat fructueux avec les associations d'usagers.

Le projet se décline selon cinq axes.

- Une structure centrale avec un hôpital de jour.
- Une équipe mobile de médecine de liaison.
- Un service de liaison infirmier et ambulancier.
- Un service de garde senior 24h/24.
- Un réseau Maison-Blanche.

### Une structure centrale avec un hôpital de jour

Implantée au cœur du périmètre d'activité du Groupe Maison-Blanche, elle regroupe les espaces dédiés, aux consultations, à l'hôpital de jour de 4 lits, à la garde somatique, aux réunions du réseau, à la logistique, etc...

Sa mission principale est d'améliorer la prise en charge somatique des usagers en santé mentale, dépendant du Groupe Maison-Blanche.

Elle utilise ses ressources internes, mais surtout les ressources des réseaux intermédiaire et externe, afin de replacer le patient dans un circuit de soins cohérent et adapté.

Elle veille à la continuité de la prise en charge parfois avant, toujours pendant mais surtout après l'hospitalisation éventuelle. Car elle recherche les solutions adaptés à chaque patient. Elle peut d'ailleurs orienter voire accompagner si nécessaire. Surtout elle assure la coordination entre les différents intervenants en participant activement à la synthèse et à la diffusion des informations médicales, à tous les partenaires concernés.

Les consultations sont quotidiennes, effectuées par les médecins du service, sur rendez-vous gérés par le secrétariat

L'hospitalisation de jour somatique est réalisée, dans les lits dédiés. Elle est déclenchée dès que le problème posé nécessite plusieurs explorations complémentaires. La planification des explorations est gérée par la secrétaire médicale, avec l'objectif d'organiser le maximum d'exams dans le minimum de temps.

La réalisation de ces explorations est facilitée par la constitution d'un réseau de correspondants, accordant une attention particulière aux patients et procurant des rendez-vous privilégiés, conditions indis-

pensables à la réalisation d'exploration de qualité fournissant des résultats pertinents. Cette hospitalisation de jour est conclue par un compte-rendu d'hospitalisation, adressé au psychiatre référent et au médecin traitant.

### L'équipe mobile

Une équipe mobile, dite de médecine de liaison est disponible tous les jours ouvrés, pour se rendre, dans chacune des structures parisiennes, afin d'examiner des patients intransportables jusqu'à la structure centrale, soit pour des raisons somatiques (état préoccupant voire précaire) ou psychiatrique (patient dangereux et/ou en chambre d'isolement). Cette équipe est composée d'un praticien hospitalier, d'une infirmière de soins, d'une secrétaire médicale et d'une infirmière de liaison.

### Un service de liaison infirmier et ambulancier

Cette innovation, réalisée grâce à l'adhésion de la direction et la compétence du service des transports et opérationnelle depuis plusieurs années, facilite les relations avec les différents partenaires publics et privés et constitue le rouage essentiel du réseau intermédiaire.

Le service des transports de l'établissement, compétent et habitué au transport de patients psychiatriques, autorise des déplacements parfois éloignés avec précision et ponctualité. Sa disponibilité permet une gestion optimale, par le secrétariat des rendez-vous d'exams ou d'explorations externalisés, obligeant à combiner transversalement, pour chaque rendez-vous, la mobilisation d'un véhicule et de son chauffeur ambulancier avec celle de l'infirmière de liaison.

L'infirmière de liaison a un rôle primordial. Elle assiste le patient tout au long de l'exploration, permettant de désamorcer impatience, anxiété, tension, résistance voire conflit.

De plus, indépendante du pool des personnels de psychiatrie, elle est disponible en permanence et évite les annulations d'exams, souvent causés par le manque d'effectifs.

Enfin, informée du dossier médical du patient, de la pathologie motivant l'exploration, elle facilite le travail du spécialiste, en lui fournissant les éléments dont il a besoin, pour rendre un avis pertinent et éclairé. Ce service, utilisant en synergie les compétences particulières des professionnels de l'établissement est l'un des facteurs principaux de la réussite de la déstigmatisation des patients psychiatriques.



## Un service de garde somatique senior

Hors la présence de l'équipe médicale mobile, la couverture somatique est assurée 24h/24, par un médecin senior.

Il est localisé, dans la structure du service de médecine, indépendante des structures psychiatriques, sise dans le périmètre des secteurs parisiens.

Il formule avis et conseils somatiques, à la demande des psychiatres.

Des conventions, concernant la prise en charge somatique hospitalière avec les CHU Tenon, Bichat et Lariboisière sont déjà rédigées ou en cours de rédaction.

Des accords personnalisés avec les responsables des SAU des ces établissements et les UPATOU de Saint-Louis et de la Croix Saint-Simon permettent d'assurer une régulation des urgences vraies ou ressenties par les collègues psychiatres exerçant dans les structures parisiennes.

En cas de besoin, le somaticien de garde peut intervenir dans chaque structure, avec un délai estimé à vingt à trente minutes.

Ces dispositions visent à éviter d'emboliser les SAU, déjà surencombrés, avec des patients difficiles, impatientes et peu compliantes, chaque fois que le problème posé peut bénéficier d'une solution interne.

## Le réseau Maison-Blanche

Il est constitué de trois maillons étroitement imbriqués :

- un maillon interne,
- un maillon intermédiaire,
- un maillon externe.

Le *maillon interne* regroupe les compétences intérieures à l'établissement, médecins psychiatres et somaticiens, infirmiers et infirmières, aide-soignantes et ASH, psychologues, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, assistantes sociales, etc...

Le *maillon intermédiaire* rassemble toutes les compétences externes publiques et privées, nécessaires à la réalisation des consultations spécialisées et des explorations de biologie et d'imagerie.

La surcharge de travail des structures publiques, les délais importants de rendez-vous, nous conduit d'ailleurs de plus en plus fréquemment, à développer des partenariats avec des structures privées et des correspondants libéraux, souvent plus disponibles. Ceci renforce l'importance du service de liaison infirmier et ambulancier. En effet, ponctualité et accompagnement rassurant sont indispensables pour pérenniser ces collaborations inhabituelles.

Le *maillon externe* est le dernier maillon du réseau Maison-Blanche. Constitué de médecins de famille des arrondissements parisiens, couverts par le Groupe Maison-

Blanche, il tente d'assurer le difficile suivi des patients.

Ses correspondants volontaires sont recrutés après entretien et accord personnel. Le partenariat est à double polarité. Les médecins de famille sont sollicités pour assurer le suivi des pathologies somatiques, mais ils peuvent trouver aide et assistance pour réaliser les explorations qu'ils estiment nécessaires à ce suivi, tant en hôpital de jour, qu'auprès des correspondants du réseau intermédiaire.

Sa vocation est la prise en charge de patients et non de pathologies, afin d'éviter le morcellement du patient dans le labyrinthe de plusieurs réseaux, où patients et praticiens finissent par perdre leurs traces respectives et où les multiples avis formulés aboutissent à des décisions surprenantes, souvent non coordonnées, parfois contradictoires.

Tous les patients, nécessitant le suivi et la surveillance de pathologies somatiques, bénéficient des prestations du réseau.

Le contrôle du suivi est réalisé par la communication réciproque de formulaires de suivi, transmis par courrier, fax anonymisés voire e-mail sécurisés.

La gestion de la coordination des décisions est assurée par le somaticien référent, en liaison étroite avec le psychiatre référent. Il gère le dossier médical du patient et informe précisément et immédiatement tous les intervenants.

## AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

### 1. Les inconvénients

Probablement nombreux et imprévus, ils sont difficiles à identifier, à ce stade du projet.

Cependant, confiant en l'esprit judicieusement critique de nos partenaires médicaux, para-médicaux et associatifs et certain du pragmatisme, de l'enthousiasme et de l'esprit d'innovation qui anime le service de médecine, je suis persuadé qu'il saura trouver les solutions adaptées aux problèmes rencontrés. L'histoire récente du service est la preuve de cette plasticité indispensable à la réussite d'un projet ambitieux, dont les écueils sont encore immergés et la navigation parfois à vue.

### 2. Les avantages

Ils concernent un peu les somaticiens, beaucoup les psychiatres mais surtout et principalement les patients.

## Les somaticiens

L'existence d'un service de médecine indépendant autorise la définition d'une véritable politique de prise en charge somatique de l'usager en santé mentale.

La constitution d'une équipe médicale stable, dont les collaborateurs tous Praticiens Hospitaliers ont un statut et un poste pérennes, permet l'harmonisation et l'optimisation de cette prise en charge, par l'application de procédures et de protocoles adaptés aux usagers.

La réflexion sur la qualité des soins somatiques devient le souci permanent de l'équipe médicale et son amélioration l'objectif sans cesse poursuivi.

La collaboration avec nos collègues psychiatres nous a enseigné la patience. Attendre le moment fécond pour programmer une exploration complémentaire, moment propice à sa réalisation confortable et moment privilégié à l'obtention de résultats fiables et documentés donc pertinents et utilisables, est devenue une de nos règles dans la gestion des explorations. L'impatience antérieure engendrait des examens trop précocement programmés, donc mal acceptés par les patients, incomplètement réalisés et dont les résultats ne permettaient pas une décision pertinente, malgré des indications judicieuses et une réalisation rigoureuse et compétente.

La nécessité de répéter les examens ajoutait à l'attente frustrante mais confortable du médecin, le mécontentement justifié du patient, devant une répétition toujours inconfortable et parfois possiblement dommageable.

## Les psychiatres

Une fois dépassées, les notions de définition des champs de compétence et des domaines de responsabilités, l'expérience de la collaboration mutuelle permet de définir les limites des interventions de chacun et d'améliorer notablement la prise en charge des patients.

Permettre aux psychiatres de ne se consacrer qu'à la psychiatrie, est une réponse avantageuse de cette collaboration consentie qu'ils considèrent comme très adaptée, à leurs souhaits et particulièrement confortable à leur exercice.

Lors de la rédaction du projet d'établissement 2001-2005 de Maison-Blanche, l'accompagnement par le service de médecine, de la mutation dans les structures parisiennes, n'a d'ailleurs, non seulement pas été remis en cause, mais au contraire, quasiment plébiscité par nos collègues psychiatres.

(suite page 11)

# Travailler ensemble : l'approche globale du patient en santé mentale

## L'expérience de l'établissement public de Ville-Evrard

par le Dr Saravane\*

**L**a prise en charge des patients hospitalisés en Santé Mentale représente une véritable stratégie de prise en charge multidisciplinaire. Il y a quelques années un système de soins, basé sur un mode bipolaire, a fait que le champ sanitaire s'est partagé entre une médecine physique et une médecine psychique.

Cette évolution a provoqué la division de la prise en charge du patient en deux pôles. Ainsi donc deux médecines différentes vont s'occuper du patient.

Mais à l'heure actuelle, Penser et Soigner le patient dans une globalité somato-psychique est devenu une nécessité. Il s'agit d'une coopération mutuelle contre la maladie, au travers de la prise en charge globale et conjointe des patients. On ne doit jamais perdre de vue que l'objet des soins, psychiatrique et somatique, reste le patient avec des affects et un corps, une histoire et sa souffrance.

Cette coopération est due à la surmortalité de nos patients, de l'évolution des comorbidités, par la présence des poly-pathologies chez certains de nos patients, par la gestion des effets secondaires et les complications des médicaments, par l'apparition de la problématique des co-infections VIH-VHC, de la toxicomanie et enfin de la précarité.

### L'Établissement Public de Santé de Ville-Evrard

Il comprend :

- 14 services de psychiatrie générale ;
- 3 services de psychiatrie infanto-juvénile ;
- 4 sites d'hospitalisations à temps complet : Neuilly-sur-Marne, Saint-Denis, Bondy et Aubervilliers ;
- 1 service de pharmacie ;
- 1 service de biologie médicale ;
- 1 département d'information médicale ;
- 1 comité sida, sexualité, prévention ;
- le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) ;
- le CLUD (Comité de Lutte de la Douleur).

Par ailleurs, Ville-Evrard comporte une diversité de structures extra-hospitalières (CMP, Hôpitaux de jour, CATTP...) ce qui permet une très grande diversité d'approches thérapeutiques.

L'approche globale du patient dans notre établissement est inscrite dans le projet médical depuis de nombreuses années et le service des spécialités et de médecine polyvalente, dans sa mission transversale, prend en charge les soins somatiques des patients.

