



Prévention et soins

Comment et pourquoi a-t-on recours au système de soins psychiatriques ? Y a-t-il un lien entre accès aux soins psychiatriques et catégories socioprofessionnelles ? Après avoir décrit l'importance de la prévention des troubles mentaux, ce chapitre présente les différentes entrées possibles en psychiatrie : consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste, urgence, hospitalisation...

La prévention des troubles mentaux des adolescents

La délimitation et la classification des désordres mentaux à l'adolescence sont complexes. Le souci de distinguer ce qui est normal de ce qui est pathologique doit cependant être maintenu. De même, une évaluation diagnostique et pronostique ne peut être évacuée dans une entreprise clinique et thérapeutique, même si cette évaluation amène parfois à se tromper.

La question du normal et du pathologique

L'aspect normal ou pathologique d'une conduite ne dépend :

- ni de l'aspect quantitatif des conflits, « des

crises aiguës, violentes annoncent souvent le développement d'une personnalité riche et sensible » ;

- ni de l'aspect de rupture, « une fugue isolée, de courte durée, sans autre trouble psychopathologique est dénuée de caractère de gravité que seul un milieu environnant particulièrement anxieux peut activer » ;

- ni de l'aspect de dysharmonie, « un attachement hétérosexuel déjà très affirmé peut survenir sur une personnalité encore très mal assurée où la représentation de soi demeure peu cohérente » (D. Widlocher, 1976) ;

- ni enfin de l'aspect de crise, l'originalité juvénile décrite par M. Debesse avec ses corollaires, la rébellion contre le milieu environnant et la recherche d'une affirmation de soi, ne sont pas pathologiques.

Par contre la dimension pathologique peut s'affirmer sur plusieurs éléments :

- la répétition des conduites : une colère, une prise de drogue même « dure », et peut-être même une tentative de suicide ne prennent un aspect franchement pathologique que si elles se répètent. La multiplication des passages à l'acte

signe toujours un processus pathologique débutant dont la dynamique intrapsychique est souvent la tendance de l'adolescent à ne pas reconnaître en lui les conflits et à les déplacer sur un conflit avec l'entourage ;

- le développement de certaines d'entre elles : une conduite, quelle qu'elle soit, peut disparaître ou, au contraire, évoluer et laisser la place à une organisation pathologique interne (état névrotique, *border line* ou même état psychopathique ou psychotique) qui se cristallise et perd tout lien avec la situation réelle du contexte de la conduite initiale.

- enfin les réactions de l'entourage : le glissement d'une conduite vers un état pathologique dépend en grande partie de la capacité de l'entourage familial, social ou scolaire à tolérer cette conduite. Pourtant cette conduite doit le plus souvent être comprise, soit comme un appel à l'aide soit comme un malaise interne de l'adolescent qui par ce biais demande, beaucoup plus qu'on a tendance à le reconnaître, une consultation médicopsychologique. Le refus initial de l'adolescent à ce type de consultation teste souvent la capacité de l'entourage à s'intéresser à son monde intrapsychique.

La question du normal et du pathologique d'une conduite ou d'un ensemble de conduites à l'adolescence nécessite donc une triple démarche :

- étudier la personnalité de l'adolescent,
- évaluer les critères potentiellement pathologiques,
- établir un lien entre cette personnalité et ces critères, d'une part, et le(s) geste(s) de rupture, d'autre part.

Les écueils et les risques d'un diagnostic

Le diagnostic psychiatrique à l'adolescence est à la fois dangereux dans certaines situations et difficile dans beaucoup de cas.

Dangereux par le sens qu'il peut parfois prendre pour toutes les personnes concernées. Pour le patient d'abord, à qui il est proposé un modèle d'identification négative dont il aura parfois bien du mal à se dégager, il s'en dégagera souvent par un déni apparemment total de son épisode psychiatrique, surtout si celui-ci a été grave, accusant alors ses parents ou les psychiatres de l'avoir traité de force. Pour l'entourage, le psychiatre et l'équipe soignante qui ris-

La prévention en psychiatrie libérale

Il est maintenant bien connu que la défaillance psychique d'un parent peut porter gravement préjudice au développement mental de l'enfant ; y remédier rapidement constitue une démarche authentique de prévention primaire fréquente en pratique libérale. Elle est réalisée par le traitement rapide et précoce des pathologies ayant pour conséquence le désinvestissement psychique et affectif de l'enfant, que ce désinvestissement soit massif et brutal comme dans les dépressions, les tentatives de suicide, les décompensations de pathologies mentales etc. ou chronique comme dans un fonctionnement mental perturbé de la mère ou du père. Le traitement des parents préviendra la survenue de pathologies graves chez l'enfant.

