

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.

Entrée en soins psychiatriques : la voie du généraliste

Le médecin généraliste, de par sa position dans le dispositif sanitaire, est nécessairement un point de passage fréquent vers une prise en charge psychiatrique. La littérature sur sa place dans les filières de soins psychiatriques est pourtant étonnamment pauvre. Cet article n'est que le témoignage personnel d'un généraliste de quartier confronté au soin et à l'accompagnement dans la maladie mentale. À l'issue de cette pratique, quatre questions doivent être posées.

La formation clinique

La formation initiale des généralistes en psychiatrie est très faible. Il en résulte des erreurs dans l'orientation psychothérapeutique : prises en charge médiocres, par le médecin généraliste seul, de patients nécessitant en fait un accueil institutionnel, ou au contraire orientations trop « lourdes » de patients dont la psychiatrisation peut être une forme de chronicisation.

La faiblesse de sa formation initiale en psychiatrie prédispose le généraliste à des difficultés diagnostiques, pouvant aboutir à des erreurs médicamenteuses pour les patients gérés par le médecin

généraliste seul : surprescriptions de tranquillisants, mauvaise utilisation des antidépresseurs, méconnaissance des traitements thymorégulateurs (lithium, carbamazépine...), craintes devant l'utilisation des neuroleptiques.

La coordination avec le secteur psychiatrique

L'immense majorité des généralistes français éprouve à l'égard des secteurs psychiatriques, au mieux une simple indifférence, au pire une franche hostilité. L'existence et les modalités de fonctionnement des équipes de secteur restent très mal connues des généralistes. Il faut dire à leur décharge que lesdites équipes fonctionnent dans une large autarcie, allant parfois jusqu'à exclure le médecin traitant de sa relation au patient.

La gestion des urgences

Le médecin généraliste, soignant de premier recours qui ne rechigne pas à se rendre au domicile, est confronté à des situations d'urgence parfois très difficiles à gérer, où ses seuls interlocuteurs fiables restent la police et les pompiers. Sauf situations encore exceptionnelles sur le territoire français (centres de crise, Smur

psychiatriques) il est matériellement impossible d'obtenir l'intervention d'un psychiatre privé ou public en urgence, en particulier au domicile.

Les dépendances

Le dispositif sanitaire spécialisé, qu'il soit libéral ou public, reste inadapté à l'accueil des alcoolodépendants, et plus encore des usagers de drogues. La création de réseaux Ville-Hôpital Toxicomanie peut modifier profondément l'ensemble de la coordination des soins psychiatriques en France. Malheureusement, les acteurs les plus mobilisés dans la construction de ces structures restent encore les généralistes et les intervenants en toxicomanie. Leur succès réel ne sera possible que lorsqu'elles associeront également les psychiatres libéraux et les structures de secteur, pour un accompagnement coordonné des sujets dépendants, non seulement dans la voie accidentée de la substitution et du sevrage, mais aussi dans une prise en charge psychologique plus vaste, articulée avec le soin des graves affections somatiques qui touchent ces patients.

Jean-Pierre Aubert

Cette demande de soin implique tout d'abord de la part du sujet la prise de conscience d'une souffrance exagérée qui serait reconnue par lui-même comme un problème de santé et désignée par exemple comme nervosité ou dépression. Or, par exemple dans le cas d'un des problèmes de psychiatrie les plus fréquents, celui de la dépression sévère qui touche presque une personne sur cinq au cours de sa vie et à tout moment 6 % de la population, les relations entre la dépression, telle que décrite dans les principales classifications admises par le corps mé-

Enquête conditions
de vie des défavorisés Insee
1986-1987

dical et la dépression, telle que perçue par les sujets, sont très variables en particulier suivant les catégories sociales.