### Pourquoi cette approche globale du patient en Santé Mentale ?

Toutes les études épidémiologiques confirment une surmortalité et une co-morbidité organique importante chez nos patients par rapport à la population générale. Citons, par exemple, quelques revues de la littérature :

- une surmortalité de cause cardiaque chez les schizophrènes (Casadebaig, 2001) ;
- 63 % de pathologies organiques associées à la dépression (Consoli, 2003) ;
- une pathologie organique responsable de 60 % de décès prématurés, décès sans rapport avec le suicide, chez les schizophrènes (Timothy Jr Lambert, 2003).

Outre ces données épidémiologiques, le projet médical de notre établissement met l'accent sur la multiplicité des pratiques cliniques et des outils théoriques, sur la volonté de l'approche globale du patient souffrant de troubles mentaux.

### Organisation des soins somatiques à l'EPS de Ville-Evrard

Elle s'appuie sur le service des spécialités, en collaboration étroite avec l'équipe soignante du service et tous les acteurs de soins des services de psychiatrie adulte et infanto-juvénile et tous les autres partenaires médico-techniques: pharmacie, biologie, comité sida, sexualité et prévention, DIM etc... Son fonctionnement s'articule autour de 3 pôles :

### A. Le pôle clinique

#### • En Intra-Hospitalier

Tous les patients hospitalisés (adultes et enfants) ont un examen clinique systématique afin de rechercher une comorbidité organique, d'évaluer tous les facteurs de risque, de faire un diagnostic différentiel étiologique.

Cet examen clinique est pratiqué par des médecins généralistes seniors : praticien hospitalier et assistants généralistes.

Il est toujours accompagné d'examens complémentaires : ECG, examen biologique standard et d'autres spécifiques et une orientation vers les consultations spécialisées du service.

Le suivi somatique est assuré par ces mêmes médecins et les spécialistes.

Les données recueillies sont obligatoirement consignées dans le dossier unique du patient.

Le compte-rendu d'hospitalisation est adressé au médecin traitant, en fonction du désir du patient.

Au cours de l'hospitalisation, les besoins spécifiques du patient sont pris en compte.

En particulier, l'accent est mis :

- sur l'hygiène corporelle ;
- sur l'hygiène alimentaire et l'éducation nutritionnelle avec les diététiciennes, en particulier les malades ayant une comorbidité organique telle que le diabète ou des dyslipidémies ;
- sur la prise en charge de la douleur, malgré les difficultés de l'évaluation ;
- les conduites addictives ;
- la rééducation, axée sur la rééducation traumatologique, neurologique et respiratoire. Cette kinésithérapie est profitable aux patients au long cours et évite les attitudes vicieuses et les déformations.

La permanence des soins est assurée par une permanence diurne, assurant les urgences somatiques de l'établissement et

\*Chef de Service, Praticien Hospitalier, EPS de Ville-Evrard, Service des Spécialités, 202 avenue Jean Jaurès, 93332 Neuilly-sur-Marne Cedex.

une permanence sous forme d'astreinte opérationnelle se fait la nuit, les jours fériés et les week-ends.

Le transfert d'un patient vers un service d'un hôpital général est toujours organisé en dehors de l'urgence, le transfert se fait par une orientation adaptée en partenariat avec les somaticiens des hôpitaux généraux de proximité. La prise en charge se fait relativement dans des bonnes conditions du fait de la présence de nos collègues psychiatres dans les Services d'Accueil et d'Urgences (S.A.U.) de ces hôpitaux et par le travail de la psychiatrie de liaison.

En cas d'urgence vitale, l'évaluation et la mise en condition du patient sont assurées par le somaticien et l'équipe soignante avant son transfert vers des unités spécialisées. L'information et le consentement :

- le patient, quand cela est possible, ou son représentant légal, ou la personne de confiance désignée reçoit les informations simples et adaptées sur les soins soma-

tiques et son état de santé. ;

- le consentement du patient et/ou de son entourage est requis pour tout acte somatique : fibroscopie, intervention chirurgicale, etc... et/ou examens complémentaires : en particulier les examens sérologiques (VIH), l'imagerie etc...

Tous les projets de soins intégrant les besoins somatiques, sont élaborés et suivis en collaboration pluridisciplinaire.

Nous dirons un mot des 3 unités relocalisées (St Denis, Bondy et Aubervilliers) où la prise en charge du patient est toujours une approche globale, mais les structures sont implantées à proximité soit d'un hôpital général, soit des centres municipaux de santé et du lieu de vie des patients et de leurs familles. Le rôle du somaticien temps plein dans ses unités, s'apparente à celui du somaticien de liaison, sur le modèle des psychiatres de liaison travaillant à l'hôpital général. Ces structures de soins servent, grâce aux conventions passées, à

l'accès au plateau médico-technique.

Le rôle du somaticien de liaison est aussi de relayer le suivi des patients à ces structures de soins à défaut de l'existence d'un médecin traitant.

Au bout de quelques temps de fonctionnement et surtout des délais de rendez-vous pour les consultations spécialisées, une réponse originale a été apportée par le service des spécialités à savoir le déplacement des spécialistes au sein de ces structures relocalisées. Ainsi le chirurgien-dentiste, le dermatologue, le gynécologue, la pédicure-podologue assurent régulièrement chacun une consultation hebdomadaire dans ces unités, avec un matériel mobile. Cette solution permet d'éviter les attentes de nos patients dans les consultations surchargées des hôpitaux généraux ou dans les CMS, la mobilisation d'un personnel d'accompagnement, etc...

C'est l'offre de soins sur place.

(suite page 12)

## Le corps ce méconnu (suite)

Assurer les soins somatiques dans une structure indépendante est pour la plupart d'entre eux, un souhait permettant d'éviter le mélange des genres, si important pour la reconstruction de ces patients éclatés. Assurer un suivi des pathologies somatiques, fréquemment abandonné par des patients ne possédant pas de médecin de famille pour l'immense majorité d'entre eux, simplifie la prise en charge psychiatrique.

Cette prise en charge est actuellement réalisée pour les patients hospitalisés, mais s'interrompt dès la sortie d'hospitalisation. Permettre sa poursuite, après la sortie, étendre sa possibilité aux patients non hospitalisés, mais consultants dans les autres structures du Groupe Maison-Blanche est un souhait souvent manifesté, tant par les collègues psychiatres que par les représentants des usagers, mais encore jamais exaucé.

Cette collaboration, réciproquement imprégnée des difficultés à résoudre des problèmes intriqués et mutuellement consciente de la nécessaire hiérarchisation des solutions, autorise non seulement une prise en charge plus globale de l'individu souffrant, mais surtout permet de sortir de la redoutable logique de l'échec, à laquelle conduit inéluctablement le morcellement habituel de la prise en charge de ces patients.

### Les patients

Le travail du réseau interne permet de conditionner le malade à la prise en charge somatique. Les efforts conjoints, fruit de la collaboration entre le psychiatre et le somaticien, aboutissent à une information pertinente du patient, expliquant la maladie, la justification des explorations, leur déroulement, leurs avantages et leurs inconvénients, les résultats attendus et leurs conséquences. Cette information aboutit, dans la plupart des cas, à recueillir le consentement éclairé du patient.

Le patient consentant est accompagné, soutenu, assisté, rassuré, tout au long de son cheminement dans le dédale des explorations complémentaires.

Il développe moins souvent des réactions de blocage et perd une grande partie de son étiquette psychiatrique.

Rendu attractif pour le réseau intermédiaire, il n'est plus victime du préjugé, attaché à son étiquette psychiatrique et bénéficie de prestations de qualité.

Il recueille alors l'intérêt, la curiosité et l'attention de spécialistes qui ne l'auraient qu'à peine regardé, sans ce travail de préparation.

Le dialogue répété avec les spécialistes extérieurs a parfois permis de trouver des solutions thérapeutiques inespérées, par exemple l'intégration dans des protocoles thérapeutiques de patients dont l'étiquette "psychiatriques" justifiait le rejet, par un amalgame des contre-indications.

Faciliter surveillance et suivi, par le biais du réseau externe, permet au patient d'évi-

ter des hospitalisations, rendues nécessaires, par la décompensation ou les complications de pathologies somatiques, mais inopérantes à long terme, en raison de l'absence de prise en compte du versant psychiatrique. Sortir de cette logique de l'échec est probablement, la dimension la plus profitable pour ces patients.

## LA MÉDECINE DE LIAISON EN PSYCHIATRIE

Conceptualiser des solutions procurant des avantages aux usagers en santé mentale, aux psychiatres et aux somaticiens revient à définir la médecine de liaison en psychiatrie. Il ne s'agit naturellement pas d'une nouvelle spécialité, ni d'une spéciale nouveauté, mais simplement d'une tentative de coordination et d'amélioration de la prise en charge somatique de ces patients.

Trois idées-forces soutiennent cet édifice, au bénéfice de l'utilisateur en santé mentale.

- Le rendre attractif pour lui éviter exclusion et rejet.
- Le sortir d'une implacable logique de l'échec.
- Le rendre à une médecine citoyenne.

Ces trois principes doivent permettre d'atteindre un objectif ambitieux mais nécessaire, qui s'énonce simplement : *permettre aux usagers en santé mentale de bénéficier de soins somatiques d'une qualité identique à ceux prodigués aux autres patients.* ●

### • En Extra-Hospitalier

Le suivi somatique des patients, après leur séjour hospitalier, reste l'affaire de la médecine libérale. Le médecin traitant du patient est au centre de ce dispositif de soins. Pour les patients sans référence médicale ambulatoire, un suivi par un médecin traitant est recherché avec recours à un dispositif soit :

- en cabinet libéral ;
- dans un centre municipal de santé : nous avons établi des conventions avec les centres municipaux du département favorisant ainsi un accès aux spécialistes, généralistes et paramédicaux de ces centres ;
- soit dans les consultations des hôpitaux généraux ;
- soit dans les cliniques privées.

Enfin, depuis quelques années, une association intitulée "MGPsy93" ci été créée. Cette association regroupe des médecins généralistes, des psychiatres libéraux, des psychiatres hospitaliers, des somaticiens hospitaliers qui collaborent pour une prise en charge globale des patients souffrant de troubles mentaux. Cette approche a permis de mettre en place la notion de cothérapie, la collaboration entre généralistes et psychiatres, et le suivi de nos patients. Ces différents acteurs médicaux référencés constituent un travail de réseau : Hôpital - Ville.

En derniers recours, en l'absence d'aucune référence médicale, le suivi ambulatoire de nos patients est assuré par le service, selon le schéma de consultations externes, par les somaticiens référents du patient.

### B. Le pôle prévention

Comme pour les soins et l'exploration, le consentement éclairé du patient ou de son représentant est requis. L'information est adaptée au cas par cas, en fonction de la pathologie mentale. Le service des spécialités assure ce volet prévention par :

- la mise en place d'un dépistage systématique de la pathologie bucco-dentaire des patients ;
- l'évaluation et prise en charge de la douleur : il s'agit de la douleur aiguë et/ou chronique, physique et/ou morale. Pour certains de nos patients, il est nécessaire d'impliquer l'entourage et le personnel soignant ;
- la prévention des douleurs iatrogènes : proposition d'un protocole antalgique : mélange équimolaire protoxyde d'azote-oxygène pour tous les soins dentaires, les prélèvements sanguins, les soins de traumatologie... ;
- la proposition d'un bilan gynécologique et dépistage (frottis, mammographie) aux patientes, et mise à disposition d'une contra-

ception efficace ;

- la proposition d'un dépistage de certaines maladies infectieuses : VIH, hépatites, IST et prévention de la contamination ;
- une proposition à l'éducation en santé publique : grâce à l'équipe soignante, apprentissage de l'hygiène, les conseils diététiques avec l'équipe des diététiciennes ;
- les activités de rééducation et de soutien sont favorisées par les professionnels, tels la kinésithérapie, la diététique etc. ;
- la mise en place d'une consultation infirmière en diabétologie permet l'éducation du patient diabétique et l'acceptation de sa maladie avec une meilleure observance ;
- la mise en place, en concertation avec la médecine préventive, d'une consultation de sevrage tabagique ;
- la prévention de la maladie broncho-pulmonaire et l'éducation de l'asthmatique ;
- la maîtrise du risque infectieux en collaboration avec le CLIN et la Cellule Opérationnelle d'Hygiène.

