



La demande du patient et les réponses

Pour répondre à la demande de soins exprimée par le patient ou son entourage, la psychiatrie dispose aujourd'hui de diverses techniques de soins. Un problème demeure pourtant concernant la réadaptation et la réinsertion des malades mentaux, lié au cloisonnement des dispositifs.

La demande en psychiatrie s'est profondément modifiée au cours des vingt dernières années. Autrefois *demande d'assistance* formulée par l'entourage et/ou la société, elle est essentiellement devenue *demande de soins*, souvent exprimée par le malade lui-même.

La demande de soins

La demande initiale résulte de la *souffrance psychique*, souffrance qui peut être soit directement ressentie par le sujet (elle est alors douleur morale, angoisse, dépression, désordres mentaux...), soit indirectement perçue en raison de l'invalidation qu'elle entraîne (le sujet se sentant mentalement diminué), ou par les réactions qu'elle suscite auprès de l'entourage (famille, médecin traitant, société), qui presse le sujet de se « faire soigner ». Le psychiatre doit la décoder et comprendre à travers « les symptômes offerts » et autres « demandes manifestes », les besoins fondamentaux de la personne souffrante. Selon l'intensité du tableau clinique et l'altération plus ou moins importante de la personnalité il proposera alors une orientation adaptée.

De plus en plus cette demande initiale devient demande de *traitement précoce* (habituelle en psychiatrie de l'enfant) qui se formule avant l'apparition de symptômes importants pour prévenir les décompensations, l'apparition de troubles plus graves, et éviter l'hospitalisation.

L'évolution de la demande au cours du traitement témoigne de la réadaptation du malade à la réalité extérieure (société, milieu professionnel, famille) et à sa réalité intérieure pour les cas les plus heureux où un travail sur la personnalité a été effectué.

Elle se manifeste de plus en plus par une *demande psychothérapique* qui traduit le désir du patient de prendre une part active à sa guérison et qui situe le psychiatre comme l'accompagnateur nécessaire de sa restructuration. La prolifération des techniques et autres « prises en charge » adaptées à cette demande est à l'origine d'une exigence nouvelle, le patient voulant être informé et guidé dans ses choix.

Les autres demandes

Lorsque le patient n'est pas le demandeur, la demande émane de la société, de l'entourage

ou... de personne. L'administration par le biais de placements administratifs veut garantir le maintien de l'ordre public alors que la Justice en associant dans un verdict condamnation et injonction thérapeutique oblige l'intéressé à être soigné contre son gré.

Les proches d'un malade, en interaction directe avec lui, souffrant de le voir souffrir, désirent parfois contribuer par eux-mêmes à son traitement. Ils demandent alors à « être aidés pour l'aider », et cette demande, après la prise de conscience de leur propre souffrance, peut aboutir à la mise en œuvre d'un traitement pour eux-mêmes.

Il y a enfin ceux pour lesquels l'asile d'autrefois est maintenant la rue. Pour eux, exclus, la seule demande formulable est celle d'une demande d'assistance immédiate. La demande de soins psychiques est une démarche qu'ils ne peuvent même pas se représenter. Isolés, nul ne prend pour eux le relais de cette demande.

Colette Barreateau et René Vezzoli

Les psychothérapies

Les psychothérapies demeurent l'instrument privilégié du soin psychiatrique, lui conférant sa spécificité. Il peut s'agir de techniques individuelles ou collectives, chacune d'entre elles s'appuyant sur des bases théoriques précises, pouvant demeurer isolées ou s'inscrivant au sein d'un projet thérapeutique plus large associant d'autres techniques de soins (chimiothérapie, mesures d'assistance).

Pour P. Sivadon, est psychothérapique toute démarche méthodique visant à modifier de façon durable la relation de l'organisme à son milieu en agissant sur le médiateur de cette relation : le psychisme. Les psychothérapies regroupent toutes les méthodes de traitement des désordres psychiques, voire les désordres somatiques, utilisant des moyens psychologiques, et d'une manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade. Bien entendu, la personnalité du ou des psychothérapeutes joue un rôle au moins aussi important que la technique retenue. On considère que les qualités personnelles du psychothérapeute, qu'il soit ou non médecin, doivent associer disponibilité, énergie, empathie, s'appuyant sur une formation rigou-

► J. Laplanche et J. B. Pontalis

reuse, là comme ailleurs l'expérience pesant de tout son poids.

On peut relever actuellement de nombreuses méthodes, d'importance variable selon les cultures et les pays, qui se différencient selon leurs objectifs pouvant être limités (sentiment de mieux être, disparition d'un symptôme) ou beaucoup plus larges (réaménagement de la personnalité), leurs méthodologies et leurs conditions de déroulement.