Grâce aux progrès récents, des prises en charge ambulatoires sont devenues possibles dans des pathologies sévères ce qui était impensable il y a seulement vingt ans. Le psychiatre libéral, en « accompagnant personnellement » son patient, lui permet d'éviter chronicité et rechutes, de se maintenir dans son milieu de vie, de conserver une estime de soi suffisante, d'entretenir une certaine qualité de vie et de travailler par lui-même à sa restauration psychique éventuelle. Ce travail de restructuration psychique (éprouvant pour le psychiatre) se traduit par une réduction appréciable des manifestations pathologiques, et évite au patient le passage à la chronicité. La prévention tertiaire se limite souvent à orienter et soutenir le patient dans l'utilisation des moyens mis à sa disposition par la société. Elle se caractérise alors par l'obligation pour le sujet d'être l'acteur de sa propre réadaptation ce qui la rend certainement plus difficile mais aussi beaucoup plus solide.

Colette Barreteau et René Vezzoli

Border line ou état limite (border line)
Trouble de la personnalité entre névrose et psychose

queront de perdre leur enthousiasme et leur énergie face à un diagnostic évoquant par exemple une maladie chronique (schizophrénie, psychopathie par exemple).

Difficile en raison du processus même de l'adolescence qui, quelle que soit la pathologie mentale présentée, influence l'expression de cette pathologie. À l'adolescence il est plus fréquent d'observer des organisations mentales instables (comme une confusion d'identité) ou des mutations d'organisation (comme des états pathologiquement bien structurés (comme des psychoses maniaco-dépressives). Une autre dif-

difficulté pour porter un diagnostic à l'adolescence est la labilité expressive du sujet selon qu'il est vu en consultation ou en famille, seul ou en groupe, en psychodrame ou en situation de tests psychologiques. Enfin, une difficulté de diagnostic commune aux autres âges de la vie est le risque d'attribuer à un symptôme, à une structure partielle, le pouvoir de rendre compte de l'ensemble de la personnalité du sujet. Il est par exemple assez fréquent, face à un adolescent qui se drogue, d'être obnubilé par cette conduite et de porter un diagnostic de toxicomanie qui va réduire la saisie, non seulement de l'éventail des conduites du sujet, mais également de ses possibilités variées de fonctionnement psychique. Il peut s'agir par exemple d'un adolescent déprimé ou d'un adolescent qui lutte désespérément contre un envahissement psychotique ou d'un adolescent à la recherche d'une nouvelle identité.

La démarche diagnostique est cependant nécessaire

L'expérience montre que vouloir se passer de toute catégorisation diagnostique comporte deux risques : soit renoncer à toute organisation quelque peu synthétique des données, en se contentant d'attitudes spontanées, ce qui implique de renoncer à tout projet et à toute décision réfléchie mais aussi critiquable ; soit, éventuellement très fréquente, recourir à des catégories qui ne se désignent pas comme telles, non reconnues explicitement, parce qu'elles restent sous forme de notations impressionnistes, de référence à l'expérience antérieure de cliniciens ou de l'institution.

Au contraire, toute démarche diagnostique bien conduite doit permettre, d'une part, de repérer les signes potentiels d'un trouble grave, d'autre part, de choisir des attitudes thérapeutiques adaptées aux difficultés éventuelles.

Un exemple de l'intérêt de cette démarche diagnostique nous est fourni par la tentative de suicide de l'adolescent. Ce geste est fréquemment rencontré parmi les manifestations symptomatiques de l'adolescence. Il a été souvent estimé comme un passage à l'acte, en définitive assez banal et sans lien avec un état psychopathologique franc. Des travaux récents infirment cette position : « je n'ai pas connaissance de tentative de suicide d'adolescent qui ne soit ancrée dans une psychopathologie et, le

F. Ladame, 1981 « plus souvent, une psychopathologie sévère ». Face à toute tentative de suicide, une démarche diagnostique psychopathologique est donc nécessaire. Cette démarche est d'autant plus intéressante qu'elle permet éventuellement de prévenir une récurrence pour laquelle on sait le risque vital plus grand que pour le premier geste suicidaire.

Au total, la prévention des désordres mentaux à l'adolescence, action centrale de l'hygiène mentale de l'adolescence, passe d'abord et avant tout par la prévention des récurrences de tout geste de rupture à cet âge de la vie. Le rôle du psychiatre d'adolescents est ici au premier plan.

Alain Braconnier

Les déterminants socio-économiques de l'entrée du sujet en psychiatrie

La question des déterminants socio-économiques de l'entrée en psychiatrie mérite d'être posée à plus d'un titre alors même que notre système de santé est en principe accessible à tous. Nous aimerions l'étendre à celles des déterminants socio-économiques des soins en psychiatrie, en particulier aux modalités de soins proposées suivant les catégories sociales voire le suivi des personnes après leur entrée dans le système de soins.

L'entrée en psychiatrie peut signifier l'entrée du sujet dans le système de soins pour un problème de psychiatrie ou, dans une définition plus restrictive, celle de l'entrée du sujet dans le système de soins spécialisé en psychiatrie, qui est quantitativement beaucoup moins fréquente. Aussi, dans une optique de santé publique, nous choisirons la définition la plus large.

Dans la très grande majorité des cas l'entrée du sujet en soin se fait sur sa demande. Cependant la demande de soins en psychiatrie est l'aboutissement complexe dans lequel interviennent de nombreuses variables personnelles et sociologiques et souvent d'autres soignants qui œuvrent en amont.