### C. Le pôle Formation-Enseignement

La formation s'inscrit dans les activités du Service - formation aux urgences somatiques - formation à des sujets spécifiques : douleur, diabète... - synthèse clinique, pluridisciplinaire. Le service participe également à l'enseignement: diplôme d'université, modules spécifiques sur la prise en charge globale du patient en Santé Mentale. Cette participation se fait avec la Faculté de Médecine Paris-Sud Kremlin-Bicêtre.

Et les difficultés de l'approche globale ?

Les difficultés sont liées à plusieurs facteurs :

- le patient : les difficultés de prise en charge viennent parfois d'une mauvaise coopéra-

tion, des difficultés à exprimer leurs plaintes (un patient psychotique qui ne verbalise pas ses symptômes ou, dans le cas contraire, le fait avec ses propres mots et mêlés à l'expression de son propre délire) des difficultés à évoquer l'histoire clinique (patients mutiques par exemple) et des difficultés à pratiquer un examen clinique (patients agités, agressifs) ;

- les psychiatres : l'examen physique est rarement pratiqué, la nécessité de ne pas induire de problèmes transférentiels et, parfois, l'explication des signes d'appel somatiques par la psychopathologie ;
- les somaticiens : ils ne sont pas toujours prêts à consacrer le temps nécessaire pour l'examen de ces malades complexes et surtout le développement vis-à-vis de ces patients des attitudes négatives à type de rejet souvent fondées sur la crainte qu'ils leur inspirent.

Tout somaticien désirent s'investir en Santé Mentale doit relever le défi de son intégration, tout en gardant sa différence qui fonde son positionnement.

Au sein de l'Etablissement Public de Santé de Ville-Evrard, la reconnaissance est mutuelle: chacun a ainsi acquis une relative connaissance et reconnaissance de l'autre. Cette reconnaissance et la mise en oeuvre dans le travail en commun ci permis une alliance avec le désir de chacun de fonctionner et d'apprendre ensemble.

Nous avons réussi, à Ville-Evrard, la découverte mutuelle de la collaboration, parfois complexe, mais si fertile ! En partant de ce constat, nous avons appris ou réappris, psychiatres-somaticiens, à appréhender le patient dans sa globalité de sujet charnel et pensant, dans l'équilibre et l'unité de son corps et de sa pensée. ●

## Association Nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale

Cette association, créée à l'issue d'un congrès en 2002 intitulé « Une question de dignité » a pour objet :

- 1) De promouvoir des soins somatiques de qualité aux usagers en santé mentale dans les établissements publics de santé spécialisés en psychiatrie, dans les hôpitaux psychiatriques participant au service public, dans les services de psychiatrie des établissements publics de santé et, plus généralement, dans l'ensemble du réseau des soins hospitaliers ou ambulatoires, public associatif ou privé, concerné par cette population.
- 2) De promouvoir le rôle des responsables et des équipes de médecine somatique des hôpitaux et des services sus-nommés et d'ouvrir un champ de réflexion sur leur pratique.
- 3) D'organiser une représentation auprès des autorités de tutelle (à l'échelon national, régional et départemental) auprès des institutions ou associations représentant des autres corps professionnels des établissements et services sus-nommés, auprès des groupements, institutions ou associations représentant les hôpitaux publics et les hôpitaux participant au service public hospitalier ou certaines catégories de personnes de ces établissements.
- 4) De représenter les responsables des équipes de médecine somatique en Psychiatrie auprès des associations consoméristes et des associations de usagers.

Présidée par D. Saravane elle a pour adresse l'Etablissement public de santé de Ville Evrard, 202 avenue Jean Jaurès, 93332 Neuilly-sur-Marne Cedex.

# Pourquoi les psychiatres n'examinent pas leurs patients sur le plan somatique ?

par Jean Furtos\*

Les psychiatres n'examinent pas/plus leurs patients sur le plan somatique, c'est un fait. Comment comprendre cette abstention assez généralisée ? Quelles qu'en soient les significations, il est devenu indispensable de favoriser une synergie convenable entre la psychiatrie et la médecine somatique ; affirmer cette exigence affiche du même coup la dualité radicale entre l'âme (ou la psyché) et le corps, autour de laquelle la médecine est structurée. Ceci étant, cette abstention renvoie t-elle à une phobie pathologique des psychiatres, à un tabou devenu quasi anthropologique ou à une pudeur nécessaire ?

## Une hypothèse : la pudeur thérapeutique

Pour quelle raison le psychiatre, qui après tout est un médecin, n'examine-t-il plus ses patients ? Je ne sais, d'ailleurs, si une large analyse des dossiers d'il y a quelques décades confirmerait la systématisme des examens somatiques, il y a là une étude à entreprendre ; nos prédécesseurs examinaient probablement davantage que nous, même si l'aphorisme que "les patients psychotiques étaient protégés du cancer" s'est révélé fallacieux, soutenu par une insuffisance diagnostique plus que par une quelconque spécificité. D'après ce que je comprends, et c'est mon hypothèse, le non examen somatique par les collègues psychiatres est corrélatif de l'intériorisation du modèle de la psychothérapie. Celui, celle qui écoute une parole intime (non réductible à l'observation symptomatique), doit garder l'intime du corps à distance. Il est vrai qu'à l'inverse, pour examiner un corps, professionnellement, il faut le réifier suffisamment, mettre à distance la dimension érotique dans le geste. A titre d'illustration, j'ai eu connaissance du cas particulier d'un médecin généraliste chevronné qui, après une longue pratique de groupe balint, ne pouvait plus prendre une tension artérielle sans rougir : il avait désormais besoin d'une distance avec le corps physique, comme un psychothérapeute, et

il s'est orienté vers le champ psychosomatique. Tout se passe comme si ce qui est arrivé accidentellement à ce généraliste arrivait ordinairement à la majorité actuelle des psychiatres, à savoir : l'obligation de la pudeur vis-à-vis des corps pour protéger l'écoute de tout ce qui vient, du domaine de l'intime, donc de l'éros. Dans ce sens, ne pas examiner un patient en psychiatrie est normale, selon le modèle de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, qui aurait donc un impact théorique majeur, davantage que l'on ne l'aurait cru. Cela devient comme un tabou fondateur. A l'évidence, des psychothérapeutes néo-reichien, passant par le corps dans leur technique, ne se reconnaîtraient pas dans cette distance nécessaire.

## La pudeur n'est pas phobique

Il faut immédiatement ajouter que la pudeur méthodologique n'est pas phobique : si un enfant en thérapie se blottit contre son psy, celui-ci ne va pas se sentir mal, tout au plus n'en aura-t-il (normalement) pas besoin, ni dans sa méthode de travail ni dans son affectivité ; il sait cependant mettre en jeu l'étayage par le corps, c'est-à-dire une présence qui s'appuie sur ce réel, à condition d'y mettre suffisamment à distance l'érotique, dans une relation de chasteté aurait dit Françoise Dolto. Cela signifie qu'il faut savoir être en présence corporelle selon les médiations culturelles ou thérapeutiques : serrer la main, toucher l'épaule, une manière d'être, d'accepter le regard, de parler, sans oublier les médiations techniques dans certains cas : enveloppement humide, massage, ... C'est dans ce sens que le psychanalyste Paul-Claude Racamier <sup>(1)</sup> évoquait "les techniques d'approche corporelles", qui n'avaient du reste rien à voir avec l'examen somatique à visée diagnostique ; il s'agissait plutôt de formes de soin pour "des sujets dont l'investissement étaient presque toujours profondément altéré" <sup>(2)</sup>. Il soulignait que l'un de ses maîtres, le psychanalyste S. Nacht, avait "naguère montré qu'il se trouvait bien chez des sujets au moi très perturbé, à l'en-

fance affectivement pauvre, de pratiquer lors du premier entretien quelques gestes très courants d'un examen physique, non point pour les renseignements sans intérêt qu'il peut en tirer, mais afin de poser une fois pour toute le jalon d'une forme concrète d'attention pour la réalité corporelle du sujet" <sup>(3)</sup>.

Ces remarques faisaient surtout allusion aux pratiques infirmières dont le savoir-faire en terme "psycho corporel" semble également en diminution dans les unités d'hospitalisation, bien qu'elles persistent néanmoins. Par contre, dans les CMP, je connais certaines infirmières proches dans leur pratique de la psychothérapie, qui ne font pas d'injection (de neuroleptiques à action prolongée) à un patient qu'elles suivent en entretien, laissant cette tâche à une collègue, sur le modèle des thérapies bipolaires psychothérapies-chimiothérapies ; ce qui est justifié du point de vue de la pudeur thérapeutique signalée plus haut.

Il n'empêche qu'il convient de bien distinguer cette pudeur et ce qui serait un refus (phobique) de présence corporelle : non pas l'absence d'examen somatique, mais l'absence de présence, ne pas être là, une froideur qui serait catastrophique pour toute relation thérapeutique. Que reste t-il sans présence ? Rien.

En l'état actuel reste posée la question de l'accès au corps pour diagnostiquer et traiter les maladies somatiques chez les patients psychiatriques ; un corps mortel et sexué, sur lequel porte le risque de suicide. En l'absence d'urgence vitale, il convient sans doute d'accepter la bipartition du patient dans son approche psychique et somatique ; on peut estimer que cet état de fait est regrettable, en rapport avec l'hyperspécialisation de la médecine d'aujourd'hui. Mais dans ce même contexte, la qualité de l'écoute et ses conséquences nécessitent d'accepter une division du travail où tout patient en psychiatrie doit, comme tout le monde, pouvoir accéder à un médecin généraliste ou à un médecin des autres spécialités que la psychiatrie. Il y a en ce domaine des exemples de complémentarité assez bien organisés dans certains hôpi-

(suite page 14)

\*Psychiatre, PH au CH Le Vinatier, Bron.

taux français, ce qui demande des moyens suffisants. Il va de soi, mais encore faut-il le rappeler, que les urgences vitales nécessitent une formation minimale des soignants en psychiatrie : on n'a pas de pudeur thérapeutique s'il faut un massage cardiaque...

## Conclusions et questions

Les deux aspects du corps évoqués dans ce texte correspondent aux deux mots allemands le signifiant : *korper* (corps anatomique de l'examen somatique), et *leib* (4) (corps vivant de la présence). Le psychiatre est distancié du *korper* par un choix épistémologique qui s'est probablement effectué sur deux ou trois décades, à l'insu de ses protagonistes, en rapport avec une pudeur vis-à-vis de l'intime stimulé par l'écoute. Tout se passe comme si, en l'état, le médecin généraliste ou les autres spécialistes, pouvaient, eux, examiner le corps et écouter selon leur disponibilité propre ; par contre, pour le psychiatre, l'écoute

n'est pas un "plus" mais le centre d'une pratique où la vie psychique est devenue l'objet propre, au détriment du corps anatomo-clinique qui s'estompe, mais non le corps de présence.

Quelques questions pour terminer :

1) Il ne serait pas inintéressant d'étudier quantitativement et qualitativement le nombre de psychiatres examinant leurs patients, en le corrélant avec leurs théories de rattachement ; en principe, elles devraient être éloignées du modèle de la psychothérapie psychanalytique.

2) La diminution apparente du recours explicite aux théories psychanalytiques va-t-elle être suivie d'une diminution corrélative de la pudeur thérapeutique concernant le corps mortel et sexué ? Cela est loin d'être certain, d'une part du fait de l'hyperspécialisation persistante, et d'autre part parce qu'une pratique correspond à sa théorie : ainsi, certains de nos maîtres neuropsychiatres, du temps de ma formation, examinaient bien leurs patients mais du seul point de vue neurologique.

3) La difficulté à considérer le corps peut aussi être lié à la violence. Les soins sans consentement, les "internements" d'ailleurs, ont constitué en partie la spécificité de la discipline même dans ce qu'elle est maintenant devenue. Or la contrainte dans les soins passe par une violence sur les corps, fut-elle nécessaire. On ne peut éliminer l'hypothèse que l'intolérance psychique, éthique et juridique à la violence visible (qu'elle soit nécessaire ou en excès) entraîne des formes multiples de violences invisibles ; l'une d'elle pourrait être la négation du souci pour le corps et sa mise à distance. Nous ne serions plus ici du côté du corps anatomique, qui est une vision médicale, mais dans le refus du corps de présence. Dans ce sens, un souci pour le corps et pour la vitalité du sujet peut constituer l'antidote d'une violence déniée. ●

(1) Dans son ouvrage historique *Le psychanalyste sans divan*, Editions Payot, Paris, 1983 (2ème édition).