Les techniques individuelles

Elles peuvent concerner, en premier lieu, un abord corporel comme la relaxation ou pour les thérapies comportementales, employer un déconditionnement afin de transformer un comportement pathologique acquis en une conduite adaptée. De nombreuses démarches individuelles s'appuient sur les théories psychanalytiques, mettant en œuvre des échanges verbaux et la relation soignant-soigné : cure psychanalytique freudienne et techniques élaborées par des psychanalystes d'autres écoles (Jung, Adler, école culturaliste, Rogers, analyse existentielle), les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, l'hypnose et ses dérivés, les psychothérapies de soutien.

Les techniques collectives

Ces techniques regroupent les psychothérapies de groupe, le psychodrame, les psychothérapies familiales dans un cadre analytique ou systémique actuellement en plein développement, les thérapies institutionnelles.

Dans cette courte présentation, il peut être utile d'insister sur trois données présentant un intérêt actuel tout particulier : les psychothérapies de soutien dont le champ d'application apparaît considérable, les psychothérapies brèves, allant contre bien des idées reçues dans le public, et l'évaluation.

Les psychothérapies de soutien

Souvent associées à une chimiothérapie, elles écartent toute interprétation de l'élément transférentiel (que l'on peut résumer comme la répétition des modes relationnels et le déploiement des attitudes affectives du patient sur le thérapeute dont la maîtrise centre les thérapies analytiques). De loin les plus employées, sans

théorie véritable, elles utilisent un certain nombre de critères : capacité de percevoir le monde affectif de l'autre, respect de son monde intérieur avec une capacité d'identification sans projection, neutralité sans jugements. Elles rendent de très nombreux services.

Les psychothérapies brèves

Le concept de psychothérapies brèves associe les notions de durée définie, de but thérapeutique désigné et de contrat précis. Il met en jeu une grande souplesse du psychothérapeute et la prise en compte de la vie réelle du patient. Dans ce cadre, on peut évoquer une capacité de réponse immédiate à un large champ de deman-

des dont les situations de crise. Les techniques dites de « flash », intervention brève éclairante pour le patient sur son fonctionnement dans une situation donnée peuvent, par exemple, être utilisées dans l'urgence.

L'évaluation

L'intérêt pour l'évaluation des psychothérapies, venu des pays anglo-saxons, commence à s'affirmer dans notre pays où le problème est comme le remarque J. Guyotat « *maintenant posé et mieux posé puisque la méthodologie s'est affinée* ».

Gérard Massé

La réhabilitation et la réinsertion des malades mentaux dépendants

Il n'y a pas de vie sans dépendance mutuelle : la fin de l'une est aussi celle de l'autre. L'autonomie est la capacité de se diriger selon ses propres normes, ou ses propres choix. Ainsi, la dépendance peut favoriser ou restreindre l'autonomie. La dépendance particulière résultant d'une maladie au long cours peut ou non compenser, voire aggraver les limitations d'autonomie.

En simplifiant, il est possible de présenter deux conceptions de la réhabilitation et de la réinsertion. Leur confrontation éclaire les blocages et montre comment y remédier. Pour l'une, un malade passe successivement par trois étapes, et progresse en passant d'un service à l'autre. D'abord, le soin thérapeutique traite la maladie et en réduit les symptômes. Ensuite, la réadaptation, ou réhabilitation, améliore les capacités du malade dans les gestes et activités ordinaires. Enfin, la réinsertion concerne l'intégration dans la société : droits sociaux, travail, logement, etc. Les

deux premières étapes concernent le secteur sanitaire, le troisième, le secteur social.

Selon l'autre conception, le découpage chronologique ne correspond pas à la réalité. Il s'agit en fait d'actions simultanées et coordonnées parmi lesquelles l'analyse permanente des situations permet de déterminer à chaque moment une action dominante. La mise en œuvre de réseaux entre partenaires professionnels est la condition permettant à chaque malade de construire son itinéraire personnel. La classification de Wood, adoptée par l'Organisation mondiale de la santé en 1976, est l'un des moyens choisis par la France pour moderniser les dispositifs sanitaires et sociaux, y compris l'intégration scolaire. Le cadre conceptuel permet de décrire de manière évolutive et dynamique les facteurs simultanés et hétérogènes qui unissent la maladie au long cours et les éléments de handicap. Une aide apportée sur un plan (maladie, déficience, incapacité, désavantage

social) produit aussi des effets indirects sur les autres. Seule une étude complète des quatre plans permet d'élaborer, d'évaluer et de réviser régulièrement les stratégies coordonnées de soins, de réadaptation et de réinsertion.

Les blocages actuels au développement harmonieux de la réadaptation et de la réinsertion des malades mentaux enfants et adultes tiennent d'abord au cloisonnement des dispositifs. Les rapports officiels soulignent la logique de filière, et même de clientèle, qui fait obstacle à la logique d'itinéraire personnel. D'autre part, les familles assurent une part très lourde de l'effort d'intégration sociale, et ne reçoivent pas l'aide nécessaire. Enfin, un mouvement venu d'Amérique du Nord met l'accent sur les nécessaires modifications de l'environnement, et veut minimiser la dimension médicale de la réadaptation et de la réinsertion des malades.

François Chapireau