Ainsi lors d'une enquête auprès de personnes vivant dans des conditions sociales difficiles seul un quart des personnes considérées comme déprimées suivant les critères d'un épisode dépressif majeur DSMIII se déclaraient déprimées à une question directe sur cet état. La plupart des troubles ressentis : perte d'appétit, du sommeil, d'envie de vivre, culpabilité excessive n'étaient pas vécus comme des signes

de dépression. Cette « sous-estimation » de la dépression varie d'une classe sociale à l'autre. Dans une population de mutualistes de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) la relation s'inverse : on trouve plus de personnes se déclarant déprimées que de personnes présentant les signes cliniques reconnus de cet état.

On doit ensuite prendre en compte l'attitude par rapport au système de soins. Pour formuler une demande de soin, il ne suffit pas au sujet de concevoir qu'il a un problème, il lui faut également admettre que ce problème peut se soigner. Or nombreuses sont les personnes qui

pensent que les troubles de santé mentale sont incurables ou encore, à l'opposé, qu'ils s'amélioreront d'eux-mêmes avec le temps. Si la possibilité d'une amélioration apportée par des soins est acquise, et envisagée par le demandeur, celui-ci devra ensuite décider s'il s'adresse à un médecin généraliste, un psychologue ou, plus rarement, à un psychiatre.

La consultation faite auprès du médecin généraliste peut aboutir à un diagnostic psychiatrique et le généraliste peut, s'il le juge utile, décider d'adresser ce patient au système de soin spécialisé, public ou privé. Parfois, cette même consultation ne donne pas lieu à la reconnais-

Bilan de la loi du 27 juin 1990

La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation prévoyait une évaluation du texte dans les cinq années suivant sa promulgation.

L'évaluation a été mise en place par une circulaire de la direction générale de la Santé en date du 8 février 1995, qui prévoyait :

- le recueil au niveau régional des observations de tous les acteurs intervenant dans l'application de ce texte.
- la mise en place par le ministère d'un groupe de travail chargé de réfléchir sur les problèmes posés par l'application de la loi à partir des bilans d'activités des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques et des évaluations régionales.

Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques ont fait un certain nombre de remarques qui s'articulent autour de 3 thèmes principaux :

- Le rôle de la commission départementale des hospitalisations psy-

chiatriques est à mieux définir dans les textes.

- les conditions d'hospitalisation et l'information des patients.
- L'application de la loi.

Le groupe de travail national

Ce groupe, présidé par Mme Hélène Strohl, membre de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), est composé de professionnels, de représentants de malade et de leur famille et de représentants des ministères concernés (Santé, Justice et Intérieur).

Chacun des acteurs doit pouvoir faire valoir son point de vue et chaque organisation représentative qui le souhaite peut être reçue par le groupe de travail qui se réunira jusqu'en octobre 1996.

Une demande de collaboration a été faite en direction du Comité consultatif national d'éthique pour éclairer les réflexions du groupe qui doit travailler sur les thèmes du consentement aux soins en psychiatrie, de l'information des patients, et rechercher des modalités de dispositif de soins permettant à

la personne d'être soignée en dehors de l'hôpital.

Le groupe se réunit chaque mois depuis octobre 1995 jusqu'à la fin 1996 et a commencé à réfléchir sur des modifications du texte de loi actuel, notamment :

- l'utilité du deuxième certificat médical pour l'admission en hospitalisation à la demande d'un tiers ;
- les formes que doivent revêtir l'information à la personne et les modalités de notification ;
- l'établissement d'une période d'observation avant la prise de décision d'hospitalisation sans consentement ;
- la possibilité d'une seule forme d'hospitalisation sans consentement sous la responsabilité d'une autorité administrative ;
- la nécessité de définir un tiers pouvant défendre les intérêts du patient ;
- la nécessité de définir des protocoles de soins pour le recours à l'enfermement ;
- la possibilité de poursuivre des soins sans consentement hors de l'hôpital.

Martine Clemente

sance du diagnostic psychiatrique par le médecin généraliste. Cette reconnaissance dépend, en effet, elle aussi de nombreux facteurs tels que le style d'entretien (directif, centré sur les symptômes physiques), l'intérêt éprouvé par le praticien pour le domaine de la psychiatrie, sa formation, la présentation du patient et sa propre réticence à aborder ses problèmes de santé mentale. À tous ces stades, les déterminants sociaux sont présents en particulier dans la façon dont le patient présente ses plaintes et dans la perception qu'en a le médecin.