(2) *Opus Cité*, p. 295.

(3) *Opus cité*, p. 295.

(4) Du verbe *leben* = vivre.

## La santé mentale face aux mutations sociales

Sur ce thème, l'ORSPERE et l'ONSMP (1) organisent à Lyon, les 12, 13 et 14 octobre 2004 un Congrès International qui se tiendra à l'École Normale Supérieure de Lyon, avec le soutien du Centre Hospitalier Le Vinatier (2).

Le Comité d'organisation, présidé par Stéphane PAUL, Inspecteur général des affaires sociales (Paris) a pour directeur scientifique Jean Furtos, ORSPERE-ONSMP.

Le Programme qui comporte trois grandes divisions :

1/ approche épistémologique et historique de la santé mentale, son contexte contemporain,

2/ les pratiques de santé mentale en émergence et en débat,

3/ construire l'action en santé mentale,

réunira sept Ateliers : crises et catastrophes collectives ; contextes de guerre ;

précarité et insertion ; santé mentale et travail ; modification des liens familiaux, relations intergénérationnelles ; conditions de vie des personnes atteintes de troubles mentaux ; ville et habitat.

### ARGUMENTAIRE

Le contexte mondial dans lequel nous vivons, marqué par la double prégnance de l'économisme et des Droits de l'Homme, se trouve face à une crise collective qui concerne le vivre ensemble. Pour les professionnels du soin et du travail social, le plus perturbant est d'être confronté, dans leur travail, à un nombre croissant de personnes pour lesquelles, bien au-delà de leur statut social manifeste, se pose aussi bien la question d'un soutien des subjectivités en souffrance que celle de nouvelles formes du lien social.

Dans ce contexte où les situations de vulnérabilité peuvent être extrêmes et même casser les personnes, émergent des modalités d'accompagnement individuelles ou collectives qui tendent à s'imposer comme une nouvelle normativité, et cela d'une manière très variable d'une ville à l'autre, d'une région à l'autre, d'un pays à l'autre.

Cependant, pour que s'amorce une préoccupation de santé mentale, il est nécessaire que la sommation des souffrances individuelles devienne une affaire collective ; des pratiques et des politiques dites de "Santé Mentale" peuvent alors se mettre en place, ouvrant ainsi un champ qui dépasse largement les soins psychiatriques et la réhabilitation sociale des

personnes atteintes de maladies mentales ; pour autant, ces pratiques ne devraient pas davantage se réduire à la psychologisation des problèmes sociaux, faute de quoi elles rajouteraient à l'atomisation des individus que l'on peut considérer comme la forme la plus achevée de la perte des solidarités.

Comment alors fonder ce champ de la santé mentale, vaste et englobant, qu'il convient d'interroger dans sa nature comme dans ses effets :

- quel est l'enjeu des politiques locales, nationales, voire internationales (OMS, ONG ... ) ?

- qu'est-ce qui se passe en pratique avec les acteurs de terrain dont il va de soi que seulement un petit nombre est composé de professionnels du soin psychique ?

- dernière question, et non la moindre : qu'est-ce qui se passe dans une civilisation lorsque tend à dominer le modèle d'une "société des individus" ?

Sur fond de ce questionnement, le Congrès International de Lyon se propose d'envisager :

1. l'évolution de la notion de santé mentale depuis 1946, dans un contexte politique, économique et sociétal évolutif ;

2. les problèmes concrets de santé mentale comparée qui se posent dans des pays très hétérogènes, la réflexion se faisant à partir d'expériences multiples et diversifiées ;

3. l'approche critique des nouveaux concepts cliniques tels que le stress, la victimologie, le syndrome post-traumatique, la souffrance psychique, la résilience, à confronter avec l'évolution nosographique ;

4 l'enjeu étant de tenir ensemble la question de la personne et du collectif, d'élaborer l'exigence du rapport démocratique de la science et du politique, d'une manière telle que le vivre ensemble, objectif premier du politique, puisse être préservé voire restauré.

Pour cet objectif primordial, simple dans son énoncé et éminemment complexe dans ses attendus, se pose la question du sens de ces pratiques de Santé Mentale, et de leurs limites.

(1) Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion et Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité.

(2) 95 Bld Pinel - 69677 Bron Cedex

# Propositions au sujet de la prévention et des soins médicaux en psychiatrie et en santé mentale

par Alain Patrice Van Amerongen\*

Le concept de “violence à la personne” est devenu au fil des jours un motif d’annonce pour des colloques, mais beaucoup plus rarement un sujet de réflexion et de théorisation, en particulier à propos du bien être et de la maladie physique en psychiatrie et en santé mentale.

Et pourtant le sujet est fédérateur car il implique le patient, sa famille et son entourage, tous les soignants, les acteurs sociaux, les organismes d’éducation pour la santé, les chercheurs, les évaluateurs, les décideurs et les élus.

Le corps est le porte parole des relations de l’être humain au x autres, au monde qui l’entoure et surtout à lui même. Comme le disait Francis Bacon “*un corps sain est la bonne demeure de l’âme, un corps malade en est la prison*”. Cet aphorisme résume en fait la dialectique à propos de la dissociation entre le corps et l’esprit, dialectique qui est arrivée à son terme.

La dichotomie entre le corps et l’esprit n’est plus opérante dans la vie de tous les jours et ne doit plus s’inscrire dans la longue liste des oppositions classiques entre le sanitaire et le social, le public et le privé, l’aigu et le chronique, l’hôpital psychiatrique et l’hôpital général et enfin la médecine et la psychiatrie.

Il faut promouvoir l’amélioration pour chacun, d’un comportement psychique et physique mais aussi d’un comportement hygiéno-diététique et social le plus adapté pour bénéficier du meilleur bien être possible. C’est la seule voie qui permette de fournir des arguments au concept d’autonomie dans la vie sociale, devenu une évidence.

Pourquoi encore une fois associer Santé mentale et Psychiatrie au risque d’entraîner une possibilité d’incompréhension et de flou par l’imprécision fondamentale de certains concepts et des réalités qu’ils décrivent ? Tout simplement parce qu’au sein de ces deux ensembles la réalité du corps est la même, la souffrance se cache, n’est pas exprimée ou ne peut plus être exprimée, n’est pas facilement repérée ou traitée et expose la personne malade à la mar-

ginalisation, la stigmatisation, la précarité et l’isolement.

L’appartenance ne se fait pas en fonction de l’attribution au corps ou à l’esprit de certains comportements ou de symptômes mais sur la possibilité, pour un être humain d’appartenir à une société qui l’éduque, l’aide, le soigne (avec son accord) et l’autonomise.

Actuellement, les soins médicaux en psychiatrie sont en question (de même que les soins psychiatriques en médecine). Le deuxième colloque de l’association “*Pour la promotion des soins somatiques en santé mentale*” vient de se tenir à Bordeaux, un diplôme universitaire de soins somatiques en santé mentale est organisé pour 2004-2005, même si malheureusement le bien être physique et les soins médicaux sont peu évoqués dans le texte des multiples rapports concernant la réforme de la psychiatrie. Il faut donc profiter de ce nouvel état d’esprit et recenser les problèmes pour proposer des solutions.

Hortense est morte, elle avait 45 ans. Fille unique elle avait vécu avec sa mère à la suite de son divorce, secondaire à la phase aiguë de son trouble psychique. Elle vivait seule tout en fréquentant un lieu d’accueil. Elle était belle fille mais ne supportait pas de dévoiler son corps, aussi bien pour aller à la plage que chez le médecin. Elle ne se plaignait jamais et lorsqu’elle a perdu du poids il était trop tard pour se rendre compte de son absence aux visites de prévention du cancer du sein. Sa mort a révélé l’ampleur du manque.

**Un certain nombre de thèmes doivent être évoqués avant de proposer une organisation cohérente, réalisable, opérante, de la prévention et des soins médicaux en psychiatrie et en santé mentale.**

## • Mais où est passé le corps en psychiatrie ?

Il est toujours présent et se donne à voir dans la vie quotidienne, dans la mimique, la séméiologie, les conséquences de ses dysfonctions et surtout il est porteur de souffrance. Paradoxalement les médecins aliénistes ont été créés au 19<sup>e</sup> siècle pour dispenser des soins médicaux aux malades “mentaux” et les psychiatres d’aujourd’hui

ont, en grande partie, oublié cette mission en raison de positions théoriques discutables.

La fonction du médecin est de soigner, sa mission est de penser à soigner le plus complètement possible. L’initiative des soins médicaux ou somatiques revient au psychiatre, car il est aussi le médecin de son patient. La réalisation des soins sera collective. De ce fait, l’opposition entre le “psyché et le soma” est devenue inutile et nuisible comme l’est le “saucissonnage” par les différentes spécialités médicales.

Il faut cesser de travailler seulement à propos de la question de la surmortalité des patients psychiatriques, mais il faut surtout privilégier la prévention et le traitement et plutôt évoquer l’augmentation de la gravité du pronostic des maladies reconnues trop tard.

Il faut mettre un terme à l’indifférence qui se manifeste par la dénégation “*Moi je ne m’occupe pas du médical ou du social, mais de la psyché*” il faut aussi mettre un terme à l’abjuration par les psychiatres de leur savoir médical, qui doit être considérée comme une apostasie.

## • La localisation des lieux de soins ou de suivi, sert de prétexte à la dissociation médecine-psychiatrie

De nombreuses initiatives individuelles et locales ont tenté de pallier à l’isolement de certaines structures hospitalières par rapport aux soins médicaux. Le risque est devenu réalité et des “somaticiens” en début de carrière ou à la recherche d’une qualification ont pris en charge les problèmes médicaux. A nouveau, et parfois avec bonne conscience mais sans réel intérêt, le corps a été confié à d’autres au dépend de la réalité qui se désintéresse du déni et du choix des individus. La violence de certains transferts d’une unité de soins à une autre est à considérer.

Bien entendu la question du somatique est plus simple à envisager au sein d’un hôpital général. La plupart des patients vivent dans la cité, fréquentent les lieux de consultation en psychiatrie et devraient pouvoir consulter pour établir des liens, avec les médecins généralistes qui connaissent le

(suite page 16)

\*Psychiatre des hôpitaux honoraire, membre de l’UNAFAM.

patient son entourage mais peut être plus rarement les spécialistes de la psychiatrie. La communication passe mal, souvent avec retard et généralement elle n'est pas suffisamment informative. Un réseau digne de ce nom est sûrement un élément de l'avenir. La seule solution est de privilégier la prise en charge quotidienne au niveau de la prévention et des soins mais aussi en amont et en aval de l'hôpital.

• **La terrible guerre théorique au sein des équipes de soins, voire des psychiatres libéraux a majoré l'indifférence potentielle vis-à-vis des soins médicaux**

La notion de la demande a empoisonné l'existence des malades et de leur famille, mais aussi celle des médecins, au niveau du problème de l'urgence, de la période aiguë comme de la prise en charge somatique. Attendre que le malade fasse la demande de soins alors qu'il est limité dans la possibilité de décider relève de l'aporie (difficulté logique sans solution) du cache-misère, de la myopie des soignants. On se retrouve dans le modèle international DUMC (duration of untreated medical condition) qui est aussi grave que la DUP (Duration of Untreated Psychosis) pour modéliser à l'AngloSaxonne, les concepts.

• **“La réalité” est peut-être dans le modèle d'un fonctionnement unique en psychiatrie et en santé mentale**

La précarité en santé mentale a beaucoup de choses à voir avec la réalité quotidienne de la psychiatrie car la personne en cause ne veut parler de rien, le risque de changement est trop grand, elle n'a plus les mots pour le dire, elle a peur des soins et a déjà bien du mal à vivre dans la vie de tous les jours. L'entourage est souvent dans l'impossibilité de modifier le comportement.

• **Les structures sociales et médico-sociales sont devenues des partenaires, aussi dans le domaine des soins médicaux**

Leur présence au côté des patients, quelle que soit la gravité des pathologies est une évidence, leur rôle doit devenir tout à fait complémentaire de celui des structures sanitaires. L'accompagnement régulier dans la vie courante permet de prévenir, de détecter, de participer à la réalisation des explorations et du traitement. Pourquoi continuer à les ignorer et à considérer qu'ils ne sont pas compétents ou bien même incapables de comprendre le sens de la “demande”. On se trouve à nouveau au cœur d'une confrontation pour la maîtrise du pouvoir qui n'a plus lieu d'être à l'époque du “transfert de compétences”.

• **Les familles, l'entourage choisi, sont des acteurs des soins médicaux ou somatiques**

Le mot “acteur” doit être utilisé dans le bon sens car vivant auprès du patient ils savent repérer les changements, les premiers symptômes et ils demandent à être entendus le plus vite possible sans suspicion, même lorsqu'ils sont insistants. De plus ils vont avoir à donner leur aide et leur compétence dans une situation de double diagnostic, de double pathologie.

• **La prévention et l'éducation pour la santé**

C'est difficile chez les gens “normaux” alors chez les malades psychiques c'est impossible ! Ce type de concept conduit à la catastrophe car il est en opposition avec le souhait et la demande d'autonomisation. Il est possible de tenter de responsabiliser le patient par rapport aux effets secondaires évitables des thérapeutiques (métabolique, nutritionnels, bucco-dentaires, coprescription, addiction). Au cours du traitement qui est le plus souvent une cothérapie (médicaments, parole) le corps est un lieu de représentation et de signification en particulier depuis la médiatisation des psychotropes. Certains ont évoqué “la corporéité du médicament dans son action sur le corps malade”. Le médicament déclenche un ressenti de son action au niveau du corps. Il participe à la relation verbale du processus pathologique et de ses modifications. Il donne de nouvelles sensations au vécu corporel de la maladie (sans traitement) et parfois il montre des effets non souhaités risquant de rendre la discrimination plus évidente (en fonction des difficultés et des questionnements à propos du corps avant l'apparition de la maladie). La querelle des anciens et des nouveaux (antipsychotiques) en ce domaine se révèle inutile, le corps s'adapte et donne à voir autre chose, mais il s'exprime à court et à long terme avec toujours autant de vigueur.

• **La formation au cours des études et la formation continue**

Indispensable pour tous les professionnels de santé, public et privés elle doit être envisagée aussi, de manière adaptée pour les acteurs sociaux. Un exemple est celui des infirmiers et infirmières, dont la formation est unifiée et qui ont parfois du mal à travailler à leurs débuts, en psychiatrie, mais qui conservent un bon niveau médical dont l'utilité est évidente et qui ne doit pas être contrarié par des querelles théoriques.

• **Organiser un concept d'aide et de soins médicaux ou somatiques**

La proposition par certains d'un travail d'élaboration d'une charte est probablement un moyen de faire se rencontrer les acteurs afin de prendre les dispositions adaptées aux situations locales aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Le dossier du patient (à l'hôpital, en ville, en consultation) est le moyen d'effectuer la synthèse, de proposer un suivi et de planifier au mieux les actions de routine. La transmission d'un compte rendu d'hospitalisation, voire de consultation, permet d'alerter les professionnels concernés, mais aussi l'entourage, en fonction des besoins spécifiques (en particulier en cas de cothérapie médicale et psychiatrique). Bien entendu, la personne malade est informée de ce projet et doit participer à celui-ci au mieux de ses possibilités. Elle doit être accompagnée pour les démarches de diagnostic et de traitement en dehors de toute contrainte.

**En conclusion**

La situation souvent catastrophique au niveau des soins médicaux pour les patients n'est pas seulement liée à l'évolution de la maladie et aux effets secondaires des prescriptions mais le plus souvent à une indifférence, voire à une peur concernant le corps et à des positions doctrinales qui n'ont plus lieu d'être.

Comment envisager de traiter un patient sans tenir compte de son bien être physique ?

Comment traiter un patient sans l'impliquer dans la prévention, comme pour tous les citoyens ?

Comment proposer l'autonomie sans tenir compte de tous les paramètres ?

Le regain actuel d'intérêt concernant le bien être physique et l'accès aux soins médicaux pour les patients ayant un trouble psychique, quel qu'il soit, est le signe d'un retour à la cohérence. ●

**Bibliographie**

(1) Casadebaig F, Phillippe A, Gausset MF, Surmortalité des malades mentaux hospitalisés, Un problème dépassé ?, *Encéphale* 1992, 18, 107- 114.

(2) Halimi Y, Février R, Soins somatiques en santé mentale, 2003 ; 170 p ; édit D'Orbestié.

(3) Kapsambelis V, Les médicaments du narcissisme, métapsychologie des neuroleptiques, édit Les empêchés de penser en rond 1994, 178 p.

(4) Meyer J.M., Nasrallah HA, 2003, *American psychiatric publishing*, 242 p.



# Du corps vers la pensée, une pratique originale

par Vincent Faurie, Joëlle Tiravy-Silber, Paul Le Nouvelle, Philippe Lesieur\*

Il nous a semblé pertinent dans ce numéro consacré au corps de décrire notre exercice dans un service où les soins donnés à celui-ci sont omniprésents et où l'on conjugue de façon originale deux spécialités, la psychiatrie et la médecine de rééducation.

## Un service de psychiatrie et de rééducation fonctionnelle

Appartenant à de la Fondation Santé des étudiants de France, notre service, localisé dans le Centre Médical Jacques Arnaud à Bouffémont dans le Val d'Oise, accueille des patients de 15 à 35 ans ayant effectué une tentative de suicide grave entraînant un polytraumatisme important. Il est né d'une volonté commune des rééducateurs et des psychiatres. Les premiers ressentait un manque avec ce type de patients, à ne pouvoir s'occuper qu'en partie du problème. Les seconds, souvent appelés en urgence, étaient mal à l'aise avec des interventions ponctuelles, sans possibilité de continuité dans le projet de soin.

En pratique, il a sa place au sein d'un réseau où la structure d'amont est représentée par un service de traumatologie et la structure d'aval, un correspondant au niveau psychiatrique. Nous nous mettons en rapport avec ces partenaires avant même l'hospitalisation si nécessaire. Ces collaborations permettent de nous inscrire dans un "parcours de soins" des patients et préparer un projet de sortie le mieux adapté possible.

Après étude collégiale de la demande d'admission, nous proposons un rendez vous. Le malade est examiné somatiquement, cela détermine la durée de l'hospitalisation. Il lui est présenté à l'issue de l'entretien, une sorte de contractualisation du séjour. Elle se justifie entre autre par la possible survenue d'un phénomène de réticence à s'engager dans une démarche de soins psychiatrique. C'est la condition qui est la plus délicate à remplir. Nous développerons plus loin ce point très important.

Notre service est donc nommé "Service Transdisciplinaire". Dans sa construction architecturale, il est à l'image de sa spéci-

ficité. C'est au sens propre et au sens figuré un entre-deux, relié d'un coté à la médecine somatique, de l'autre à la psychiatrie. En effet, sa forme est allongée, il se situe comme un lien entre les bâtiments de médecine rééducative et la clinique médico-psychologique, unité de soins-études psychiatrique.

Deux couloirs bordés par les chambres confluent en une place. Elle est dite "la place village"; c'est le cœur du service, le lieu des échanges informels autour d'un café, mais aussi des soins, distribution des médicaments, réunion soignants-soignés. Transdisciplinaire disions nous. C'est un néologisme souvent remis en cause. Est ce qu'il ne sonne pas bien ? Les deux consonnes dentales, le T et le D, coupent et les deux S sifflent désagréablement... de plus, le mot discipline évoque la sanction et l'opprobre longtemps associée au suicide.

Mais attachons nous plus au fond qu'à la forme. Nous détaillerons plus bas notre façon de procéder qui est autre chose qu'une simple juxtaposition de deux spécialités médicales, Trans c'est ce qui dépasse, ce qui va au-delà. En cela nous sommes définitivement Trans et non pas multidisciplinaires, tant pis pour la musicalité de l'appellation.

## Une forme de psychopathologie rencontrée dans le service

Il sera question dans ce paragraphe d'une observation classique chez nos malades, celle de l'utilisation de la blessure comme point de fixation bloquant le travail d'élaboration psychique et cautionnant plus ou moins consciemment un refus d'aborder le vécu affectif.

Tout d'abord, un rappel assez banal des suites de tentative de suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune. On sait que le temps du post-aigu dans les tentatives de suicide est marqué par un relatif apaisement. L'attaque de soi a permis une décharge agie de la conflictualité, les proches, souvent culpabilisés font preuve de sollicitude et les rapports intra-familiaux sont brusquement remis en cause. Il y a là un aspect magique. Du jour au lendemain, l'individu flottant dans une dépression plus moins constituée passe à l'acte. En proie à un sentiment d'abandon ou au contraire

d'étouffement, car c'est le défaut qualitatif et quantitatif qui agit, trop, pas assez, pas comme il faut, il change radicalement le cours de son existence au prix d'une emprise délétère mais effective sur la réalité. Les patients que nous accueillons rentrent dans ce cadre en y ajoutant des particularités.

Ils sont marqués dans leur corps par les séquelles de leur passage à l'acte. Ces lésions peuvent donner lieu à un discours de type défensif confinant au déni de la réalité du geste. Et par delà le geste en lui-même, à toute la psychopathologie pré-existante. Le cortège de soins physiques, toilette, sondages, pansements, kinésithérapie, occupent une bonne partie de la journée. De plus, les complications intercurrentes sont multiples, infections, défaut de consolidation... Cette matérialité impressionnante, un fixateur externe de fémur est un montage toujours spectaculaire, peut constituer comme un écran faisant passer au second plan le motif princeps de l'admission dans le service, la volonté plus ou moins bien représentée, de mourir. Similairement, l'épisode délirant d'une schizophrénie ou la mélancolie d'une maladie maniaque-dépressive au vécu effroyable, "Des hommes avec des haches montaient dans la cage d'escalier, ça fait des mois que ça se tramait, ils voulaient me punir ou je ne sais quoi, il n'y avait que la fenêtre..." nous dit Anne-Lise, est mis entre parenthèses, gommé, comme une dérisoire anecdote d'un passé révolu.

Des arguments d'un pragmatisme réducteur sont avancés, tel que "ce qui m'importe c'est d'être en fauteuil, pas de parler de ma grand-mère" comme a dit Valérie. Peut-être faut-il y entendre la survivance de l'ancienne condamnation morale du suicide, de ses relents de péché, où, plus largement, la stigmatisation de la psychiatrie. La honte fait son obscur travail de censure. Elle n'autorise au sujet qu'une identité réifiée dans une hypothétique norme, marquée par l'opacité et la défense contre l'expression d'éléments personnels. "C'est fini les conneries, maintenant je vais bien, je suis comme tout le monde" nous dit Léna 16 ans, "J'ai rien à dire au psychiatre, vous croyez que je suis folle ?".

(suite page 18)

\*Centre Médical et Pédagogique Jacques Arnaud, Service transdisciplinaire Dr Lesieur, 95570 Bouffémont

C'est qu'il existe un bénéfique, inconscient s'entend, où se réfugiant dans une mécanique de soins rythmés et techniques, la vie psychique est verrouillée en une suite de rituels, sûrement nécessaires au début de l'apprentissage des soins, mais qui ne doit pas se pérenniser. Le risque étant de voir s'installer une identité tronquée, de paraplégique par exemple, permettant de réaliser une économie factice du travail d'élaboration sur le suicide et le trouble psychiatrique associé.

Dans cette logique, tout se passerait comme si la restauration de l'intégrité corporelle à la sortie du service, était synonyme de résolution des difficultés psychiques, sans qu'elles n'aient presque été verbalisées. L'épisode de décompensation se résumerait donc à des données physiques, une défenestration de hauteur variable, sur du béton, du dur, du mou... Evoquons là le Géométrisme Morbide du grand Minkowski *"La géométrie, le plan, la logique priment tout. Tout ce qui constitue la richesse et la mobilité de la vie, tout ce qui est irrationnel, tout ce qui est progression se trouve entièrement exclu du psychisme"* nous dit-il en 1927.

Du côté de l'observateur, du soignant, il faut composer avec l'effet de sidération produit par la vue des blessures, leur évidence fascinante, les angoisses de mort et de destruction qu'elles éveillent en chacun de nous. Car elles seraient le témoin incarné de la pulsion de mort, dont Freud nous dit qu'elle est irreprésentable. L'enjeu se montre dès le début de l'hospitalisation. Cette impasse dans laquelle se trouvait le patient a été mal résolue par un geste qui l'a mené dans un service où il est dans un état de régression massive, nursing, soins génito-urinaires, aide à toute forme de mobilisation...