Des déterminants sociaux importants pour l'entrée en psychiatrie

Ceci sans aborder les problèmes d'accessibilité plus ou moins difficiles aux soins : présence ou éloignement des spécialistes, listes d'attente parfois assez longue voire perte des droits à la protection sociale.

Dans une enquête de santé mentale faite dans la population de l'Île-de-France on constatait que, si le pourcentage des personnes prises en charge pour une dépression sévère était d'environ 75 %, des différences très importantes étaient trouvées entre Paris et la banlieue quant à l'identité de l'intervenant : à Paris le tiers des personnes déprimées étaient prises en charge par les psychiatres tandis que ce pourcentage n'est que de 15 % en banlieue où 65 % des patients sont suivis par des médecins généralistes. Cette différence peut être interprétée à la fois comme une conséquence de l'offre, puisque le nombre de psychiatres est beaucoup plus élevé à Paris qu'en banlieue, et comme une conséquence de déterminants sociaux, puisque la composition socio-démographique de Paris est différente de celle de la banlieue.

Cet effet s'accroît quand on compare l'accès aux soins en cas de dépression sévère d'une population défavorisée comme celle des allocataires du RMI. Ainsi dans cette même enquête, 54 % des RMIstes vivant à Paris recevaient des soins médicaux comparés aux 75 % des parisiens. Cette différence témoigne d'une sorte d'accumulation des barrières d'accès aux soins que nous venons de décrire.

On voit aussi combien les déterminants socio-économiques influencent la prise en charge des problèmes qui atteignent le plus fréquemment les personnes, à savoir les problèmes dépressifs.

Adhérents MGEN de la région parisienne et secteurs de psychiatrie publique desservis par cet organisme

Qu'en est-il des problèmes plus rares tels que les psychoses délirantes chroniques comme la schizophrénie ? De nombreuses études semblent établir que les types de soins ne sont pas les mêmes suivant les catégories sociales : les personnes des milieux défavorisés étant par exemple plus souvent hospitalisées que celles des milieux favorisés ; ces dernières étant plutôt traitées en ambulatoire pour certaines pathologies.

Une étude récente faite sur une population relativement hétérogène montre qu'effectivement il existe une tendance à hospitaliser plus fréquemment les personnes des catégories les plus défavorisées (ouvriers et personnels de service) que celles des catégories de type cadres supérieurs ou professions libérales. Cette relation globale ne concerne pas les patients souffrant de schizophrénies ou de psychoses délirantes chroniques mais plutôt les patients souffrant de dépressions psychotiques ou névrotiques. On remarque qu'en ce qui concerne les hospitalisations pour dépression névrotique ce sont les cadres, les ouvriers et personnels de service qui sont les plus fréquemment hospitalisés tandis que ce sont les enseignants qui le sont les moins fréquemment. Cette constatation est d'autant plus intéressante, que dans l'étude de population francilienne, c'étaient les femmes des catégories dites intermédiaires qui recevaient proportionnellement le plus d'antidépresseurs en cas de dépression et que c'étaient les cadres et les ouvriers qui en recevaient le moins.

Par conséquent si les déterminants sociaux sont d'une grande importance dans l'entrée en psychiatrie, on voit que les relations entre classes sociales et entrée en soin sont complexes et peuvent varier suivant les problématiques.

Il reste encore à évoquer le problème particulier des personnes vivant la grande pauvreté comme les sans abri pour lesquels le système de soin de la psychiatrie publique semble dysfonctionner, puisqu'une grande partie de ceux qui ont des problèmes psychiatriques ont été en contact avec ce système mais ont interrompu leur prise en charge.

On ne peut que conclure ce trop bref survol sur l'importance de prendre en compte les déterminants sociaux dans l'organisation des soins en psychiatrie.

Viviane Kovess