C'est l'enjeu du soin psychiatrique que de pouvoir faire obstacle à cette politique défensive. Nous pourrions évoquer pour nous aider à penser l'état mental de nos malades la théorie psychosomatique. Avec réserve toutefois, les pathologies ne sont pas les mêmes et il n'est pas questions d'un retentissement organique d'une structure psychopathologique. Plutôt un aménagement transitoire de la relation.

A l'arrivée, nos patients ont des lésions dont la cause leur est évidente, c'est une chute, mais pas elle n'a pas de sens. La verbalisation est souvent pauvre, marquée par le déni, la pseudo-amnésie, et ce n'est pas qu'un problème d'expression, c'est une forme de carence au de la représentation, de la symbolisation du conflit psychique.

Ainsi, on a affaire à une pensée qui rappelle la pensée opératoire de Marty et de ses collaborateurs. La vie mentale n'a pas de valeur fonctionnelle, les relations objectives sont marquées par une prééminence du factuel.

Voici quelques éléments de notre position face à cette problématique.

### Une cohérence dans la diversité des approches

La vieille question philosophique de l'unité ou de la séparation du corps et de l'esprit peut nous servir de fil conducteur tant nous essayons d'éviter de fonctionner en deux plans. Sont en présence chez nous deux spécialités médicales assez loin l'une de l'autre. La médecine de réadaptation est précise dans ses moyens et ses objectifs, la mesure chiffrée et l'image objectivante y tiennent une grande place. La psychiatrie a comparativement des moyens bien différents, le meilleur garant de son efficacité tenant dans l'expérience clinique et la conscience de sa propre conflictualité qu'a le médecin. Outre, bien sûr, l'indispensable savoir sur le maniement de la chimiothérapie. La coexistence pourrait donc être clivée, au rééducateur les choses du corps, au psychiatre le domaine de l'affectif et de la parole. Nous nous basons sur une définition plus unitaire du corps, de façon à dépasser l'ambiguïté induite par la double appartenance du soma, à la fois au monde externe, à la réalité et au monde interne, à l'imaginaire. Nous pourrions donner une définition plus globale en disant que le corps est un ensemble relationnel et environnemental, à la fois psychique et somatique, deux aspects de l'individu, issus d'une même origine, l'indistinction somato-psychique des débuts de la vie.

Revenons au dualisme corps-âme car il a aussi fait les riches heures de la réflexion sur l'étiologie de la maladie mentale, sa psychogenèse ou son organogenèse.

Dans la pensée moderne, Damasio a récemment remis au goût du jour cet exercice. Il a nommé sobrement son livre *L'erreur de Descartes*. Il nous dit entre autre *"les processus physiologiques que nous appelons mentaux émanent de ce tout fonctionnel et structural, l'organisme... le psychisme n'existe que par et pour un organisme intégré"*.

Et Freud, en 1925, dans *La Négation* nous dit que *"toutes les représentations sont issues de perceptions..."*. Principe fondamental de la psychanalyse que tout ce qui est psychique est d'abord physique, que la pensée ne tombe pas du ciel.

Plus près de nous Henri Ey dans un sémi-

naire fameux en 1947 reformule son organo-dynamisme : *"ni le biologique n'est réductible au physique, ni le psychologique au biologique"*.

Ces citations pour parler du concept d'intégration somato-psychique, chaque pôle, la psyché et le soma pouvant se rapprocher l'un de l'autre, s'éloigner, sans qu'il n'y ait jamais ni de divorce, ni de fusion aliénante. C'est vers ce but que nous tendons quotidiennement comme nous l'indiquons dans notre définition du corps.

Il y a donc d'un côté la réalité psychique, de l'autre la réalité physique. C'est du mouvement de va et vient entre les deux, de leur dialectique que naissent les possibilités de "réanimation" d'un appareil psychique inerte d'une certaine façon parce qu'entravé par trop d'éléments pathogènes. Ainsi, dans notre organisation, les réunions sont la plupart du temps communes, la visite médicale est suivie par le psychiatre, bon nombre d'entretiens clefs se font avec le rééducateur qui assiste à la réunion clinique psychiatrique. Ces échanges permanents entre le psychiatre et le médecin rééducateur, offre au patient, une image non clivée de la réalité physique et psychique. La restauration d'un contenant physique, l'intégrité corporelle va de pair avec la restauration d'un contenant psychique. Autant que faire se peut, les éprouvés corporels, que se soit du côté du plaisir (récupération neurologique par exemple) ou de la douleur, font l'objet d'une parole, reprise, mise en perspective et reliée à l'histoire du sujet et à sa psychopathologie.

Lola nous dit *"A l'hôpital général, j'avais une pure douleur au ventre, ils ont appelé l'interne de garde qui m'a donné un médicament, ça m'a pas calmée, j'ai tout envoyé promener..."*. Dans le service Lola a éprouvé le même type de douleur avec les mêmes effets ; outre le médicament antalgique, la même crise clastique a été reprise en un entretien immédiat avec l'infirmière où elle a évoqué son caractère fait d'impulsivité, d'impatience. *"Comme la fois où j'ai cassé la gueule à ce gars qui se moquait de mon petit frère..."*. Plus tard, en consultation, elle nous dira le souci de protection qu'elle éprouve envers ce petit frère vulnérable et timide, et de là, sa position pseudo-parentale dans la famille. Notre intervention lui a-t-elle permis de prendre un peu de recul par rapport à une éventuelle rivalité coupable, à accepter mieux son identité de façon à ce que l'évocation de celle-ci dans la réalité ne pas déclenche la violence en court-circuitant ses ressources internes ?

En une formule lapidaire, du corps on va à l'esprit. Cet exemple illustre aussi l'importance donnée à chaque période, les soins somatiques rapprochés, les intervalles libres destinés à l'élaboration personnelle ou groupale. C'est un outil de travail fondamental que la prescription d'une temporalité chez des patients souvent en proie à un fonctionnement circulaire, répétant de façon automatique des attitudes traumatiques plus ou moins délétères sans y trouver de sens et, a fortiori, d'issue.

## Conclusion

Nous espérons avoir rendu un peu du souci permanent de cohésion qui nous gouverne, face à des prises en charges complexes par leur double polarité, psychique et somatique et par leur gravité. Les séquelles physiques sont lourdes et l'auto destructivité qui le plus souvent mise entre parenthèses pendant le séjour, mais dont on sent bien la proximité et la puissance mortifère seulement assoupie.

Un de nos projets est d'ailleurs de main-

tenir un lien avec les patients sortis par l'intermédiaire d'une consultation d'évaluation à moyen terme. Outre le précieux retour d'informations que nous obtiendrions, cela pourrait constituer dans l'économie psychique, un rappel du travail intense fait dans le service. Par un phénomène d'après coup, les germes des questions posées, des problèmes abordés et restés en suspens par manque de temps, pourraient d'une certaine façon "éclore" et être développées dans l'engagement d'un suivi. ●

## Images et réalités de la santé mentale en France

Deuxièmes rencontres internationales du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS Lille, France)  
24-27 Octobre 2004 - Chambre de Commerce et d'Industrie de Lille

### Présentation générale

Pour la première fois en France, une recherche-action, réalisée auprès de 45.000 personnes, a permis de révéler l'image et la réalité de la santé mentale aujourd'hui. Au cours du colloque, les informations significatives seront communiquées par ceux qui ont réalisé sur le terrain la mise au point de la méthodologie et la réalisation des entretiens (voir les programmes des journées). Les informations rassemblées soulignent les exigences d'une alliance de tous les acteurs de la santé mentale : professionnels, partenaires sociaux et politiques, usagers, citoyens. Elles forcent à interroger particulièrement le rôle des médias.

C'est pourquoi le colloque doit disposer d'une véritable stratégie de communication, forte, éthique et transversale. Il a aussi pour objectif d'être un évènement rayonnant de nature à modifier les images négatives ou spectaculaires de la santé mentale en France. Il recherche une rupture pertinente du silence, combattant la stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de troubles mentaux.

Le colloque s'inscrit dans les manifestations de Lille 2004, capitale européenne de la culture. Il sera accompagné d'expositions, créations artistiques et réflexions sur le thème de la déstigmatisation.

### Présentation des thèmes

#### • Lundi 25 octobre 2004 - Principaux résultats de l'enquête

Cette Première journée sera consacrée à la présentation d'ensemble de l'enquête internationale "La santé mentale en population générale : images et réalités".

Après un bref rappel de l'historique et de la méthodologie utilisée par les 50 sites d'enquête, les principaux résultats épidémiologiques et socio-anthropologiques seront présentés : prévalences des troubles mentaux et représentations de la "folie", la "maladie mentale" et la "dépression". Cette même enquête ayant été menée dans 5 sites étrangers, les résultats internationaux clefs seront également exposés.

Des responsables de sites d'enquête experts proposeront ensuite des analyses thématiques transversales : épidémiologie des troubles psychiques, suicide, recours thérapeutiques, conséquences psychosociales, image de la psychiatrie, stigmatisation, tolérance de la population exclusion et précarité; immigration.

#### • Mardi 26 octobre 2004 -

##### Impacts de l'enquête, vers une nouvelle alliance

L'enquête a eu un fort impact sur les pratiques des équipes de soins qui l'ont réalisée. Cette deuxième journée s'attachera à expliquer les conséquences concrètes de l'enquête tant pour les professionnels et les usagers, que pour leurs partenaires sanitaires, sociaux, municipaux et associatifs. Tous ces partenaires échangeront leur point de vue sur les thèmes suivants : travailler avec les mairies ; santé mentale et planification régionale des soins ; psychiatrie et média ; coopération entre professionnels et associations d'usagers ; formation professionnelle et lutte contre la stigmatisation.

#### • Mercredi 27 octobre 2004 -

##### Echanges nationaux et internationaux associés à l'enquête

La philosophie qui anime ce vaste travail d'enquête est l'intégration de la psychiatrie dans la vie de la cité, pour lutter contre l'exclusion et la stigmatisation.

Toutes les équipes qui ont réalisé l'enquête du CCOMS partagent ces valeurs humanistes avec d'autres Personnes de par monde. L'idée est donc née de fédérer ces expériences, au sein de réseaux d'échanges de coopération et de les faire connaître à tous.

La troisième journée nous permettra d'expliquer les échanges internationaux qui se sont mis en place à l'issue de l'enquête (formation, stages bilatéraux, visites croisées).

Seront également présentés le réseau international de collaboration des expériences en santé mentale - pour des services de psychiatrie intégrés dans la Cité, ainsi que sa branche française, qui fédère plusieurs sites ayant réalisé l'enquête.

La présence de nombreux participants étrangers permettra d'ouvrir une large réflexion sur l'état de la santé mentale dans le monde, le pluralisme des pathologies et des recours aux soins ainsi que les aspects transculturels des différentes réponses. Tous ces témoignages seront évalués par les usagers présents au débat.

### RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

DATES : du 24 au 27 octobre 2004

LIEU : Chambre de Commerce et d'Industrie, Place du Théâtre, LILLE, France

### INFORMATIONS ET INSCRIPTIONS

CCOMS - EPSM Lille Métropole

286 rue Kléber

59155 Faches Thumesnil, France

Tel: +33 (0)3 20 62 07 28 / Fax: +33 (0)3 20 96 32 10

E-mail: [cocom@epsm-lille-metropole.fr](mailto:cocom@epsm-lille-metropole.fr)

Site web: [www.epsm-lille-metropole.fr](http://www.epsm-lille-metropole.fr)

### TARIFS (Avant/ Après le 15 septembre)

- Formation continue : 400 / 500 euros  
numéro de SIRET: 322 151 887 00047, numéro APE: 221
- Inscription individuelle: 250 / 350 euros  
Soirées (transport, table ronde, repas) : 20 euros par soirée  
Cas particuliers : nous consulter

Réservations hôtels : Office du tourisme de Lille

Tél : 0890 39 2004 (0,112E/mn) - +03 59 57 94 00

Fax : +03 59 57 94 14

Site web : <http://www.lilletourism.com> e-mail : [info@lilletourism.com](mailto:info@lilletourism.com)

# Psyché et soma

par l'équipe des infirmières du service de psychiatrie et de rééducation fonctionnelle\*

**P**syché et soma ... depuis 1993, notre petite unité de 20 lits tente de les rassembler dans la prise en charge des patients. Alors quotidiennement c'est en soignant l'un que nous tentons de comprendre l'autre ...

## Le rôle de l'équipe infirmière dans le service

L'équipe est composée d'infirmières de formations différentes au fil des décrets, infirmières de secteur psychiatrique ou de soins généraux et depuis 1995 infirmières au diplôme commun.

La complémentarité des savoirs, très codifiés pour les unes dans l'approche du corps et si riches de réflexion pour les autres dans l'abord du psychique permet à notre équipe une prise en charge globale des patients, certes difficile par la multitude des contraintes liées aux deux spécialités, mais très enrichissante.

L'adaptation du soin somatique est directement liée à l'état psychique du patient, prioritaire dans la prise en charge et qui influe parfois sur les décisions médicales. Melle M, atteinte d'une double pneumopathie refuse une hospitalisation dans un service de pneumologie et nous contraint à gérer cette phase aiguë au sein du service malgré nos moyens limités.

L'importance des échanges entre soignants (staff, transmissions, réunions d'équipe) permet d'aboutir à une cohérence rassurante et contenante pour le patient.

Une difficulté à équilibrer un traitement psychiatrique influera inévitablement sur la prise en charge somatique tout comme une complication infectieuse ou autre pourra nuire à un équilibre psychique déjà fragile.

## La prise en charge du patient

Après étude des dossiers par les médecins, les patients pour lesquels notre service semble adapté sont reçus en consultation de pré-admission. Ce premier contact physique avec le service donne à chacun une idée de ce que pourrait être la prise en charge, il est le moment où sont évoquées les difficultés psychiques ayant entraîné le geste suicidaire ainsi que ses conséquences physiques.

A l'entrée du patient, nous constatons sou-

vent une résurgence des troubles anxieux. Arrivant de services de chirurgie où leur problématique psychiatrique a été en quelque sorte "mise à distance" le corps et ses douleurs ont prit une place prépondérante. La perspective de se retrouver dans un service de psychiatrie peut, pour certains, en être la cause et peut représenter un choc pour des adolescents, qui, à cette occasion, font connaissance avec des pathologies psychiatriques parfois très lourdes. C'est à ce moment que va pouvoir s'établir, par l'intermédiaire des soins somatiques, une relation de confiance favorisant l'adhésion aux soins, une prise de conscience pour certains, de leurs troubles psychiatriques et même favoriser certaines confidences du patient ou de sa famille au soignant.

Nous notons souvent et à regret, une plus grande difficulté à obtenir une alliance thérapeutique avec des patients déjà très autonomes à leur arrivée.

Le suicide est une constante des hospitalisations dans notre service.

Le plus souvent, nous n'avons pas le geste suicidaire à l'esprit lors des soins somatiques, sauf si ses stigmates s'imposent à nous : une brûlure due à une électrocution ou une immolation, une plaie du scalp dans une TS par arme à feu. Il arrive également que l'histoire soit particulièrement marquante, comme pour cette patiente présentant une plaie provoquée par le fait qu'elle tenait son enfant dans les bras lors de sa défenestration.

Bien sûr également lorsque le désir de mort est toujours là !

Le suicide est peu abordé : par le patient, car encore douloureux et culpabilisant, par l'équipe, car il est au centre des premiers entretiens avec le médecin et n'est repris avec l'infirmière qu'à l'initiative du patient... peut-être aussi car il est plus gérable pour le soignant de ne pas y faire constamment référence ! Néanmoins, la banalisation du geste suicidaire par le patient nécessite un rappel à la réalité de la part des soignants. Globalement nos patients présentent, à l'entrée, des polytraumatismes graves entraînant une forte diminution de leur mobilité et une dépendance physique importante. Le début du séjour est placé sous le signe d'un paradoxe de taille : gérer la distance nécessaire à la prise en charge psychologique de ces patients, dans une proxi-

mité corporelle extrême.

Les soins de nursing, le corps à corps des manipulations de toutes sortes, la contrainte des contentions orthopédiques (plâtres, corsets, attelles) le toucher, omniprésent, sont autant d'intrusions dans leur intimité. La plus grande vigilance s'impose quand aux soins génitaux sphinctériens très intrusifs, il est même parfois nécessaire de favoriser leur réalisation par un soignant de même sexe pour certains de nos jeunes patients ou pour d'autres ayant été sexuellement abusés.

Tous ces soins peuvent entraîner des réactions très différentes d'un patient et d'une pathologie à l'autre (processus régressifs, opposition pouvant aller jusqu'à l'agressivité, interprétations délirantes chez les grands psychotiques autour de leurs organes et des fluides corporels).

Cette gestion constante de "la bonne distance" reste difficile à trouver : quelque part entre le supportable pour le patient et les limites du soignant.

## La prise de conscience du handicap

Notre service de psychiatrie pratique une rééducation polyvalente (traumatologie et neurologie), les atteintes corporelles sont variées, parfois transitoires, avec une récupération totale de l'état antérieur à plus ou moins long terme, mais aussi quelquefois des séquelles neurologiques importantes ou des amputations.

Tout au long du séjour, des évaluations fonctionnelles sont réalisées et le patient est très au fait de leur résultat, même s'il refuse d'accepter le diagnostic. Si le début de la rééducation est difficile physiquement, la constance des efforts est nécessaire et la prise de conscience des séquelles est une période souvent marquée par le repli, un sentiment de culpabilité, voire même, pour certains, la dépression ou la résurgence des idées suicidaires.

Il faut parfois répondre à cela par une reprise des soins physiques, chez un patient autonome mais qui se trouve temporairement dans un état régressif, faire un travail de stimulation, de valorisation et d'écoute tout en restant très vigilant par rapport à

\*Centre Médical et Pédagogique Jacques Arnaud, Service transdisciplinaire Dr Lesieur, 95570 Bouffemont

son évolution.

L'acceptation du handicap par le patient et son entourage, passe nécessairement par un travail de deuil d'autant plus difficile qu'il se trouve parfois associé à des troubles psychiques graves affectant déjà l'image corporelle. Pour tous, la blessure narcissique est profonde, nous encouragerons donc ces patients à soigner leur apparence (vêtements, maquillage, coiffure, rasage pour les hommes) pour permettre une réappropriation du corps et de sa nouvelle image. Concernant les séquelles neurologiques moins patentées que certains autres traumatismes, la difficulté est majorée par la souffrance inacceptable que génèrent les troubles sphinctériens d'un corps devenu incontrôlable.

### La phase d'acquisition de l'autonomie

A ce stade, l'infirmière doit démontrer le soin au patient en tenant compte de ses capacités à le réaliser et des angoisses que cela peut générer.

L'apprentissage est généralement sans difficulté particulière pour ce qui est de la mobilité (maniement du fauteuil roulant, transferts lit / fauteuil, vie quotidienne).

En ce qui concerne les soins d'hygiène et la prise en charge des soins génitaux sphinctériens les choses sont plus complexes.

L'utilisation d'un langage très technique, la méconnaissance de l'anatomie, l'emploi d'un miroir pour repérer les organes génitaux chez la femme, la représentation délirante ou fantasmée de la sexualité, la peur de mal faire (ou de se faire mal pour d'autres) sont autant d'éléments qui augmentent la difficulté à réaliser ces soins.

Pour "dédramatiser" ces moments où le patient doit apprivoiser un corps devenu étranger (mobilité réduite, insensibilité, problèmes cutanés, mutilations, incontinence) la patience s'impose car il faudra chaque jour répéter les mêmes consignes (en employant les termes plus familiers du patient par exemple), répondre aux mêmes questions angoissantes, mais, surtout, rassurer et valoriser les acquis si minimes soient-ils afin que le patient ne se décourage pas et trouve des solutions pour "faire avec" les séquelles.

Il est à noter que pour certains patients psychotiques, la réalisation peu rigoureuse de ces soins n'est pas exempte de complications infectieuses potentielles.

Voici le ressenti d'une de nos jeunes patientes paraplégique de 19 ans, probable

état limite avec de nombreuses défenses obsessionnelles, entretenant une relation fusionnelle avec sa mère et qui aurait été victime d'attouchements dans l'enfance.

Melle C décrit l'incontinence urinaire et anale comme le plus insupportable du handicap. Elle vit le toucher rectal comme un viol et dans cette phase d'apprentissage, la pose des suppositoires et le fait de vider son ampoule rectale seule la répugnent. Ce sentiment de dégoût va jusqu'aux termes employés et le soin semble irréalisable pour l'instant tant elle redoute l'introduction de son propre corps en elle. Melle C réalise par contre et depuis longtemps les sondages avec une grande asepsie et explique très bien comment la sonde urinaire est vécue comme objet transitionnel entre elle et son corps : plus de distance, pas de contact avec l'urine, pas de saleté.

### La préparation de la sortie

C'est le moment qui correspond à la fin de la rééducation intensive, où le corps réparé ne sert plus d'intermédiaire dans la relation.

Le patient peut, parfois, lors de moments difficiles, se servir d'une plainte douloureuse pour exprimer plus facilement des angoisses liées à la sortie. Bien sûr, l'élimination d'une cause somatique est toujours faite dans ce cas.

Pendant le séjour, psyché et soma auront tour à tour été mis en avant et une sorte d'équilibre aura pu être trouvé dans une grande majorité des cas, néanmoins l'adhésion aux soins ainsi qu'au traitement et l'organisation d'un suivi restent sans doute les meilleurs garants contre une éventuelle récurrence du geste suicidaire.

Dans cette optique, l'équipe rencontre pour les cas les plus problématiques les équipes de secteur et des visites à domicile sont réalisées. Là aussi, le corps est au centre des préoccupations car peu de solutions existent encore pour les patients présentant un double handicap.

Il faut donc organiser le suivi en tenant compte des aménagements à réaliser pour un passage de relais réussi, notamment au domicile du patient ou de sa famille.

### Conclusion

Le soignant dans cette proximité, est soumis à de nombreuses projections.

Il reçoit les demandes les plus variées et doit "tenir bon" (le cadre, les soins, le moral), appliquer les prescriptions et réaliser les soins les plus contraignants même dans des situations d'extrême tension. Avoir des réactions adaptées aux situations les plus diverses, individuelles ou groupales en tenant compte de ce qu'il sait des troubles psychiques, relationnels, du vécu (tentative de suicide, hospitalisation en psychiatrie, handicap consécutif), en tentant d'établir une relation plus positive que conflictuelle, n'est pas toujours évident.

Les multiples contraintes de la double prise en charge imposées tant aux patients qu'aux soignants ne facilitent pas cette tâche mais la cohésion de l'équipe et sa claire identification a, jusqu'à présent, rendu ce travail possible.

Enfin, contrairement à un service de psychiatrie plus classique, nous ne fonctionnons pas en terme de soignant référent, et pensons au contraire plus bénéfique pour tous d'avoir le même investissement auprès de chaque patient. ●

## Le site de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale est ouvert

[www.mnasm.com](http://www.mnasm.com)

Bonjour,

Dès à présent vous pouvez trouver toutes les informations sur et de la MNASM et de Pluriels sur ce site.

- Les rapports de la Mission sur site
- Tous les numéros Pluriels
- D'autres informations...

# Médicaments et corps en psychiatrie

par Philippe Lesieur

**D**ans le champ de la psychiatrie, le corps pose problème, il est embarrassant, il a du mal à trouver une juste place. Il est oublié, dénié, et parfois même agressé.

## Le corps oublié

Il est fréquent de faire le reproche à la médecine physique de ne voir chez un patient que son corps ou partie de son corps. Le reproche inverse peut être fait à la psychiatrie, celui d'oublier le corps du sujet. En effet, les données épidémiologiques sont intraitables. Il existe une surmortalité importante chez les patients présentant des troubles psychiatriques. Au début du siècle précédent ceci pouvait s'expliquer par le développement des maladies infectieuses que favorisait la concentration asilaire associée à de mauvaises conditions d'hygiène. Actuellement, ces hypothèses expliquent difficilement cette surmortalité que les études contemporaines continuent de confirmer, les patients psychotiques étant vraisemblablement les plus touchés. Les facteurs de risques aux maladies cardiovasculaires ou au cancer, habituellement trouvés dans la population générale, sont particulièrement fréquents chez ces patients : sexe masculin, célibat, addictions (tabac, alcool). La négligence du corps est un symptôme fréquemment rencontré dans les troubles psychiatriques. Mais ceci n'explique pas tout. Au delà de ce qui pourrait apparaître comme la complication d'une maladie organique par un trouble psychiatrique, le lien entre maladie somatique et maladie psychiatrique est peut-être plus subtil. La fréquence des associations entre maladies cardiovasculaires et anxiété ou dépression en est sans doute un exemple. Malgré ces risques connus, de mort "naturelle" prématurée, chez les patients présentant des troubles psychiatriques, l'accès au soins est loin de leur être facilité. Combien de structures de soins psychiatriques se sont dotées de vacations ou de conventions de médecine générale? Pourtant, à l'inverse, le développement de la psychiatrie de liaison aura facilité l'accès aux soins psychiatriques et psychologiques des patients des services de médecine, chirurgie et obstétrique.

## Le corps agressé

Il est difficile de faire abstraction de certaines images stigmatisantes de l'histoire de la psychiatrie, agressant le corps dans ses tentatives de traitement: les malades enchaînés, la camisole de force et la lobotomie (mis en scène dans le film *Vol au dessus d'un nid de coucou*), les abcès de fixations (injections sous cutanées d'huile camphrée), la cure de Sakel (coma hypoglycémique provoqué), l'électrochoc (avec tout le poids symbolique de l'épilepsie), ou cette croyance toujours véhiculée du coup sur la tête qui rend fou ou guérit.

A la fin des années 50, la découverte des neuroleptiques (les premiers médicaments spécifiques en psychiatrie), puis celle des antidépresseurs et des régulateurs de l'humeur, a progressivement permis à la psychiatrie de se défaire de ses images aussi effrayantes que la déraison elle-même. Les premiers antidépresseurs et neuroleptiques avaient des effets secondaires multiples, fréquents et parfois graves. Plus récemment, les nouveaux médicaments ont gagné en maniabilité et, sur certains points non négligeables, en tolérance générale. Grâce à l'apport des neurosciences comme support théorique, grâce au développement d'outils cliniques et techniques qui permettent l'évaluation et de quantification des effets des psychotropes, la psychiatrie a pu acquérir une image scientifique, aussi respectable que les autres disciplines médicales.

Le rapport bénéfice/risque des psychotropes récents est sans doute amélioré comparé à celui des anciens, mais il ne correspond certainement pas à le niveau que lui accorde les spécialistes de l'image! L'image trop belle, facilite la prescription, comme si le risque délétère n'existait plus. Les psychotropes actuels sont toujours susceptibles d'induire, sans doute avec une moindre fréquence qu'autrefois, des effets secondaires parfois graves et handicapants. L'élargissement du champ de prescription qui ne cesse de s'accroître, n'est donc pas sans poser problème. Si celle des psychotropes reste encore de la compétence des seuls médecins, elle n'est cependant pas celle

des seuls psychiatres : douleur, sommeil, énurésie, dépendance tabagique, correspondent à des indications de certains antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytiques, hors de la compétence des psychiatres (spécialistes de la douleur, du sommeil, neurologues, pneumologues, urologues). L'extension du domaine de prescription aux troubles psychiatriques subliminaires et symptomatiques, c'est à dire au delà du domaine des troubles caractérisés, ne peut être uniquement assimilé à une dérive consumériste se rapprochant de la prescription de confort. L'intention n'y est pas que négative. Les troubles subliminaires sont associés à une réelle souffrance, et posent des problèmes de santé publique similaires aux états caractérisés. L'approche des troubles symptomatiques, comme précurseurs des troubles caractérisés, s'intègre logiquement dans une démarche préventive.

Cependant, la visibilité à long terme des effets des psychotropes (et de tout médicament en général) est encore une énigme malgré les progrès méthodologiques. Il en sera sans doute ainsi pendant longtemps. C'est le problème de la pharmacovigilance, à la recherche d'effets paradoxaux et rares (mais imputables aux traitements). Il aura fallu presque 40 ans pour mettre en évidence et maîtriser la toxicité cardiaque létale de certains neuroleptiques.

L'exemple de la vaccination est souvent avancé comme modèle de prévention applicable à la psychiatrie. Des débats existent actuellement sur l'intérêt d'une prescription préventive d'antipsychotiques chez des enfants dits "à risque" pour la schizophrénie. Au-delà de la discussion sur la fiabilité de la détection de ce(s) risque(s), il n'est pas illégitime de garder à l'esprit la question de la visibilité à long terme. Elle est posée et fait débat pour les thérapies géniques et pour les OGM. Les vaccinations ont sans doute permis de faire disparaître certaines maladies infectieuses, elles n'en ont pas empêché pour autant l'apparition de nouvelles. Le corps humain n'est pas si puissant que l'on puisse faire l'économie d'une interrogation sur les limites de la connaissance.

## Le corps dénié

Dans son approche thérapeutique, la psychiatrie dispose de deux grandes possibilités: chimiothérapie et psychothérapie (au sein de laquelle il faut schématiquement discerner les psychothérapies de type analytiques, les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies systémiques et familiales).

Chacune de ces démarches s'appuie sur sa propre théorie, la biologie d'une part et la psychanalyse d'autre part. Les enjeux et les intérêts multiples, théoriques, idéologiques, économiques, culturels, ne facilitent pas le débat. Existe-t-il une hiérarchie, un clivage entre les différentes approches thérapeutiques, où, comme la boutade le propose, la psychothérapie serait-elle pour France Culture et le Prozac pour Canal+ ! Contrairement à la chimiothérapie, la psychothérapie n'est pas du seul ressort du médical et son domaine d'application ne se limite pas à celui du trouble psychiatrique. Son poids devient d'autant plus important que le demande ne cesse de croître. Son usage détourné, les "psychologisations" du quotidien, les abus sectaires, soulèvent un problème complexe. Le débat récent provoqué par l'amendement Accoyer est l'illustration de la difficulté à circonscrire ce domaine, non pas tant de compétence, mais d'application. A l'opposé, les débordements de l'usage des psychotropes sont plus facilement dénoncés. La peur des médicaments serait supposée modifier la volonté, la personnalité. Cependant, cette crainte s'estompe devant les comportements consommateurs et la banalisation de l'usage de drogues plus ou moins douces. Les sportifs prennent des anabolisants, les hommes d'affaire des stimulants, les étudiants pressurisés des antidépresseurs et les adolescents du haschich en attendant. La (les) psychothérapie(s) a (ont) vite gagné ses (leurs) lettres de noblesse en quittant rapidement l'asile et la neurologie pour s'ouvrir au monde de la philosophie, des lettres et des arts. Elle s'était d'autant plus éloignée des choses du corps, que ce n'est pas son objet. Toucher le corps c'est entrer dans une proximité, une quotidienneté qui a longtemps été considérée comme relevant des soins infirmiers, mais incompatible avec une approche psychodynamique. Cette position n'est pas sans fondement, mais elle doit s'accompagner de

la possibilité d'énoncer ses limites, au risque de se mettre en position dominante et d'exclure toute complémentarité. La diversité des moyens thérapeutiques devrait pouvoir se traduire par des doubles prises en charge, voire des "triples thérapies" (médicament, psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale). Mais le contexte pousse plus à la séparation qu'à l'existence coordonnée. La place des thérapies cognitivo-comportementales montre la difficulté à faire cohabiter ces différentes approches: trop éloignées du corps pour être acceptées dans le monde des sciences objectives, trop éloignées de l'esprit pour être acceptées dans le domaine des psychothérapies. Les âpres débats, parfois passionnés, déclenchés par l'étude INSERM sur l'évaluation des psychothérapies est illustratif des difficultés de cohabitation dans un même domaine thérapeutique.

## Le corps mal traité

Au-delà du débat sur le volume des prescriptions des psychotropes, le point crucial reste la non adéquation entre besoin de traitement et prescription de traitement. La très grande majorité des études montre qu'une proportion importante des patients présentant un trouble dépressif, un trouble bipolaire, un trouble schizophrénique (à son début) ne reçoivent pas de traitement. A l'opposé, une partie non négligeable des psychotropes sont prescrits chez des patients ne présentant aucun trouble psychopathologique.

Dans le débat actuel sur la santé et ses enjeux économiques, il est difficile de trouver sa place sans objectiver les actions : il est nécessaire de définir, formaliser, évaluer. Les psychothérapies de type analytiques ont toujours été confrontées à la difficulté de se situer dans ce débat. A l'opposé, les traitements médicamenteux n'ont pas ce handicap. Leur efficacité est démontrée, leur cible thérapeutique identifiée. La médecine expérimentale apporte ces preuves, validées par les agences de sécurité sanitaire au travers des autorisations de mise sur le marché. La prescription a une double légitimité scientifique et légale. Il y a démonstration d'un effet thérapeutique dans une indication (un trouble objectif), et reconnaissance légale au travers d'une "AMM" (Autorisation de Mise sur le Marché).

L'intérêt des psychotropes est indéniable, leur efficacité tout autant. Mais la question est de savoir quand rechercher un effet avec un psychotrope et jusqu'à quelles limites le rechercher. C'est là toute la difficulté du maniement des traitements médicamenteux en psychiatrie. La prescription a ceci de paradoxal que le geste est facile et rapide (il prend peu de temps) mais l'acte de prescrire ne peut se résumer au geste. L'évidence d'un trouble caractérisé, de la souffrance et du handicap qui l'accompagne, de sa durée et de sa permanence malgré un contexte qui évolue, ne pose pas de difficulté à prescrire pour celui qui fait le choix d'assumer ce rôle de médecin. Dans certains cas, l'effet du traitement est remarquable, obtenu dans des délais prévus, avec une posologie recommandée. Cela est d'autant plus rassurant que le modèle médical appliqué à la psychiatrie s'en trouve validé. Les choses se compliquent lorsque la réponse est mauvaise ou partielle et que les conflits psychiques, les réticences à les verbaliser, sont perceptibles chez le patient. Je ne sais si cette sensation est partagée par beaucoup, mais parfois dans ce type de situation, faire une ordonnance à la fin de l'entretien a quelque chose de déplacé. L'acte de la prescrire a du mal à trouver sa place, gêné d'être en position finale comme s'il s'agissait de conclure cette rencontre si particulière. La tentation est alors forte alors de changer de registre théorique, de faire l'hypothèse que l'effet du psychotrope est optimal et qu'une démarche de type psychothérapeutique complètera cette amélioration partielle. Peut-être, mais sur quel critère s'appuyer ? L'art de la psychiatrie est sans doute de savoir prendre ce recul qui permet l'usage adapté, sans clivage, de différents domaines thérapeutiques. Malheureusement ce n'est pas si simple. Il est parfois difficile et même impossible d'assurer ces deux rôles en même temps, que le psychiatre soit en position de psychothérapeute ou en position de prescripteur. Les co-thérapies permettent à chacun d'avoir cette sérénité devant le patient, qui permet parfois de s'effacer ou d'insister, sans avoir à changer de registre. Dans la pratique, force est de constater que cela fait encore débat et que nous sommes loin de cet idéal. ●

### **Pluriels sur internet**

Dès à présent vous pouvez trouver tous les numéros parus de "Pluriels" sur le site :  
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>  
Accueil : Revues psychiatriques-Pluriels

### **Pluriels**

La Lettre de la Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale • Directeur de la publication : G. MASSÉ • Comité de rédaction : Christian BONAL, MNASM ; Mme ERMATINGER BODEN-HAUSEN, UNAFAM ; Carole FESTA (MNASM) ; Mme FINKELSTEIN, FNAPSY ; Jean FURTOS, Praticien Hospitalier ; Catherine ISSERLIS, Hôpital Richaud, Versailles ; Marcel JAEGER, Directeur de l'IRTF ; Alain JOURDAIN, Enseignant chercheur à l'ENSP ; Serge KANNAS, MNASM ; Raymond LEPOUTRE, MNASM ; Martine MANDOPOULOS-CLEMENTE, Directeur adjoint EPS Ville Evrard ; Jean-Claude MIE, directeur honoraire ; François MOUSSON, Infirmier général ASM 13 ; Eric PIEL, Praticien Hospitalier ; Sarah SARAGOUSSI, Chargée de mission, Maison Blanche ; Rémy SEGUIN, Chargé de Communication au CH Esquirol.

"Pluriels", 5 avenue d'Italie, 75013 Paris - N° de téléphone : 01.53.94.56.90 - N° de télécopie : 01.53.94.56.99.